

**FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

MARIA GEUSINA DA SILVA

**O PACTO PELA GESTÃO E A SAÚDE NA FRONTEIRA:
CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO
DO ASSISTENTE SOCIAL EM DEBATE**

**Porto Alegre
2012**

MARIA GEUSINA DA SILVA

O PACTO PELA GESTÃO E A SAÚDE NA FRONTEIRA:

CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO

DO ASSISTENTE SOCIAL EM DEBATE

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dr. Jussara Maria Rosa Mendes

Porto Alegre

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

G395p Silva, Maria Geusina

O Pacto pela gestão e saúde na fronteira: condições e relações de trabalho do assistente social em debate / Maria Geusina da Silva. - - Porto Alegre: PUCRS / Faculdade de Serviço Social, 2012.

246f.

Orientador: Jussara Maria Rosa Mendes

Tese (doutorado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, 2012.

Inclui Bibliografias.

1. Serviço Social 2. Saúde e Trabalho. 3. Pacto pela Gestão. 4. Organização e Gestão do Trabalho em Saúde. 5. Fronteira. I. Mendes, Jussara Maria Rosa. II. Título.

CDU 364.442.2

MARIA GEUSINA DA SILVA

O PACTO PELA GESTÃO E A SAUDE NA FRONTEIRA:

CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO

DO ASSISTENTE SOCIAL EM DEBATE

TESE APRESENTADA COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
DOUTOR EM SERVIÇO SOCIAL PELO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DA
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL DA PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO
GRANDE DO SUL.

APROVADA EM:.....DE.....DE 2012.

BANCA EXAMINADORA:

Orientadora: Profa. Dr. Jussara Maria Rosa Mendes
UFGRS

Profa. Dr. Jane Prates
PUCRS

Prof. Paulo Antonio Barros Oliveira
UFGRS

Profa. Dr. Vera Maria Ribeiro Nogueira
UFSC/UCPEL

RESUMO

Este estudo propõe examinar os efeitos da implantação do pacto pela gestão nas condições e relações de trabalho dos assistentes sociais trabalhadores na área de saúde na região da fronteira de Foz do Iguaçu Brasil e Ciudad Del Est Paraguai e, como esses fenômenos interferem ou impactam no adoecimento e respostas profissionais destes. O desenho da pesquisa inclui uma intensa revisitação aos bancos de dados de distintos projetos de pesquisas de diversificados núcleos de pesquisa filiados ao CNPq, nas suas mais variadas linhas de concentração, incorpora também trabalho de campo para resgatar alguns dados e informações especificamente do eixo gestão de trabalho. Parte-se do indicativo que a implementação do pacto pela gestão nas cidades-gêmeas de linha de fronteira ao não privilegiar a gestão do trabalho engessou as possibilidades de mudanças, inovação e repolitização do SUS, evidenciando adoção dos preceitos da reforma de Estado formuladas ainda na década de 90. Compreende-se que o Pacto pela Saúde ao possibilitar um novo viés de reorganização dos pactos federativos, pela via da descentralização, da gestão e junto com ela a alocação dos recursos financeiro, associadas as propostas de flexibilização do Estado em nome da acumulação flexível impõe mudanças de grande monta inicialmente nas relações de trabalho e posteriormente nas condições de realização deste. Os indicativos desta proposta repousam na centralidade da gestão do trabalho no SUS como único, possível e viável caminho para efetivação dos princípios e valores da reforma sanitária brasileira.

Palavras Chaves: Pacto pela Gestão, Serviço Social, Condições e Relações de trabalho e Acumulação Flexível.

ABSTRACT

This study proposes to examine the effects of the implementation of the pact by management in labor relations and conditions of social workers in health in the border region of Foz do Iguaçu and Ciudad del Est Brazil and Paraguay, as these phenomena affect or impact the illness professional and professional responses. The research design includes an intense revisiting the databases of different research projects of diversified research centers affiliated to CNPq, in its various lines of concentration, also incorporates field work to rescue some data and information management specifically Shaft trabalho. Parte is indicative that the implementation of the pact by management in twin city boundary line to not focus on labor management plastered the possibilities of change, innovation and repoliticisation SUS, showing adoption of the precepts of the reform of state formulated in 90. Compreende decade that the Pact for Health to enable a new bias reorganization of federal pacts, through decentralization, management and with it the allocation of financial resources associated with the proposed relaxation of the rule on behalf of flexible accumulation requires large amounts of changes in labor relations initially and subsequently in terms of achieving this. The indicative of this proposal rests on the centrality of labor management in SUS as the only possible and viable path to realization of the principles and values of the Brazilian health reform.

Key Words: Pact Management, Social Services, Labour Relations and Conditions and Flexible Accumulation.

LISTA DE SIGLAS

ACIF – Associação Comercia de Foz do Iguaçu
ACS – Agente Comunitário de Saúde
CAT- Comunicação de Acidente do Trabalho
CEAP – Centros de Estudos e Aperfeiçoamento Profissional
CF – Constituição Federal
CES – Conselho Estadual de Saúde
CEST – Centro Estadual de Saúde do Trabalhador
CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEMAST – Centro Metropolitano de Apoio a Saúde do Trabalhador
CEREST – Centro de Referencia em Saúde do Trabalhador
CIB – Comissão Intergestora Bipartite
CIST – Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador
CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas
CNPQ - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COMUS – Conselho Municipal de Saúde
COSAT - Coordenação de Saúde do Trabalhador
COLSAT – Centro Colaborador de Saúde do Trabalhador
DVATP – Divisão de Atendimento Psicossocial
FDPS – Fundação Estatal de Direito Privado
IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS – Instituto Nacional de Seguridade Social
IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
ISEPPR – Instituto de Saúde do Paraná
LOS - Lei Orgânica da Saúde
MERCOSUL – Mercado Comum do Sul
MIN - Ministério da Integração Nacional
MS - Ministério da Saúde
NOAS - Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB - Norma Operacional Básica
ONG – Organização Não Governamental
OS – Organização Social

PCCS - Plano de Carreira, Cargos e Salários

PR – Paraná

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

RENAST – Rede Nacional de Atenção Integral a Saúde do Trabalhador

SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SMGPRH – Secretaria Municipal de Gestão de Pessoas e Políticas de Recursos Humanos

SIS FRONTEIRA - Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras

SUS - Sistema Único de Saúde

TCG - Termo de Compromisso de Gestão

UCPEL - Universidade Católica de Pelotas

UHI – Usina Hidroelétrica de Itaipu

UFSC - Universidade Federal de Santa Catarina

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

URGRS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	14
2 MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E SUAS REPERCUSSÕES NA GESTÃO DO TRABALHO E SAÚDE.....	31
2.1 A REVOLUÇÃO INDUSTRIAL E AS TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO: A EMERGENCIA DA CLASSE TRABALHADORA	31
2.2 TRABALHO E CLASSE TRABALHADORA NO SÉCULO XX:.....	40
2.3 TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL NO SÉCULO XX: A GENENSE DA DESESTATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL	54
2.4 SAÚDE E TRABALHO EM TEMPOS DE ACUMULÇÃO FLEXÍVEL :A SAÚDE DO TRABALHADOR EM DEBATE	63
3 A ATENÇÃO Á SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE NA “CENA CONTEMPORÂNEA”	74
3.1 A ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE NO SUS: ANÁLISE DO CASO BRASILEIRO.....	74
3.2 AS RECONFIGURAÇÕES DO MERCADO DE TRABALHO NA ERA “PÓS-FORDISTA”: REPERCUSSÕES E IMPACTOS NO TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE	82
3.3 CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NO BRASIL: CONCEPÇÕES E TENDÊNCIAS	91
3.4 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE: OS RISCOS DAS JORNADAS DE TRABALHO	100
4 A SAÚDE COMO ESPAÇO OCUPACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL.....	110
4.1 A SAÚDE COMO CAMPO DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL	110
4.2 O DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE AS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO	122
4.3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM TEMPOS DE ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL, PRECARIZAÇÃO E REIFICAÇÃO.	132
4.4 O PACTO PELA GESTÃO NO SUS E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE E NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL.....	139

5 A SAÚDE DO TRABALHADOR NA FRONTEIRA IGUAÇUENSSE: AS RESPOSTAS PROFISSIONAIS E INSTITUCIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO ENFRETTAMENTO DO ADOECIMENTO E ACIDENTE DE TRABALHO	149
5.1 SERVIÇO SOCIAL E A ATENÇÃO A SAÚDE DO TRABALHADOR EM FOZ DO IGUAÇU.....	150
5.2 CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAUDE NA FRONTEIRA DE FOZ DO IGUAÇU.....	160
5.3 A IMPLANTAÇÃO DO PACTO PELA GESTÃO E SUAS REPERCUSSÕES NA INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENÁRIO DA FRONTEIRA	172
5.4 O EFEITOS DA PRECARIZAÇÃO, DO PACTO PELA GESTÃO NO EXERCÍCIO E NA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL.	179
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	189
7 REFERÊNCIAS	196
8 APÊNDICES.....	217

1 INTRODUÇÃO

O estudo apresentado evidencia os impactos da implantação do pacto pela gestão nas condições e relações de trabalho dos assistentes sociais e suas repercussões nas respostas profissionais na atenção integral às necessidades de saúde da população que reside no entorno da fronteira de Foz do Iguaçu, Brasil com Ciudad Del Este, Paraguai.

Resgata este estudo, a maneira como os modos de ser do trabalho na era pós-fordista articulam mecanismos de coerção e consentimento de manipulação nos espaços ocupacionais, levando o trabalhador à sujeição pelo aumento da intensidade e da produtividade do trabalho sob o manto da invisibilidade da separação entre a elaboração e a execução, não permitindo aos trabalhadores as devidas articulações, tanto como panorama geral da organização capitalista no seu estágio contemporâneo, quanto como limites que esta impõe à gestão dos sistemas nacionais de saúde, campo em que se inscrevem as políticas sociais e as ações profissionais.

Como fruto de um longo e intenso processo de estudos desenvolvidos durante o doutorado, esta tese trata de uma investigação que propõe desvendar, a partir da utilização do Banco de Dados de quatro projetos de pesquisas¹ já finalizados, as condições e relações de trabalho dos assistentes sociais na atenção à saúde em áreas fronteiriças, abordando o processo de adesão e de pactuação do Pacto pela Saúde, com ênfase na sua dimensão Pacto de Gestão do Sistema Único de Saúde (SUS), junto à cidade-gêmea na linha de fronteira² do Brasil com o Paraguai.

¹ O COLSAT-Mercosul, foi aprovado em novembro de 2006. O convênio para execução do projeto de desenvolvimento do Centro Colaborador Saúde do Trabalhador no Contexto do Mercosul foi uma iniciativa do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST/PUCRS) que atualmente encontra ligado e funcionando juntamente ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul junto à Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT) do Ministério da Saúde do Brasil. Nesse período desenvolveu a pesquisa Saúde do Trabalhador no Mercosul: um estudo do sistema de proteção social no cenário fronteiriço (MENDES, 2007)

Projeto Fronteira Mercosul: um estudo sobre o direito à saúde (NOGUEIRA, 2003), Projeto A implementação dos Programas SIS FRONTEIRAS e PACTO PELA SAÚDE – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul|| que integra a linha de pesquisa MERCOSUL Projeto de pesquisa coordenado pela Professora Doutora Vera Maria Ribeiro Nogueira, financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico/CNPQ, na área e subárea do Serviço Social/Serviço Social da Saúde. FRONTEIRA MERCOSUL: A INSTITUCIONALIDADE DOS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE E O DIREITO À SAÚDE e; o Projeto: Ampliando o Direito à Saúde - experiências de cooperação entre sistemas e/ou serviços de saúde em linhas de fronteira, proposta pela Professora Dra. Vera Maria Ribeiro Nogueira.

² Linha de Fronteira foi atualmente definida como os 10k perpendiculares na contiguidade das fronteiras nas cidades gêmeas. Detalhamento sobre o assunto ver Brasil: Ministério da Integração Nacional (2005); ver Silva (2006).

A atual proposta busca dar continuidade aos estudos iniciados em 2002, momento de filiação ao Núcleo de Pesquisa Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social (NESPSS), ligado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, procurando conjugar dados e projetos de pesquisas de distintos núcleos de estudos e propostas investigativas de diferentes universidades, que contemplam, nas suas linhas de pesquisa, objetos comuns como exercício profissional, cenário da fronteira, saúde e trabalho.

Para a autora da tese, à investigação proposta inaugura duas situações distintas: a primeira marca o ingresso do pesquisador no Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST), na condição de aluno de pós-graduação; a segunda, resultante da primeira, sinaliza a aproximação e vínculo com a temática saúde e trabalho a partir de um ponto de vista nunca antes pensado, relacionando os impactos das transformações do mundo do trabalho no pacto pela gestão analisando suas repercussões na intervenção do assistente social, enquanto trabalhador e vítima desse processo de mudanças.

O quadro apresentado levou a problematizar e evidenciar os nexos existentes entre trabalho, saúde e precarização com o pacto pela gestão, e em que medida estas repercute e interferem no adoecimento e nas respostas profissionais dos assistentes sociais trabalhadores de saúde dos municípios de linha de fronteira do Arco Sul do Mercosul.

Inicialmente, foram utilizado dados do projeto fronteira Mercosul em relação a configuração das solicitações e apreciação sobre a acessibilidade aos serviços de saúde. A proposta iniciada em 2003 apresentava como premissa central, a identificação das percepções dos sujeitos políticos, aqui entendidos tanto como os representantes governamentais quanto a sociedade civil, incluindo os profissionais (trabalhadores de saúde) que ocupam posições estratégicas na rede institucional de atenção sanitária.

Embora o Serviço Social historicamente tenha, na área da saúde, um vasto campo de intervenção social, tal não se aplica às regiões fronteiriças, conforme constatado com a operacionalização da proposta de pesquisa. No desenvolvimento da investigação, observou-se a existência de um baixo número de assistentes sociais que prestam serviços nas Unidades de Saúde em Foz do Iguaçu, quando comparado ao número de outros trabalhadores do setor, aqui compreendidos como médicos, enfermeiros e odontólogos, que atuam na produção de cuidados em saúde com ênfase na assistência.

Essa situação foi ratificada nas pesquisas realizadas nos anos de 2011 e 2012, a partir das quais constatou-se que, passado mais da metade de uma década, o quadro de assistentes sociais manteve-se o mesmo, apresentando apenas em caráter diferenciado, a forma de recomposição dos servidores aposentados que, longe de contemplar o viés do concurso

público, já evidenciava a adoção dos novos dispositivos gerenciais próprios da era pós-fordista, que tem na terceirização seu expoente máximo.

Embora a Lei Orgânica da Saúde (LOS) n. 8142 (BRASIL, 1990) e as Normas Operacionais Básicas de 1993 e 1996 (BRASIL, 1993 e 1996) contraditoriamente expressassem um mix de dispositivos da reforma de Estado e indicativos da desprecarização no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) no ato da sua promulgação, tais como a sinalização para a necessidade de implantação do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS), esses instrumentos legais não foram implantados no município como recomendados, e não inibiram a incorporação do novo ordenamento de gestão do trabalho, próprio do pós-fordismo. Mesmo os marcos legais apontando o PCCS como condição para recebimento de repasses do Fundo Nacional de Saúde, determinando como prazo máximo para sua implantação dois anos no âmbito dos entes federados, o referendo não foi suficiente para se fazer cumprir o sugestionado.

As Diretrizes Nacionais para o PCCS-SUS, editadas e promulgadas em 2004, tinham como intenção conferir visibilidade no cenário nacional e garantir a adesão dos municípios brasileiros às reformas que estavam por ocorrer no âmbito do SUS. Anterior a esse período o Ministério da Saúde já havia criado, em 2003, a Secretaria da Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (SGTES) (BRASIL, 2003) que teria sob sua responsabilidade o desencadeamento e operacionalização da Política Nacional de Gestão de Trabalho no SUS e a Política de Desprecarização, que destoavam tanto das posturas assumidas pelo gestor de saúde quanto do próprio sistema de saúde que vinha se conformando na região estudada.

Nas situações encontradas, verificou-se que os dispositivos legais formulados para fortalecimento dos recursos humanos do SUS, não foram capazes de combater ou refrear a adoção e utilização da terceirização no âmbito do sistema de saúde, principalmente no tocante à contratação da força de trabalho, pela flexibilidade permitida ao gestor de manipulação das relações trabalhistas em função das suas necessidades. Mesmo sendo contemplado, no conjunto de diretrizes do PCCS-SUS, o concurso público como única forma de ingresso nos sistemas de saúde, em Foz do Iguaçu, tal condição não foi considerada.

As indagações suscitadas no desenvolvimento do projeto de pesquisa Fronteira Mercosul e Mercosul Institucionalidades levaram a problematizar as repercussões do fenômeno da precarização na intervenção e seus impactos nas respostas profissionais dos assistentes sociais, sem associar o pacto pela gestão, recorte de investigação que, naquela conjuntura, não constituiu-se objeto de análise, fato que confirma o caráter inédito desta proposta.

A participação na execução do programa Sis-Pacto e Sis-Fronteira possibilitou o refinamento do problema e a tese a ser investigada, ao contemplar, dentre as dimensões que conformam o Pacto pela Saúde, o Pacto pela Gestão, que se colocou como uma estratégia concreta de enfrentamento, tanto das situações estressantes decorrentes das tentativas de acesso dos estrangeiros aos sistemas de saúde nacionais, quanto a deteriorização das condições e relações de trabalho dos assistentes sociais, que, gradativamente dilapidavam suas intervenções.

Considerando que a saúde é uma das áreas mais afetadas à precarização do trabalho, situação que foi intensificada no setor a partir da reforma do Estado, a qual ao elevar a saúde ao patamar de atividade não exclusiva do estado, abrindo as portas para os liames da terceirização, foi possível evidenciar com maior clareza e distinção a degradação das condições e relações de trabalho que fragilizam o trabalhador responsável pela produção de cuidados e atenção à saúde do restante da classe trabalhadora. Essa constatação levou à problematização e à revisão da indagação inicialmente proposta delimitando-a a partir de então da seguinte forma: quais são os efeitos da implantação do pacto pela gestão nas condições e relações de trabalho dos assistentes sociais e como vêm repercutindo no cotidiano desses profissionais que atuam na área da saúde na região de fronteira.

Transcorrida quase uma década de realização do primeiro projeto e aproximadamente cinco anos de adesão ao Pacto pela Gestão, o endosso a essa nova proposta de gerenciamento no âmbito do SUS não apresenta alterações de grande monta no Município de Foz do Iguaçu. Ficou visível, ao longo do desenvolvimento da tese, que a extensão de tais dispositivos legais e compromissos acordados estão sendo efetivados a partir das prescrições jurídico-conceituais e normativas próprias da acumulação flexível.

É no contexto das transformações societárias em curso desde a primeira metade dos anos 70 nos países capitalistas centrais que emerge o fenômeno da reestruturação produtiva que condensa, no seu interior, uma nova forma de acumulação de capital, a denominada acumulação flexível, dispositivo pelo qual seria possível enfrentar os estragos causados pelo segundo pós-guerra. A nova proposta de acumulação prescindia de uma nova configuração do mercado de trabalho e, junto com ela, da efervescência de fenômenos perversos como a flexibilização e a precarização da força de trabalho viva, que vem tomando corpo, sofrendo e assumindo diversificadas formas de ampliação e recomposição dos instrumentos de dominação e exploração do corpo e da mente dos trabalhadores.

A crise do capital, instaurada na década de 70 nos países desenvolvidos constitui-se em um experimento sem precedentes por transformar, histórica e socialmente, todas as esferas

da vida em sociedade, caracterizando-se substancialmente como uma crise estrutural, por apresentar quatro componentes históricos antes não vislumbrados em tempos difíceis; seu caráter universal; seu alcance global; sua escala de tempo extensa; seu desdobramento é rastejante (MÉSZAROS, 2002, p.796).

Erigida nos domínios do segundo pós-guerra a crise derivou da sobreacumulação de capital em decorrência da escassa área produtiva para investimento, o que acarretaria o retorno inflacionário desestabilizando e tensionando mais profundamente a economia estadunidense, em franco declínio, devido à emergência do eurodólar que contribuiu definitivamente para a instauração do enfraquecimento do seu poder de dominação e regulação do sistema financeiro mundial. (HARVEY, 1992, p. 135).

A acumulação flexível surge, deste modo, como uma estratégia de enfrentamento das condições que impediam o desenvolvimento capitalista naquele contexto, que se tratavam da sobreacumulação associada à mundialização financeira e à emergência de um novo imperialismo, o europeu. (ALVES, 2011). A acumulação flexível, de um novo arranjo do capital para a expansão da produção que permite ao capitalista vantagem para a concorrência nos âmbitos nacional e internacional, a partir de novas bases tecnológicas, organizacionais e de instrumentos de exploração da força viva de trabalho.

Harvey (1992) considera a acumulação flexível um evento histórico que coloca em xeque e tensiona a rigidez dos processos, mercados de trabalho, produtos e padrão de consumo da era fordista, pois esta nova alternativa de acumulação, a flexibilidade, é o elemento fundante, pois trata de um novo conceito e forma de acumular que não prescinde da flexibilização do mercado, da organização e gestão dos processos de trabalho e produção de mercadorias e, por fim da flexibilidade da força de trabalho.

Os modos de ser da acumulação flexível resgata, no tempo presente, a atualidade dos escritos de Marx quanto à dimensão e capacidade ontológica do capital em destruir e recompor a vida social e o mundo da produção, face às suas necessidades e expropriação da mais-valia do trabalhador, dotando essa categoria histórica de flexibilidade e mobilidade.

As novas tecnologias microeletrônicas, aplicadas à produção no interior de novos arranjos de organização da produção capitalista, possibilitaram no plano material, o aparecimento de níveis elevados de flexibilidade para o capital. Surge de fato a partir dos meados da década de 1970, um novo tipo de empreendimento capitalista em determinadas regiões do mercado mundial, uma série de experimentos produtivos representando o novo regime de acumulação flexível, com o capital representando o seu ser precisamente assim. (ALVES, 2012, p.16)

A nova forma de acumular não se restringe apenas à flexibilidade da mão de obra e das qualidades do trabalhador, mas estende a sua elasticidade à própria organização e gestão social da produção de mercadorias. Assim, a acumulação flexível trata não somente da alteração e flexibilização da matriz produtiva, mas de um fenômeno que flexibiliza o mundo da produção, tanto no chão da fábrica quanto fora dela, modelando, moldando, alargando ou encurtando, dilatando ou suprimindo tudo aquilo que se coloca como fator impeditivo da expansão do capital.

A flexibilidade é a categoria central da nova forma de acumulação capitalista por permitir a flexibilização da força do trabalho, da produção, dos processos de trabalho, da legislação e regulação social trabalhista, dos trabalhadores e das formas de resistências da precarização do trabalho entre outros. Nesse complexo de transformação, a gestão da força viva de trabalho é o foco central enquanto instrumento de dominação, submissão e dominação da força de trabalho, face de flexibilização dos processos e mercados de trabalho (ALVES, 2011, p. 19).

Se para os países capitalistas centrais as décadas de 80 e 90 do século XX foram consideradas uma conjuntura de arquitetura refinada para constituição de um novo complexo produtivo, denominado de reestruturação produtiva, esses vinte anos podem, ao mesmo tempo, ser computados como os períodos de deteriorização do mundo do trabalho, com a expansão do número de ocupações atípicas, precárias, parciais, com baixa proteção social associada ao alto índice de desemprego estrutural que instituiu a insegurança nos patamares mais elevados no mundo da produção e no mercado de trabalho.

São esses adjetivos aportados na sociabilidade capitalista contemporânea, decorrentes de três grandes eventos históricos: a mundialização do capital, a acumulação flexível e o neoliberalismo os quais nas palavras de Alves (2000, 2011), “constituíram um novo e precário mundo do trabalho, complexo, fragmentados e heterogeneizado (p. 21); no qual todos os trabalhadores no século XXI encontram-se submetidos e, sem reservas, os assistentes sociais que atuam no encaminhamento da consequência resultantes da crise iniciada ainda nos anos 70, mas que, no Brasil, nos últimos vinte anos, vêm incidindo na deteriorização das condições de vida e de trabalho dos sujeitos sociais demandatários dos serviços sociais públicos, para os quais esses profissionais planejam, coordenam e executam suas intervenções.

A argumentação central proposta na tese estabelece que a precarização no cenário apresentado se caracterize como uma expressão perversa resultante de uma nova lógica societária destinada exclusivamente à produção da mercadoria, que provoca degradação das condições e relações de trabalho em nome da acumulação flexível. O trabalho nessa órbita

eixo central é insubstituível no processo de produção e reprodução do capital, a partir de uma dualidade contraditória, vem sendo paulatinamente descaracterizado da sua historicidade e precarizado, desumanizando o seu agente, o homem, alijando-o potencialmente da proteção social.

Considera-se precarização a ausência, para o conjunto de trabalhadores, de cidadania no trabalho em termos de proteção social, de condições e relações trabalhistas fundadas na legislação e no direito, um fenômeno circunscrito num modo de dominação de tipo novo fundada na instituição de uma situação generalizada e permanente de insegurança, visando obrigar os trabalhadores à submissão, à aceitação da exploração.

O número pouco significativo de Assistentes Sociais trabalhadores de saúde, associado às precárias condições de reprodução da vida e do trabalho na sociedade brasileira contemporânea revelam não exclusivamente, mas com refrações particulares na fronteira, um processo acentuado de marginalização social da população devido às circunstâncias históricas em que se dissemina a flexibilização do trabalho, sem a constituição de um mercado de trabalho equilibrado.

O quadro apresentado acentua os níveis de precarização na gestão e organização social do trabalho, repercutindo negativamente na sociabilidade da classe trabalhadora e no desenvolvimento das forças produtivas, levando os assistentes sociais, enquanto sujeitos pertencentes à “classe que vive do trabalho”, trabalhadores da saúde, ao adoecimento e à incapacidade de responder às demandas a eles colocadas no campo da saúde; particularmente, os profissionais que atuam, não exclusivamente mas também, na região de fronteira.

Os desafios colocados à gestão do trabalho em saúde, instituída pelo Pacto pela Saúde enquanto estratégia de repolitização e reordenamento do SUS, justifica a propositura dessa investigação por evidenciar, nas discussões, um consenso acerca da escassez de produção teórica sobre as consequências da precarização do trabalho sobre a vida e a saúde dos trabalhadores no âmbito da sociologia do trabalho.

Essas inflexões do trabalho e suas repercussões na política de saúde, despertaram a curiosidade do pesquisador em identificar, interpretar e analisar, tendo como ponto de partida as informações coletadas nos bancos de dados das propostas de investigação citadas, associando dados de entrevistas efetuadas pela pesquisadora em 2012, os efeitos da implantação do pacto pela gestão no SUS nas condições e relações de trabalho dos assistentes sociais em Foz do Iguaçu, e as repercussões destas, nas respostas profissionais e institucionais.

Considerando as argumentações anteriores elegeu-se como problema de pesquisa: Quais são os efeitos da implantação do pacto pela gestão nas condições e relações de trabalho dos assistentes sociais e em que medida estas interferem no adoecimento e nas respostas profissionais dos trabalhadores de saúde dos municípios de linha de fronteira de Foz do Iguaçu com o Paraguai?

Muito embora se parta do suposto que a direção social, referenciada no processo de implantação do pacto pela gestão em Foz do Iguaçu, em pouco corrobora para enfrentamento das iniquidades em saúde junto à população brasileira e estrangeira residente na linha de fronteira, em especial as cidades gêmeas, quando associadas à assimetria e discrepância dos serviços de saúde entre os países, Argentina, Brasil e Paraguai e a ausência de regulamentação do pacto pela gestão, mais especificamente de conteúdos que tratam da gestão do trabalho, verifica-se que tais temas não se reverteram em ganhos e avanços para os assistentes sociais que atuam nas regiões fronteiriças.

As incursões literárias materializadas na forma de revisão de literatura e reflexões sobre o tema levaram a pesquisadora a formulação da seguinte tese; a precarização, fenômeno decorrente das novas formas de gestão e organização do trabalho na era pós-fordista, considerada parte constituinte de uma das dimensões da flexibilização, que tem na terceirização a sua base fundante, vem repercutindo negativamente na sociabilidade da classe trabalhadora e no desenvolvimento das forças produtivas, levando os Assistentes Sociais, trabalhadores da saúde, ao adoecimento e à incapacidade de responder às demandas a ele colocadas no campo da saúde. O trabalho em condições precárias é responsável pela fragilização da saúde do trabalhador, por se pautar no estatuto da reorganização sócio-técnica da produção, muito presente no âmbito da política de saúde brasileira com a contrarreforma do Estado, afirmada no Pacto pela Gestão, que tem na redução do número dos postos de trabalho, na intensificação das jornadas, nas subcontratações, terceirizações e flexibilização dos contratos de trabalho a base de sua legitimidade e manutenção.

Com participação no desenvolvimento de alguns projetos de pesquisas foi possível identificar que, além dos fatores geográfico e territorial influenciarem substancialmente a dinâmica transfronteiriça, os elementos sociais, de maneira mais direta e evidente aqueles referentes à área da saúde, considerando se tratar de sistemas nacionais diferenciados em termos de universalismo, equidade, modelos de cobertura, modalidades de oferta e de financiamento, impactam diretamente nas condições e relações de trabalho dos assistentes sociais trabalhadores de saúde na região da fronteira estudada. As profundas diferenças dos modelos de atenção à saúde, somada as situações regionais peculiarizadas das cidades-

gêmeas, nas quais se conformam vivências de etnias e culturas diversas, levam permanentemente os brasileiros residentes nos países da contiguidade da fronteira, assim como os estrangeiros, a procurar em ações e serviços de saúde no Brasil pela gratuidade e qualidade gerando estrangulamento no setor.

Desse modo, debater sobre as condições e relações de trabalho do assistente social no resguardo a proteção à saúde dos nacionais e não nacionais na região fronteiriça remete a um campo polêmico permeado por dilemas e desafios que elevam as discussões do tema para além das questões vinculadas à garantia dos direitos sociais no plano jurídico-formal e das formas de ser do trabalho, mas sobretudo exige uma profunda leitura da organização e gestão dos processos de trabalho em saúde no contexto da mundialização e acumulação flexível do capital, que redesenha um novo cenário político, econômico, social e cultural da região de fronteira em particular.

Dal Prá (2009), a partir da sua tese, verificou que os sistemas de proteção à saúde existentes nas fronteiras atendem de maneira precária às necessidades sociais da população fronteiriça que transita na região, sendo apontado como um dos motivos à baixa capacidade instalada na área da saúde, pelas cidades fronteiriças não possuírem recursos técnicos e financeiros suficientes para o atendimento indiscriminado e integral das necessidades sociais demandadas pelos fronteiriços.

A situação aludida revela o que diferentes estudos³ já evidenciaram a existência do inchaço no sistema nacional de saúde nas cidades brasileiras de linha de fronteira, principalmente nas consideradas gêmeas, e que esse estrangulamento é marcado pela significativa e intensa procura versus a escassez de recursos humanos e financeiros para disponibilizar atenção integral na produção de cuidados em saúde, desconsiderando aqui os demais fatores que atravessam o tema.

Na busca de respostas para as indagações propostas, formulou-se, como objetivo geral da proposta de investigação, apontar, caracterizar e analisar os efeitos da implantação do pacto pela gestão nas condições e relações de trabalho dos assistentes sociais, e como esses repercutem no adoecimento e nas respostas profissionais e institucionais na fronteira de Foz do Iguaçu com Ciudad Del Este. Com o compromisso de abordar o tema de diferentes

³ Estudos já realizados, tomando como lócus as fronteiras do Brasil com os demais países do Mercosul a partir da política de saúde, dos quais pode-se citar: Gallo; Costa e Moraes (2004); Nogueira (2005); Giovanella (2004); Dal Prá (2006); Silva (2006) e Queiroz (2007) que demonstraram a existência do fluxo interfronteiriço, a demanda por acesso aos serviços e ações de saúde na região, bem como as estratégias desenvolvidas pela população fronteiriça para concretizar este acesso à política pública de saúde no Brasil.

ângulos, visões e direções, desdobrou-se o objetivo geral nos seguintes objetivos específicos; a) Identificar e caracterizar as condições objetivas da rede de ações e serviços de saúde no município de Foz do Iguaçu; b) Apontar e analisar se na implantação do Sis-Pacto o Pacto pela Gestão e a gestão do trabalho foi um eixo preponderante para reorganização, qualificação e aprimoramento do sistema municipal de saúde; c) Estabelecer e apontar os nexos entre a implantação do pacto pela gestão e as condições e relações de trabalho dos trabalhadores de saúde no município de Foz do Iguaçu com ênfase na categoria profissional de assistentes sociais; d) Identificar se, a partir da regionalização, eixo estruturante do Pacto de Gestão, ampliou-se o acesso à saúde aos brasileiros e estrangeiros, e como essa mudança impactou na atuação dos assistentes sociais na atenção à saúde da população fronteiriça; e) apontar e apresentar quais foram os efeitos do pacto pela gestão nas condições e relações de trabalho dos assistentes sociais e no enfrentamento da precarização e por fim; f) caracterizar como as alterações causadas nas condições e relações de trabalho dos assistentes sociais com a implantação do pacto pela gestão, interferiram no adoecimento e nas respostas profissionais e institucionais.

Na busca das respostas às questões inicialmente formuladas, em termos de metodologia de pesquisa, optou-se pela abordagem qualitativa em saúde referenciada por Minayo (1993). Na produção, aponta a autora que o debate qualitativo na área da saúde, tanto no campo teórico quanto no campo metodológico, é operacionalizado pela apreensão da totalidade dos fenômenos socioeconômicos, políticos e ideológicos que a envolvem e a determinam. Afirma a autora que o campo da saúde constitui uma realidade complexa demandando saberes distintos e integrados, e colocando, de forma imediata, o problema da intervenção.

A saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados (MINAYO, 1993, p.15).

A abordagem qualitativa revela que a questão saúde envolve e é envolvida pelo conjunto das relações sociais na produção e reprodução da vida social, tornando-se, seguramente, a abordagem apropriada para análise e interpretação dos processos sociais transversos à intervenção profissional do assistente social no âmbito da saúde na região de fronteira, definidos nesta proposta com as repercussões da precarização nas condições e

relações de trabalho desses trabalhadores de saúde e os impactos desses fenômenos nas respostas profissionais.

A escolha de tal abordagem permitiu à pesquisadora trabalhar com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes presentes no espaço fronteiriço, articulados à dinâmica societária mais ampla, correlacionando-os aos processos e fenômenos relativos a saúde na fronteira, num movimento dialético, por preocupar-se com um nível da realidade que não pode ser quantificada.

A pesquisa qualitativa, na perspectiva de Minayo (1993), pressupõe uma relação direta com o método dialético por evidenciar um relacionamento inseparável entre “mundo natural e social, entre pensamento e base material, entre objeto e suas questões, entre ação do homem como sujeito histórico e as determinações que a condicionam” (MINAYO, 1993, p.12).

Ao optar pela abordagem qualitativa no desdobramento do trabalho, penetra-se num mundo polêmico, no qual há questões não resolvidas que requisitam um debate perene, permanente e não conclusivo. Reafirma-se que as potencialidades do enfoque qualitativo, no âmbito das pesquisas em saúde, têm contribuído frente à intensa desigualdade social nesse setor, para amplas reflexões sobre os esforços coletivos voltados ao aprofundamento da apreensão e compreensão das complexidades inerentes aos cenários em que se apresentam (MARTINEZ E BOSI, 2004, p. 64).

Frente às proposições de ajustes e reformas na saúde, parametrada e determinadas por diferentes agências nacionais e internacionais, pautadas em critérios da economia em saúde que afetam os princípios e valores como a cidadania e o exercício do direito à saúde, numa perspectiva de universalidade, integralidade e equidade conquistada pela reforma sanitária, a adesão à pesquisa qualitativa, segundo Martinez e Bosi (2004), tem-se configurado num importante elemento de descrição, análise e interpretação dos impactos dessas transformações. Vem contribuindo de forma significativa para a construção de estratégias no enfrentamento e redução das iniquidades e disparidades de saúde locais e regionais, em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde.

No exercício de reconstrução das indagações, a pesquisadora optou pelo método materialismo histórico dialético de Marx (1974) considerando que tal não somente evidencia o método aplicado ao entendimento do movimento dos fenômenos econômicos, políticos, culturais e sociais, mas explica porque esse é o método que entende e revela de forma cientificamente exata as suas determinações.

Marx inicia a exposição sobre o método da seguinte maneira: "Quando estudamos

um dado país do ponto de vista da Economia Política, começamos por sua população, divisão de classes, sua repartição entre cidade e campo, na orla marítima; os diferentes ramos de produção, a exportação e a importação, a produção e o consumo anuais, os preços das mercadorias, etc. Parece que o correto é começar pelo real e pelo concreto, que são a pressuposição, que são a base e o sujeito do ato social de produção como um todo”. (MARX, 1974, p.191)

Assim, na apreensão da dinâmica da implantação do pacto pela gestão no âmbito da política de saúde em Foz do Iguaçu, e suas repercussões nas condições e relações de trabalho do assistente social entendeu-se como necessária a inscrição desse debate na totalidade da vida social, resgatando, na sua historicidade na sociedade brasileira, as suas contradições e mediações, que *a priori* são pressuposições, por não evidenciar por si só as múltiplas determinações que o fenômeno condensa.

Para além disso, as categorias trabalho e classes sociais evidenciadas na tese são capturadas a partir da ótica que ultrapassa a aparência do conceito, pois parte-se de uma compreensão desses como produto histórico, respeitando o movimento dialético que envolve a produção e relação material, "Mas todas as épocas da produção têm certas características comuns. A produção em geral é uma abstração, mas uma abstração razoável, na medida em que, efetivamente sublinhando e precisando os traços comuns, poupa-nos a repetição”. (MARX, 1974, p.217)

No prosseguimento do desenvolvimento da tese, realizou-se uma profunda revisão de literatura a partir de pesquisa bibliográfica e documental iniciada, a partir da revisitação dos relatórios de pesquisas produzidos com base nos distintos projetos de pesquisa operacionalizados pelos diversificados núcleos de estudos e investigação nas suas respectivas e diferentes linhas concentração. Neste sentido, os dados empíricos que farão parte deste trabalho foram coletados em distintos momentos, como descritos no projeto de qualificação da tese, reiterando-se que os dados que constituem o acervo dos núcleos de pesquisas e foram coletados entre 2005 à 2011, acrescendo de um arremate da pesquisadora com a aplicação de instrumento de coleta com questões julgadas como pertinentes para elucidação das indagações. Os documentos consultados foram os abaixo relacionados:

Tipo de Documento	Projeto de Pesquisa Vinculado	Núcleo de Pesquisa	Ano
Diário de Campo do Pesquisador e Auxiliares de Pesquisa	Fronteira Mercosul	NESPSS	2003
Relatório e acervo banco de dados	Fronteira Mercosul	NESPSS	2004

Relatório	Fronteira Mercosul	NESPSS	2006
Dissertação Mestrado e acervo banco de dados	Fronteira Mercosul e Mercosul Institucionalidades dos Sistemas Municipais de Saúde em região fronteiriças, Ampliando o Direito a Saúde	NESPSS, PPGSS-UFSC, NEST, PPGPS-UCPEL.	2006 à 2008
Relatório e acervo do Banco de Dados	Colsat Mercosul, Pesquisa Saúde do Trabalhador no Mercosul	NESPSS, NEST	2007 à 2009
Diário de Campo, Relatórios, acervo do banco de dados, Tese e Dissertação.	Sis-Fronteira e Pacto pela Saúde	PPGPS-UCPEL, NESPSS.	2009 à 2012
Diário Oficial Município	Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu	Secretaria da Administração	2010 a 2012
Atas de Reunião	Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu	Secretaria da Saúde de Foz do Iguaçu	2006 a 2012
Atas de Reunião	Conselho Estadual de Saúde	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná	2006 á 2012
Versão Preliminar da Política de Saúde do Trabalhador do estado do Paraná	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná	Secretaria de Saúde do Estado do Paraná	2011

Fonte: Elaboração da autora

Desta forma, em um primeiro momento, foram utilizados dados do projeto fronteira Mercosul coletados com os seguintes instrumentos: formulário e entrevista de grupo e grupo focal. Inicialmente, como recurso para levantamento das informações empíricas, elegeu-se a técnica de grupo focal. Num segundo momento, foram utilizados dados do projeto intitulado Ampliando o Direito à Saúde - experiências de cooperação entre sistemas e/ou serviços de saúde em linhas de fronteira, proposta que tem por objetivo desenvolver estudos relacionados à atenção em saúde em áreas fronteiriças, abordando especialmente as experiências consideradas como bem sucedidas. A utilização dos dados e informações coletados com a execução do projeto na elaboração da tese está relacionada a uma das metas apresentadas na proposta de pesquisa que remete ao campo profissional.

Foi previsto, como produto da pesquisa, o fornecimento de aportes aos profissionais de saúde no assessoramento aos atores políticos envolvidos com os processos decisórios, implementação e gestão da saúde nessas regiões, visto a abordagem privilegiar, não os resultados epidemiológicos ou do âmbito da vigilância sanitária, mas as determinações societárias, o processo dessa construção e os impactos na estruturação da atenção à saúde na região estudada.

Em relação ao Projeto Ampliando o Direito à Saúde, apresentou dados, informações e análises sobre a intervenção dos assistentes sociais com recorte que incide sobre as respostas desses profissionais às demandas e necessidades de saúde da população fronteiriça, frente à existência ou não de processos de cooperação, harmonização e integração dos sistemas de saúde nas regiões; convém lembrar que as respostas profissionais nesta proposta investigativa não figuraram como objeto de análise na sistematização dos dados e informações, muito embora os instrumentos apresentassem questões envolvendo a atuação dos sujeitos políticos, dentre eles os Assistentes Sociais;

Diante do cenário apresentado, torna-se oportuno e estratégico o debruçar sobre os dados e informações para analisá-los e utilizá-los na formulação da tese, uma vez que algumas respostas profissionais podem ser condicionadas pela precarização das condições e relações de realização do exercício profissional dos Assistentes Sociais.

Utilizou-se ainda na formulação da tese os dados coletados com o desenvolvimento do projeto, A implementação do Programa Sis-Fronteira e do Pacto pela Saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul. Os dados coletados com a operacionalização da proposta de investigação permitirão ao pesquisador trabalhar dois temas que comporão a tese. O primeiro está relacionado ao Pacto pela Saúde que engloba o Pacto pela Gestão, apresentando a regionalização como diretriz de organização das ações e serviços de saúde, favorecendo, contemplando e respeitando as diversidades territoriais na recomposição e pactuações dos sistemas nacionais de saúde; o segundo tema está relacionado à gestão do trabalho no SUS, pois a adesão ao pacto pelos municípios de linha de fronteira configura a incorporação do compromisso com a qualificação permanente da gestão das ações, serviços e informações de saúde, que assumem, nessa proposta, pressupostos da Reforma Formal da Saúde que englobam as novas formas e tendências de gestão da força de trabalho toyotista.

O tema atenção à saúde em áreas fronteiriças emergiu no âmbito do serviço social no final do século XX e início do século XXI pela via do Núcleo de pesquisa ligado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). A partir de então, no âmbito da profissão vem se configurando e se destacando como objeto de estudo de significativa preocupação e em relevantes produções envolvendo dilemas, desafios e possibilidades na realização do exercício profissional do assistente social.

Recentemente, esse tema incorporou a na agenda internacional face à necessidade de reordenamento das formas de acumulação, e não pela insatisfação e demanda dos gestores e população residente na área, muito embora constata-se o reconhecimento do acréscimo dos

fluxos e intercâmbios de pessoas, serviços e produtos decorrentes dos processos de integração regional, repercutindo diretamente nos indicadores sanitários e demográficos das cidades fronteiriças que se tornam espaços de escoagem econômica financeira do capital.

Esta área há muito vêm despertando interesses, tantos de estudiosos e pesquisadores como dos sistemas nacionais de proteção social dos respectivos países considerando o fato de que existe um significativo número de pessoas estrangeiras que procuram pelos serviços e ações de saúde no Brasil, e os gestores não dispõe de meios para resguardar a atenção necessária no campo dos direitos sociais (NOGUEIRA, V. M. R., 2003; DALPRÁ, 2006; SILVA, 2006, 2007, 2009, 2011).

No processo de finalização da coleta de dados, realizou-se entrevista semi-estruturada no lado brasileiro com as informantes-chaves compreendidos como, o gestor, os assistentes sociais e conselheiros de saúde. Essa entrevista teve como guia um formulário semi estruturado composto por questões abertas e fechadas (apêndice nº2). Os questionamentos constituíram o núcleo de referência para a análise e interpretação dos dados.

No decorrer de todo o período de coleta de dados, a pesquisadora nos locais visitados dispunha para apresentação de uma carta autoexplicativa da proponente do projeto de pesquisa, na qual constava detalhadamente os objetivos, procedimentos e finalidades da proposta de investigação a qual se encontrava em consonância com às normatizações de pesquisa em saúde. Foi lançado mão, ainda, do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice nº1).

Com o intuito de não revelar a identidade dos sujeitos de pesquisas estes foram identificados de forma aleatória, conjugando sobrenome com apelidos comumente conhecidos e utilizados pelos usuários para referenciar os profissionais nos seus locais de trabalho. Essa forma de identificação garantem o anonimato dos informantes chaves perante os pesquisadores, gestores e conselheiros de saúde, buscando evitar constrangimento de qualquer natureza, tanto para os agentes da gestão quanto para os trabalhadores de saúde.

No processo de ordenação, interpretação e análise dos dados, utilizou-se os seguintes procedimentos metodológicos: inicialmente, as informações coletadas foram analisadas de forma a resgatar as expressões individuais e coletivas dos sujeitos sobre as diferentes categorias conceituais que envolvem o problema de pesquisa enfatizando saúde na região de fronteira. Permanentemente respaldada na dialética materialista como perspectiva de análise crítica dos dados já interpretados, a pesquisadora manteve-se fiel ao método por assumir que a “qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes e que qualidade e quantidade são interdependentes, ensejando, assim, a dissolução de dicotomias

quantitativo/qualitativo, macro/micro, interioridade e exterioridade, com que se debatem as diversas correntes sociológicas”. (MINAYO, 1993, p. 11-2)

Nesta direção, a análise dialética se particulariza e sobressai pela capacidade de incorporar verdades parciais de outras correntes, criticando e negando suas limitações, com vistas a aprofundar o caráter social e as dificuldades de construção do conhecimento que os apreende de forma parcial e inacabada. (MINAYO, 1993, p.12)

Assim, a análise e a interpretação dos dados obedeceram à seguinte lógica proposta por Minayo (1993). Num primeiro momento, realizou-se a ordenação dos dados que incorporaram os dados empíricos das entrevistas e as informações coletadas nos relatórios de pesquisa, a partir do conjunto de material recolhido nos distintos núcleos de estudos de diversas instituições que desenvolveram pesquisas envolvendo a questão discutida.

A *posteriori*, foi iniciada a classificação dos dados coletados permeados por um movimento dialético que teve como referência a base teórica e os objetivos geral e específicos. Essa dinâmica possibilitou, durante toda a construção do trabalho, o confronto entre as categorias empíricas e as categorias analíticas, teoricamente estabelecidas.

Associada a essa metodologia, utilizou também, no tratamento e organização do material de pesquisa, tanto empírico quanto teórico, a proposição de Bardin (1995), a partir da descrição, do agrupamento e da análise do conteúdo, com a intenção de levantar permanentemente os temas principais e secundários de acordo com sua interlocução e significado para os objetivos analíticos propostos, visando a estabelecer as convergências e divergências, com vistas a readequar as categorias previamente definidas em função da proposta de investigação em cada capítulo.

Por fim, a tese foi sistematizada em quatro capítulos em que o primeiro versa sobre mudanças no mundo do trabalho e suas repercussões na gestão do trabalho em saúde. A autora realiza uma incursão na história resgatando, a emergência da classe trabalhadora e a sua inserção nas políticas sociais como trabalhador que vende a sua força viva de trabalho através do emprego, mediação capitalista do trabalho na sociedade contemporânea ;

O segundo capítulo trata do debate da saúde dos trabalhadores do setor saúde na “Cena Contemporânea” o qual apresenta as transformações na composição, organização, funcionamento e gestão da força de trabalho no SUS na produção dos cuidados em saúde , a partir da contrarreforma do Estado, e suas repercussões nas condições, relações e na saúde do trabalhador de saúde.

Constituí-se como objeto de análise deste capítulo, do ponto de vista da política de desprecarização do trabalho na saúde e do pacto pela gestão a organização dos processos de

trabalho no âmbito da política de saúde brasileira; enfatiza como e de que forma, na organização dos processos de trabalho em saúde, vem se evidenciando a nova reconfiguração do mercado de trabalho no setor, assentado no modelo pós-fordista; tem-se ainda como proposta, evidenciar, a partir da nova figuração do mercado de trabalho no setor saúde, as concepções e tendências assumidas nas relações e condições de trabalho dos trabalhadores de saúde, oferecendo ao leitor, por fim, um panorama sobre como a precarização do trabalho vem incidindo fortemente sobre as relações e condições de trabalho dos trabalhadores de saúde e os riscos desse fenômeno na saúde da classe trabalhadora.

Já no capítulo três, pretendeu-se iniciar a discussão sobre a saúde como espaço ocupacional do Assistente Social, enfatizando para que fins o profissional tem sido requisitado nos diferentes níveis de complexidade, como executa, para quem faz, principais áreas ou vertentes de atuação no interior do setor, condições e relações de realização do exercício profissional. Posteriormente, buscou-se apresentar o debate que a categoria de assistentes sociais tem promovido sobre as condições e relações de realização do exercício profissional, e como esse debate tem contribuído na qualificação das respostas profissionais às demandas dos cidadãos residentes no entorno da fronteira. Esta incursão tem como pressuposto oferecer ao leitor uma reflexão de como vem sendo e quais aportes tem balizado as intervenções dos Assistentes Sociais em tempos de acumulação flexível, marco de profundas alterações no mundo do trabalho, que tem impactado sobremaneira na organização e gestão dos serviços, repercutindo na saúde e no trabalho desse profissional.

No quarto e último capítulo, à luz dos dados disponibilizados pelos bancos dos projetos de pesquisa, gentilmente cedidos pelos líderes de grupos de pesquisa mencionados no início do projeto da tese, pretende-se analisar as condições e relações de trabalho do Assistente Social na fronteira de Foz do Iguaçu, anterior e posteriormente à implantação do pacto pela gestão; busca-se ainda neste tópico apontar o domínio das características pós-fordista na organização, gestão dos processos de trabalho em saúde e como estes vem impactando nas respostas e adoecimento dos trabalhadores de saúde nas regiões fronteiriças. Ao final, o pesquisador procurou tecer algumas contribuições acerca dos resultados da pesquisa a partir das suas apreensões e vivências no processo anterior, durante e posterior à realização da investigação caracterizada nas considerações finais.

2 AS MUDANÇAS NO MUNDO DO TRABALHO E SUAS REPERCUSSÕES NA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

2.1 A REVOLUÇÃO INDUSTRIAL E AS TRANSFORMAÇÕES NO MUNDO DO TRABALHO: A EMERGENCIA DA CLASSE TRABALHADORA

Ao buscar nesse primeiro capítulo da tese de doutoramento, resgatar emergência do operariado fabril pretende-se evidenciar que a classe trabalhadora⁴ que em seu nascedouro, berço da Revolução Industrial, surge condicionado vis-à-vis às condições e relações de reprodução social do trabalho, marcado por longas e extenuantes jornadas, ausência ou baixa proteção social e vil remuneração.

Mesmo a Revolução Industrial tendo promovido transformações de grande monta no mundo do trabalho, sem as quais talvez o proletariado fabril não teria surgido e, junto com ele o movimento operário, as lutas sociais face às reivindicações de proteção social no trabalho frente ao precário mercado de trabalho que se constituía na Inglaterra do século XIX, tais mudanças não qualificaram o trabalho como espectro central da vida social.

No século XIX, com propósito de apreender a dinâmica da situação classe operária na Inglaterra tomando-a como uma processualidade e não como estado, o jovem Engels (1842)⁵ na obra “a situação da classe trabalhadora na Inglaterra” afirma que o proletariado foi o produto principal da Revolução Industrial. Esse evento marca o início das mais significativas alterações no mundo do trabalho, desde o processo de produção, passando pela gestão e circulação de mercadorias, com a criação das máquinas a vapor e as destinadas a trabalhar o algodão.

A gênese da classe trabalhadora somente pode ser apreendida e estudada em todos os seus aspectos e suas relações na Inglaterra, berço do seu nascedouro, desenvolvimento e maioridade. A Revolução Industrial situa-se no marco da definitiva separação do homem dos meios de produção, ou seja, a desvinculação total do produtor dos meios de produção. Com a introdução da maquinaria altera-se o mundo da produção, cria e consolida-se a indústria impondo uma nova forma de organização, gestão, divisão do trabalho. Nesse momento, tem-se constituído o capitalismo na sua forma industrial concorrencial.

⁴ Neste trabalho, os termos proletariado, proletário, classe trabalhadora, operário, operariado e trabalhadores serão utilizados com o mesmo sentido de Engels (1845), ou seja, essas expressões caracterizam-se sinônimos, além de evidenciar que esse segmento faz parte da esfera produtiva.

⁵ Conjectura em que o Jovem Engels aporta na Inglaterra, últimos dias de novembro de 1842, e etapa mais importante na definição do perfil teórico-ideológico do futuro dirigente revolucionário. Engels (1985).

O capitalismo industrial constituído naquele momento revelava uma nova forma de organização da produção, articula e vinculava-se a um projeto societário fundado na urbanização acelerada, na polarização social, na propriedade privada dos meios de produção e na generalização da miséria sustentada por uma nova relação social instituída nesse momento no mundo do trabalho: as relações de produção, mediada aqui pelo emprego. Engels (1985)

O homem, alijado dos meios de produção vê-se obrigado a vender a sua força de trabalho, evidenciando nesse processo o capital como uma relação social, uma vez que, no modo de produção capitalista, o detentor dos meios de produção não pode acumular sem a existência da força de trabalho alheia, assim como se torna impossível o operário produzir sem vincular ao capital, ou seja, aos meios de produção.

Assim, a relação de compra e venda da força de trabalho é a relação social fundamental do modo de produção capitalista, tornando-se o trabalho a única mercadoria capaz de produzir valor e aumentar o capital através da acumulação. Para que ocorra a valorização do capital, os proprietários dos meios de produção compram a força de trabalho e a incorporam como parte do seu capital, denominado de capital variável (DURIGUETTO, *et al*, 2011).

Na relação acima explicita, está implícito o cerne da contradição entre capital e trabalho. O trabalho, na sua dimensão ontológica, é a única atividade humana racional e criadora realizada pelo homem, capaz de produzir o novo e de criar valor. Assim, o trabalho se coloca como uma atividade teleológica e consciente a partir do qual o homem planeja como realizá-lo e que resultado deseja atingir. No capitalismo industrial concorrencial, o trabalho, enquanto atividade criadora do novo e de valor, somente pode se realizar sob os domínios do capital numa relação em que o trabalhador vende a sua força de trabalho aos proprietários dos meios de produção, estabelecendo um vínculo de emprego e salário, a partir de determinados tipos de contratos e sob certas condições. É a partir desses tipos de contratos e em dadas condições que se realiza a apropriação privada do excedente do trabalho operário.

Essa subsunção do trabalho ao capital, que começa a ser evidenciada na Inglaterra com a revolução industrial, dissipa a *alienação e exploração*⁶ do trabalho, sob a condição do trabalho assalariado que desumaniza o trabalhador e determina novas formas de sociabilidade

⁶ Entende-se por alienação, e a exploração a apropriação do excedente do produto do trabalho do trabalhador. “A extração da mais-valia absoluta é a forma mais primitiva de exploração do trabalhador, já que não é mais que o aumento da jornada de trabalho ou a redução do salário sem nenhuma mudança nos instrumentos e na organização do processo de trabalho. A extração da mais-valia relativa, por outro lado, pode ocorrer de duas maneiras: aumentando a produtividade do trabalho por meio de uma mudança tecnológica, ou intensificando o trabalho. A extração da mais-valia relativa é, então, a forma predominante sob o capitalismo.” (LAURELL, 1981)

da classe trabalhadora. O resultado dessa relação é acumulação privada do capital mediante a extração da mais-valia do trabalhador e o aumento da pobreza generalizada e, com ela, a elevação dos níveis de desigualdades sociais.

Esse novo cenário que se constituía na Inglaterra, levava os indigentes e miseráveis a aceitarem os salários mais vís devido à precariedade do sistema de assistência social regulado pela Lei dos Pobres (1834). É evidente, naquele momento, a constituição da sociedade de classe. Verifica-se que a sociedade de classe que SE erigia na Inglaterra, era fruto das transformações operadas pela revolução industrial, passando a existir na sociedade britânica apenas duas classes sociais distintas e antagônicas, definidas a partir da esfera da produção, são elas burguesia⁷ e proletariado⁸, proprietários e não proprietários dos meios de produção.

Verifica-se uma piora generalizada das condições e relações de trabalho assentadas na alta taxa de mortalidade dos trabalhadores urbanos, em decorrência das habitações insalubres em que residiam, dos locais onde desenvolviam suas atividades laborativas, das desumanas jornadas de trabalho proporcionada pela introdução da iluminação artificial a gás a partir de 1805, que prolongou a carga horária trabalhada de 15 para 17 horas diárias (ENGELS, 1985).

Nesse momento, não se registra na Inglaterra a existência de qualquer tipo de serviços de natureza pública capaz de dispensar um mínimo de proteção social ao trabalho e à classe trabalhadora. Em decorrência dessa polarização social, das precárias condições de realização do trabalho, o operariado articula-se e inicia um movimento de luta de classe que resultará, em 1824, na conquista da liberdade de associação sindical.

A liberdade de associação sindical legitima efetivamente o protesto e o movimento operário, através da elaboração de uma resposta política em contraposição a indiferença dos grandes industriais com a situação vivida pela classe trabalhadora na Inglaterra, tanto no âmbito político quanto no âmbito social. Essas reivindicações foram expressas pelo cartismo.

A sociedade de classes é marcada pela contradição capital/trabalho que se expressa na exploração e expropriação da mais valia do trabalhador, em nome da acumulação. A exploração do operariado é ampliada pela piora das condições e contratos laborais e pela ausência de cidadania e direitos trabalhistas.

⁷ Entende-se por burguesia a classe dos capitalistas modernos, proprietários dos meios de produção social, que empregam o trabalho assalariado. (Nota de Engels para a edição inglesa de 1888 do Manifesto do Partido Comunista).

⁸ . Entende-se por proletário a classe dos operários assalariados modernos que, privados dos meios de produção próprios, se vêm obrigados a vender a sua força de trabalho para poderem subsistir. (Nota de Engels para a edição inglesa de 1888 do Manifesto do Partido Comunista).

Esses mecanismos de precarização dos meios e forma de realização do trabalho são orquestrados face aos estágios do modo de produção capitalista. Portanto, as categorias econômicas, históricas e sociais que expressam as alterações no mundo do trabalho e suas implicações para a classe trabalhadora inglesa, somente podem ser apreendidas e interpretadas num movimento dialético capaz de evidenciar os fatos conjunturais que condicionam e determinam tais definições num dado tempo histórico.

A Revolução Industrial possibilitou na Inglaterra a criação de uma nova estrutura social, que tinha como eixo central a propriedade privada, fundada no enriquecimento à custa do proletariado. Essa dupla situação se coloca como as principais causas que provocam a miséria e opressão generalizada na classe não proprietária que existia ou existirão, mas cedo ou mais tarde em todos os países do mundo.

Anterior à introdução das máquinas no mundo da produção, Engels (1985) afirma que os trabalhadores de maneira generalizada tinham uma vida honesta e tranquila com uma situação material melhor do que a de seus sucessores. As atividades laborais eram realizadas no âmbito doméstico no domicílio dos próprios trabalhadores, a quantia que recebiam era necessária para sua subsistência e de sua família. Tinham tempo livre para desempenhar outros tipos de trabalho que consideravam uma forma de descanso no campo ou no jardim de suas residências.

Esses trabalhadores mantinham o temor a Deus e não faziam política, não conspiravam e raramente sabiam ler ou escrever, constituíam-se em grandes massas ignorantes, pois intelectualmente mantinham-se inertes, viviam somente para os seus interesses privados passando despercebidos frente às intensas e profundas transformações que vinham ocorrendo face a revolução em curso.

Sem a Revolução Industrial, talvez esses trabalhadores jamais tivessem abandonado a vida romântica e patriarcal, como afirma Engels (1985), indigna de um ser humano. Ainda que esse evento tenha roubado do homem as últimas centelhas de realização de uma atividade independente, transformando o homem em máquina quando não em um apêndice desta, tal situação ainda é melhor que o destino indigno da ignorância.

A partir da invenção da primeira máquina de tear foi-se alterando o mundo do trabalho e, junto com ele, a divisão social do trabalho mediante o desaparecimento de algumas ocupações. A primeira atividade laboral a entrar no rol de extinção foi a dos tecelões que cedeu lugar para a dos fiadores. Assim, ao mesmo tempo em que o proletário industrial ia se constituindo e se firmando na moderna sociedade britânica juntamente com a primeira

máquina, igualmente ia surgindo um proletariado rural na figura dos fiadores. ENGELS (1985, p.15).

A indústria, ancorada na utilização da força hidráulica, decolou e exigiu um novo reordenamento na esfera da produção, permitindo a redução dos postos de trabalho e, junto com isso, o número de operários, fato que proporcionou às grandes indústrias venderem suas fibras mais baratas que os fiandeiros que acionavam a máquina a mão. O uso da força hidráulica para acionar a Jenny⁹, permitiu a redução do custo de produção e os grandes capitalistas passaram a investir na compra de maquinária e a instalarem em espaços maiores, aumentando com isso a sua capacidade de competitividade.

O sucessivo aperfeiçoamento dessas máquinas foi decisivo para a morte do trabalho manual em contraposição à supremacia do trabalho mecânico. Esse movimento teve um duplo efeito, de um lado favoreceu a franca expansão da indústria através da queda dos preços dos produtos manufaturados, e de outro instalou um processo de insegurança e instabilidade no emprego para a classe trabalhadora inglesa.

A alavancagem da indústria britânica exigiu a ampliação do número de trabalhadores e, em consequência houve aumento dos salários. Essa situação impulsionou o êxodo rural levando milhares de pessoas a migrarem para as grandes cidades industriais. Essa mudança ocasionada na indústria suplantou a classe média, e reduziu a população inglesa em duas classes antagônicas, capitalistas e operárias. Agora, quem quer que nasça operário não tem outra perspectiva senão ficar a vida toda como um proletário (ENGELS, 1985, p.26).

A divisão social e técnica do trabalho nesse cenário operaram com rigor no reordenamento das ocupações, adequando-as ao novo contexto industrial. Mas foi também nesse mesmo contexto que o proletariado se viu em condições de agir de forma autônoma e reivindicar das instituições sociais parte da riqueza por eles produzida, porém apropriada de forma privada pelos grandes industriais.

No processo de franca expansão da indústria inglesa, algumas situações começaram a emergir em função da ausência de planejamento do ciclo produtivo, e surgem as crises dos cinco anos, pois, embora a Inglaterra se constituísse como um país eminentemente exportador, e os industriais ainda tivessem conhecimento do montante de artigo e espécies que cada país consome por ano, eles, ignoravam os estoques existentes e as possibilidades de exportação de outros concorrentes por aquelas plagas. (ENGELS, 1985).

⁹ Máquina inventada em 1764 pelo tecelão inglês James Hargreaves de Standhill.

Associado a essa situação, encontraremos ainda na Inglaterra outros pequenos efeitos da concorrência que redireciona trabalhadores de uma determinada área para outra que seja menos árdua empregar-se, e que produzam determinados produtos que apresentem maior facilidade de serem escoados para outros mercados. Essas pequenas crises gradativamente se fundem aos poucos e formam uma grande crise:

O mercado interno quer o mercado externo são inundados de produtos ingleses que só muito lentamente podem consumir; o desenvolvimento industrial para em quase todos os setores; os pequenos industriais e comerciantes que não podem sobreviver ao atraso prolongado do retorno dos seus capitais abrem falência; os mais importantes cancelam negócios enquanto dura o mau período, param as máquinas, ou só as fazem trabalhar parte do tempo, mais ou menos meio dia de trabalho, o salário baixa devido à concorrência entre os desempregados, a redução do tempo de trabalho e a falta de vendas lucrativas é a miséria geral entre os trabalhadores. (ENGELS, 1985, p.100-1).

Passada a crise dos cinco anos, ciclo eterno na qual se encontra mergulhada a indústria inglesa, em tempos de prosperidade, esse mesmo setor necessita de um exército de trabalhadores desempregados para que possa produzir a quantidade de mercadorias demandada pelo mercado. Nesse cenário, a reserva se torna mais ou menos importante conforme a situação do mercado que permite ou não ocupá-los na produção (ENGELS, 1985, p.102)

O número limitado de empregos levou os homens excedentes em condições de trabalhar, a mendigar, quando não encontram trabalho ou se recusam a revoltar contra a sociedade. Espantoso é presenciar que os mendigos são encontrados somente em bairros operários, recebem doação exclusivamente dos trabalhadores, evidencia-se nessa ação a existência de uma solidariedade de classe em função da manutenção das condições de sobrevivência dos seus. (ENGLS, 1985).

A classe trabalhadora na Inglaterra, por volta de 1842, mantinha-se viva à custa de muitas privações, as crises proporcionam direta ou indiretamente a degradação da classe trabalhadora por inúmeras causas, seja ela, doença, miséria generalizada, as condições de trabalho, as formas de moradia, o alcoolismo e a prostituição.

A sociedade britânica colocou milhares de trabalhadores numa situação tão degradante, expostos a todos os tipos de sorte, como a morte prematura e anormal dos operários por terem lhes retirado de forma tão violenta os meios de existência indispensáveis, impondo condições de vida com as quais era impossível subsistir, os constrangimentos com a punição da lei, da justiça e da polícia. Essa sociedade, mesmo tendo conhecimento das vis condições em que eram submetidos os operários, foi conivente, dissimuladas e permitiam que

tais situações se reproduzissem cometendo um assassinato social, porque os responsáveis por essa situação na condição em que se colocavam era todo mundo e, ao mesmo tempo, não era ninguém.

Na Inglaterra, a sociedade designou um lugar para o trabalhador em que eles não podiam ter saúde, e nem viver muito tempo. Deste modo, os industriais pouco a pouco vão minando a existência dos operários, os empurrando para a morte antecipada. Tal assertiva tem fundamento quando Engels descreve a passagem em que uma classe que vive em situações degradantes desprovidas das condições materiais para satisfação das necessidades vitais mais elementares, não poderia gozar de boa saúde e nem ter uma vida prolongada. Embora a sociedade saiba que as péssimas condições de vida e de saúde da classe trabalhadora são prejudiciais para o desenvolvimento das forças produtivas, não faz nada para melhoria da situação.

A classe trabalhadora na Inglaterra vivia de acordo com as intencionalidades da burguesia, tendo essa última nas mãos as condições políticas e econômicas necessárias para conceder ao operariado viver pelo tempo que julgasse estritamente necessário e, com a questão cultural não foi diferente. Portanto, o trabalhador receberia instrução somente daquilo que é necessário para seu sucesso no mundo da produção.

Cabe então ao proletariado inglês, viver na situação mais desumana que um ser humano possa viver, ou que o homem já viveu nas sociedades pré-capitalistas. A reprodução da subsistência do escravo na sociedade escravagista estava assegurada pelo interesse do seu senhor, o servo recebe um pedaço de terra para garantir a sua existência, e o proletário o que tem? Apenas dois braços, capazes de criar valor quando submetidos ao interesse do capital, por não possuir os meios necessários para produzir mercadorias (ENGELS, 1985).

A situação desmoralizante a que estava submetida a classe trabalhadora inglesa foi agudizada pelo fato de serem condenados ao trabalho, pois se a atividade produtiva é livre, devendo ser o maior prazer que conhecemos, assim, o trabalho forçado e em condições desumanas e a pior tortura e violência que alguma pessoa pode sofrer. O que há de mais angustiante e deprimente em realizar por longos horas e períodos algo que não deseja quanto mais sentimentos humanos o operário possui, mais despreza e repele aquilo que faz, porque reconhece o constrangimento e sacrifício que o exercício de tal ofício lhe causaria, e a inutilidade que aquela tarefa representa para ele (ENGELS, 1985).

O operário trabalha, nessas condições, porque é forçado a isso, porque essa é a única forma e meio de garantir a sua existência e a dos seus. Nesse tipo de trabalho, não havia o prazer de planejar, de criar o novo, existia apenas a necessidade de receber certa quantia por

uma atividade desprazerosa realizada. Essas condições de realização do trabalho obrigatório foram embrutecidas, de acordo com Engels (1985), pela divisão do trabalho, uma vez que, na maioria dos setores industriais, as atividades foram reduzidas à repetição de movimentos mecânicos.

Muito embora a introdução da maquinaria no setor produtivo tenha reduzido o esforço muscular do trabalhador, os efeitos perversos e degradantes foram maiores, a monotonia das repetições na produção de mercadorias prejudicou a formação dos sentimentos humanos, impossibilitou-lhes o trabalho intelectual por lhes cobrar atenção na realização da tarefa; o trabalhador foi condenado ao trabalho restando-lhes uma única alternativa: a submissão a essa condição.

O mundo do trabalho no século XIX como se verificou até agora, foi marcado por profundas alterações que impactaram sobremaneira nas condições de vida e de saúde da classe trabalhadora, pois o desenvolvimento do capitalismo industrial, caracterizado pelo aumento da produção, pelo êxodo rural e pelo crescente aumento das populações urbanas, aportou novas características e fatores sobre as atividades laborativas dos operários como a extensão da duração da jornada de trabalho, que, em alguns casos, ultrapassavam o limite de 14 horas por dia, a elevação do número de crianças inseridas na produção industrial, a redução dos salários, entre outros, que causaram uma piora nas formas de ser e viver do operariado em sociedade (DEJOURS, 1992).

As repercussões das transformações do mundo do trabalho elevaram os níveis de desqualificação das condições de vida da classe trabalhadora, pois os baixos salários determinavam formas desumanas de inserção na vida social, na qual as moradias em lugares e condições insalubres tornavam-se fatores condicionantes para o agravamento das expressões da questão social que incidiam diretamente sobre O operário, seja pelos riscos de proteção da família, seja pela falta de higiene, pela má alimentação, pela promiscuidade e pelo o esgotamento físico, entre outros, que potencializavam as possibilidades de morbidade e mortalidade em razão da diminuição da longevidade (DEJOURS, 1992, p.14).

Nesse cenário, a luta por saúde significava, antes de qualquer coisa, a luta pela sobrevivência, pela subsistência. A miséria da classe operária era comparada a uma doença contagiosa causada não pelas más condições, relações e intensas exigências para execução do trabalho, mas pela falta, num primeiro momento, de higiene, e num segundo, pela ausência de ordem moral.

Para o enfrentamento de tal situação, a sociedade apela para o movimento higienista como mecanismo capaz de diminuir as enfermidades sociais. Esse movimento, além de

expressar preocupações com a saúde, apontava como objetivo resgatar a ordem moral e social nas vilas operárias.

Com efeito, miséria, promiscuidade e fome se associam para criar condições favoráveis ao desenvolvimento da delinquência, do banditismo, da violência e da prostituição. Questionar a religião e a família representa séria ameaça à ordem social, numa época onde os movimentos sociais e sindicais são ainda limitados (DEJOURS, 1992, p.15).

A falta de credibilidade dos industriais frente ao operariado em franca expansão e consolidação da sua organização levou a sociedade a buscar outras formas de enfrentamento das situações de saúde, doença, dos riscos morais e sociais em relação aos trabalhadores. Assim, entram em cena os especialistas e cientistas cuja missão era investigar e conhecer a situação e formular soluções para restabelecer a ordem moral e autoridade da família, elementos necessários para a formação de operários disciplinados.

A expansão e legitimidade da organização do movimento operário na luta por melhores condições de vida e de trabalho tornam-se mais intensas diante das pesquisas e estudos desenvolvidos pelos higienistas, moralistas e alienistas, especialistas e cientistas que afirmavam que as enfermidades sociais vividas pela classe operária eram decorrentes da miséria sobre a qual estavam ancorados. Dessa forma, a medicalização e o controle social não seriam suficientes para melhoria das condições materiais da classe trabalhadora. (DEJOURS, 1992).

A intensificação das lutas operárias, acompanhadas de greves cada vez mais amplas, vai requisitar dos proprietários dos meios de produção novas formas de intervenção nos movimentos da classe trabalhadora. Nesse contexto o Estado é chamado a intervir. O Estado aparece como uma instituição autônoma que vai regular as novas relações sociais emergentes entre proprietários e não-proprietários dos meios de produção, criando as condições necessárias para que o movimento e organização dos trabalhadores, conjuntamente com suas reivindicações, assumam um nível e trato político.

As lutas políticas engajadas pelos trabalhadores no século XIX giravam em torno da luta pelo direito à vida, ou sobrevivência, e a construção da liberdade de organização do operariado tendo como palavra de ordem a redução da jornada de trabalho como forma de garantir boas condições de vida e de trabalho.

Constata-se que a trajetória histórica da saúde do trabalhador remonta ao século XIX, surgindo conjuntamente com a organização da classe operária que ao lutar pela sua sobrevivência, concomitantemente, lutavam pela vida, pela saúde. A luta de classes mediada

pelo Estado mascarou o sentimento burguês, desses não se disporem a ter conhecimento se os operários morrem ou não de fome desde que ganhem dinheiro; as melhorias de condições de vida e de trabalho, quando são concedidas, o fazem em função do lucro, evidenciando que a relação entre industrial e trabalhador não é uma relação humana, e sim uma relação econômica, em que o industrial é o capital e o operário é o trabalho.

Assim, a luta por melhores condições de vida tinha uma estreita ligação com as condições de trabalho, pois as formas de inserção do operário no mundo do trabalho influenciavam nas formas de viver, de estar doente, saudável e morrer, considerando que o valor pago pela compra da sua força de trabalho era o que determinava as condições de vida que, quando desumanas, incidirá certamente no seu estado de saúde e, conseqüentemente, na sua capacidade de produção.

Lutar por saúde para o operariado significava, do ponto de vista político e social, enfrentar o espírito mercantil, que impregnou toda a linguagem do mundo do trabalho e da produção, traduzindo as relações humanas em fórmulas comerciais e categorias econômicas em que o dinheiro, uma das formas de capital, determinava o valor do homem (ENGELS, 1985).

Por fim, a história da classe trabalhadora não pode ser compreendida se não na Inglaterra, local da sua gênese, constituição e desenvolvimento na luta pelo trabalho protegido. Trabalho que garantisse aos operários, condições de vida digna e proteção social ao trabalhador e sua família, mais do que isso, que possa ter resguardado a sua liberdade de associação e reivindicação.

Dessa forma, o movimento operário consolidado, legitimado, emergente na Inglaterra, juntamente com a classe trabalhadora, criou bases sólidas e espalhou-se planeta afora, contaminando o operariado do mundo inteiro na luta por melhorias nas condições de vida, saúde e trabalho, firmando uma dimensão ética e política de defesa dos direitos do trabalhador numa crescente correlação de força entre proprietários e não proprietários dos meios de produção. Essa luta vai ganhando traços diversificados ao longo dos séculos com a regulamentação do trabalho, como veremos no texto seguinte.

2.2 TRABALHO E CLASSE TRABALHADORA NO SÉCULO XX:

No século XX, o trabalho e a classe trabalhadora sofreram profundas mutações em que homens e mulheres cada vez mais trabalharam muito, num ritmo acelerado e com maior

intensidade, mas com proteção social reduzida. Assiste-se de um lado, nesse cenário, a manutenção do trabalho estável, face à impossibilidade de eliminação do trabalho vivo e, de outro, a redução do número de postos de trabalho, situação que favorece, no contexto mundial, a crescente tendência de precarização do trabalho.

O trabalho no século XX foi sendo tensionado por diferentes teses e proposições que, de acordo com Antunes (2011), variam entre o fim do trabalho e a nova polissemia ou morfologia do trabalho. A primeira aponta o fim da centralidade do trabalho no capitalismo contemporâneo dado as inovações tecnológicas alcançadas nas últimas décadas desse mesmo século e, com isso, desapareceria a classe trabalhadora. A segunda tese, respaldada na teoria marxiana do valor-trabalho, vem na mesma direção que Antunes (2007, 2009, 2011) evidenciando a necessidade de se compreender as diferentes formas de ser do trabalho, agente fundamental na produção das riquezas capitalistas que, paulatinamente, vem sendo reconfigurado a partir das grandes transformações operadas no mundo produtivo nesse século.

As transformações operadas no mundo do trabalho no século XX, o consagrou como aspecto central do mundo dos homens e elemento criador de riquezas, ao mesmo tempo em que evidenciou o trabalhador como um ser social hipossuficiente frente ao empregador, devido à flexibilização e a desregulamentação do direito do trabalho sob a justificativa de diminuir os custos de produção e manter uma indústria enxuta sem risco de demissões.

No século XX, o trabalho e a classe trabalhadora passaram por significativas mudanças que, de um lado, possibilitou a regulamentação do direito do trabalho, resguardando um mínimo de proteção social ao trabalhador e, de outro, criou mecanismos para flexibilizar essas conquistas sob o julgo do pensamento liberal em que o trabalho é tratado como atividade humana aplicada à produção, descaracterizando-o da sua dimensão ontológica.

Nesse mesmo século, com o surgimento do Estado intervencionista criou-se no cenário mundial, em especial nos países capitalistas centrais, as possibilidades concretas para a regulamentação dos direitos dos trabalhadores e, junto com ele, o sindicalismo, ocasionando intensas alterações tanto nas relações como nas condições de trabalho, pois com a proliferação das grandes indústrias pelos quatro cantos do mundo verifica-se a emergência e incorporação, inicialmente pelos países desenvolvidos e, posteriormente, pelos em desenvolvimento, da administração/organização científica do trabalho proposta por Taylor.

Essa nova forma de administração e gestão do processo produtivo personificava algumas características que faziam deste seu sucesso, uma produção verticalizada e pouco intelectualizada com tarefas repetitivas que diminuía as possibilidades de relações entre os

trabalhadores na esfera produtiva. Verificava-se apenas a existência da relação homem máquina no mundo da produção, sob o jugo da notável e cada vez mais frequente separação, no processo de trabalho, da elaboração e execução, ou seja, o distanciamento entre o trabalho braçal/físico do intelectual.

Esse processo, observado desde as últimas duas décadas do século XIX nas economias capitalistas centrais, com o acentuado processo de concentração e centralização do capital, favoreceu o surgimento e expansão da grande empresa. Conjuntamente com esse movimento observou-se a crescente generalização do uso da maquinária no processo de produção de mercadorias tornando o homem cada vez mais um apêndice da máquina, através da transformação do trabalho em gestos repetitivos e organizando o trabalho em equipe.

No final do século XIX, com a criação da eletricidade, a descoberta do petróleo, do aço e do motor de explosão, a indústria não foi mais a mesma, pois a incorporação da ciência a serviço da indústria, de um lado possibilitou a expansão industrial que impulsionou a sofisticação do processo produtivo, aumentando a capacidade de acumulação de capital e, de outro, provocou uma piora nas relações de trabalho.

A revolução técnico-científica, notadamente iniciada no final do século XIX que adentrou o século XX, aportou significativas e intensas mudanças no processo de trabalho que impactaram na classe trabalhadora. Nesse contexto, assiste-se uma reorganização e subdivisão do trabalho no interior da fábrica, em que os instrumentos empregados na produção de mercadoria são formulados de acordo com as necessidades do mercado, evidenciando a destituição e ausência do conteúdo ergonômico do trabalho que causara uma piora nas condições de trabalho.

A relação de trabalho presente nesse típico processo de produção taylorista, reconhece o fator humano como um apêndice do maquinário ao considerar que o homem deve ser adequado à maquinaria, instrumento que, por sua vez, é produzido em função das demandas dos mercados. Nessa forma de organização do processo de trabalho, o conteúdo ergonômico desaparece, havendo uma clássica inversão de seus princípios em que deve o trabalho ser adaptado ao homem e não o inverso.

Ao longo do século XX, identifica-se uma célebre combinação das formas de administração e organização científica do trabalho, as quais, gradativamente, irão causando uma degradação das condições e relações de trabalho no mundo da produção, dando margem à emergência do fenômeno que vem sendo denominado de precarização.

[...] O trabalho sob a forma de esquemas padronizados de movimentos é o trabalho utilizado como peça intercambiável, e sob esta forma vem corresponder cada vez mais, na vida, à abstração empregada por Marx na análise do modo capitalista de produção. (BRAVERMAN, 1977, p. 158).

No segundo pós-guerra, em função das inovações científicas, tem-se no cenário mundial um conjunto de novas formas de organização, controle e gestão do trabalho a partir de dois métodos combinados: o Fordismo e o Keynesianismo. O fordismo apostava na manutenção de alguns princípios do Taylorismo, a dissolução do processo de trabalho dividindo-o em gerência, elaboração/concepção e execução para uma produção em massa para um consumo de massa, o Keynesianismo preconizava no âmbito do mundo do trabalho o intervencionismo estatal através de um conjunto de ações públicas que garantissem a todo cidadão um mínimo de acesso a bens e serviços que melhorassem a qualidade de vida do trabalhador e dos seus.

A proposta de Keynes (1883-1946), baseada no intervencionismo estatal, não se restringiria apenas à área social, mas deveria o Estado impulsionar o sistema econômico sem substituir a iniciativa privada, para fomentar o pleno emprego e, conjuntamente com isso, estimular o desenvolvimento econômico.

As crises vividas na primeira metade dos anos 70 levaram os Estados nacionais a reverem as linhas de abordagem e formas de gestão do trabalho, alterando significativamente o papel do agente estatal. Nesse cenário, foi atribuído ao Estado intervencionista os problemas decorrentes das crises econômicas tais como o desemprego, a inflação e o lento crescimento. Os expressivos gastos do Estado com a área social, pela tensão e poder dos sindicatos através das pressões para aumentos salariais, colocam em xeque as possibilidades de acumulação capitalista.

Considerando que o Estado era agente responsável para administração e enfrentamento da crise econômica, tornou-se necessário, a época, um novo modelo de agente estatal capaz de romper com o poder das organizações da classe trabalhadora por meio da cooptação dos sindicatos, controlar de forma rigorosa a expansão monetária e, conseqüentemente, diminuir os gastos sociais. Tem-se, a partir daí, um retorno à ideologia liberal.

Notadamente, é nessa conjuntura que se identifica a derrocada do modelo de produção verticalizada com um controle rígido do tempo e dos movimentos do trabalhador, características típicas do método de administração científica do trabalho embasado no Taylorismo/Fordismo, modelo que se expandiu fortemente no cenário brasileiro a partir dos anos 30 com o surgimento e posterior regulamentação do trabalho assalariado.

A crise do Estado intervencionista determinou nas economias capitalistas centrais, a necessidade de mudanças nas formas forma de organização e gestão do trabalho, como estratégia de recuperação do crescimento econômico pela alteração no processo produtivo. Fato que evidenciaria o esgotamento do padrão de produção Taylorista /Fordista.

As transformações decorrentes das necessidades de se criar novas formas e condições para acumulação capitalista acarretaram em mudanças intensas e profundas no mundo do trabalho e na vida do trabalhador, pois esse contexto consolida a precarização estrutural do trabalho.

No final dos anos 80 e início dos anos 90 do século XX, com o avanço tecnológico, em especial a robótica, a microeletrônica e a informática tem-se uma crise estrutural do capital que irá alterar a matriz produtiva e, junto com ela iniciará o que denominamos de reestruturação produtiva. A reestruturação produtiva é um fenômeno que alterou não somente as formas de produção, mas também de organização, gestão e concepção do trabalho. Eis que surge a flexibilização na organização e gestão do processo de trabalho que tem como base de sustentação a terceirização.

As organizações, rígidas, com tarefas repetitivas, com controle do tempo, com a produção em massa, para um consumo de massa e impessoal, cede lugar a uma estrutura industrial e empresarial flexível, assentada na terceirização que se dará pela subcontratação de terceiros para produção e realização de determinados bens e serviços com um ciclo produtivo baseado no estoque mínimo, com mercadorias diversificadas para satisfação do consumo imediato, sendo esse último que determina o ciclo e o volume da produção.

Essa nova forma de organização do mundo do trabalho, identificada a partir dos anos 90, alteraram significativamente e negativamente as relações de condições de trabalho do operariado. Verifica-se um declínio e enxugamento do trabalho com proteção social ao trabalhador, pois se inicia um processo de desaparecimento das formas típicas de contratação, ou seja, das relações de trabalho, e, conseqüentemente, as condições de realização deste é precarizada pela deteriorização e ausência de regulamentação do trabalho terceirizado ou subcontratado.

As mudanças no mundo do trabalho, introduzidas pela reestruturação produtiva, revelam um mercado de trabalho marcado pela expansão dos postos de trabalho instáveis em detrimento dos estáveis, diminuição e substituição dos trabalhos fixos pelos temporários, subcontratados e terceirizados. Houve em escala global, uma busca pelo trabalho polivalente e multifuncional em contraposição ao operário técnico especializado, assiste-se à

despecialização do trabalho que irá resultar no crescente aumento de postos de trabalho de baixa qualificação e informal.

Ao final do século XX, assiste-se à degradação do mundo do trabalho e, junto com ele, a deteriorização dos direitos trabalhistas pelos processos de flexibilização que irão alterar as relações e condições de trabalho entre empregado e empregado impulsionando a cristalização do mercado informal de trabalho.

No século XX, o trabalho tornou-se definitivamente o aspecto central da vida em sociedade, na medida em que o seu processo de regulamentação sob o julgo da proteção social ao trabalhador tornou-se seu próprio algoz por determinar e controlar o tempo dos homens.

Essas transformações desencadeadas no mundo do trabalho nas economias capitalistas centrais desde o segundo pós-guerra tiveram algumas repercussões no surgimento e desenvolvimento do processo produtivo e do mercado de trabalho no Brasil.

Antunes (1991) evidencia que, no Brasil, a emergência e gênese da classe operária remontam aos últimos anos do século XIX, estando sua constituição imbricada ao processo de transformação da economia, em que o modelo agrário exportador cafeeiro era ainda predominante. Destaca o autor que, ao criar o trabalho assalariado em substituição ao trabalho escravo, as oligarquias cafeeiras ao transferir parte dos lucros para as atividades industriais e ao possibilitar a constituição de um amplo mercado interno, a economia agroexportadora, naquele momento, sem qualquer dúvida, criaram as condições e bases necessárias para a constituição do capital industrial no Brasil.

Com o nascimento das fábricas, o trabalho assalariado se tornou uma forma comum de trabalho no Brasil, que foi se expandindo na medida em que houve a intensificação do processo de industrialização da sociedade brasileira a partir dos lucros acumulados pelos produtores e comercializadores de café e das empresas e bancos estrangeiros que emprestavam dinheiro a terceiro com juros, ou investiam diretamente na conformação das fábricas.

No Brasil, a regulamentação e concessão dos direitos trabalhistas aos operários estão relacionadas à estratégia bem formulada e implantada pelo governo Vargas durante o período do Estado Novo. Com intuito de erradicar os conflitos coletivos dos trabalhadores que reivindicavam melhores condições de vida e de trabalho, o governo concede a garantia das proposições do operariado através da criação de legislações que resguardassem os direitos trabalhistas, surgindo a Consolidação das Leis Trabalhista (CLT). Anterior a esse evento, tem-se no cenário mundial a criação de órgão de proteção dos direitos trabalhistas tais como a Organização Internacional do Trabalho (OIT).

A formulação das legislações de proteção trabalhista foi resultante da regulação do trabalho livre no Brasil iniciada na primeira metade do século XIX e consolidada no início do século XX, com o surgimento das primeiras legislações trabalhistas. O trabalho livre marca, no cenário brasileiro, o nascimento de uma forma racionalizada e humana do trabalho pós-final do regime escravagista que se deu com a libertação dos escravos.

Essas legislações tinham como objetivo enfrentar as deploráveis condições de vida e trabalho que assolava o cotidiano fabril dos primeiros operários brasileiros. Identifica-se naquele momento um assalariamento marcado por uma jornada de trabalho extenuante que chegava a 12, 14 e até 15 horas por dia, sem qualquer tipo de proteção social, haja vista que os trabalhadores não tinham direito ao descanso semanal remunerado, a domingos, a feriados ou a férias anuais.

O trabalho assalariado no Brasil surge e se consolida sob o fenômeno da precarização, dado as condições e relações de trabalho estabelecidas nesse início, pois, a época, os operários viviam sob condições insalubres e perigosas sem um mínimo de condições de higiene, o que favorecia a emergência de surtos e endemias de doenças.

Por volta da década de 1930, Carone (1988) evidencia que os horários das jornadas de trabalho do operariado dependiam exclusivamente da vontade e das necessidades patronais. Verifica-se na literatura a não existência de dias de descanso, havendo no limite a concessão de descanso para os feriados restritos, da Paixão de Cristo e do Natal, datas símbolos.

Em relação à saúde do trabalhador e aos acidentes de trabalho, Leonardi (1991) argumenta que tais eram presentes à época, tendo em vista as ínfimas condições de realização do trabalho cercado por condições de insalubridade, periculosidade e ausência, nessa circunstância, de um mínimo de higiene nos ambientes de trabalho. As deterioradas condições de trabalho favoreciam o surgimento e permanência de doenças tais como a tuberculose, pneumonia e outros tipos de acidentes que causavam a amputação dos membros.

A inexistência de contrato de trabalho com garantias legais era fato no período, pois tanto a admissão quanto à demissão do operário dava-se por atos verbais sem qualquer tipo de benefício trabalhista indenizatório. Nesse contexto, o trabalho no interior da fábrica comportava uma disciplina rígida calcada na coerção, cujo objetivo era a acumulação através do esgotamento máximo do rendimento de mão-de-obra. Os castigos atinentes aos operários que não cumpriam as normas estabelecidas eram multas, castigos corporais, ameaças e coação entre outros.

Rodrigues (1979), um observador diz que, na época,

O exíguo grupo capitalista aglutinado em oligarquia patronal, que se havia abalançado à criação de fábricas geralmente de tecelagem e metalurgia, estabelecera seus cálculos sobre uma base salarial baixíssima, salário de escravo, exploração brutal do braço humilde que se encontrava em abundância no país, gente de pés descalços e alimentação parca – um punhado de farinha de mandioca, feijão, arroz, carne seca -, artigos alimentares baratos e abundantes no mercado; café adoçado com mascavo e um pouco de farinha, pois pão era artigo de luxo, bem como o leite, a carne, os condimentos e os legumes, estes últimos desconhecidos nas casas dos trabalhadores. E quanto à moradia, estava confinada a barracões em fundo de quintal, em porões insalubres, em casebres geminados (cortiços).(s/p.)

A deterioração das condições de vida do operariado em constituição no Brasil, em função dos baixos salários, determinou o ingresso de mulheres e crianças no mercado de trabalho, como forma de complementação da renda familiar. Essa inserção da mulher no mercado de trabalho em seu início é marcada pela questão de gênero, em que a força de trabalho feminina é remunerada muito aquém que a dos homens que exerciam as mesmas funções nas indústrias têxteis.

Essas mudanças ocorridas na composição do mercado de trabalho se de um lado favoreceu o ingresso e permanência da mulher no mercado de trabalho, de outro beneficiou os industriais ao possibilitar uma superexploração da força de trabalho através da contratação de operárias do sexo feminino por um salário vil, e a dispensa de trabalhadores do sexo masculino.

Fundada no liberalismo ortodoxo presente na política brasileira no final do século XIX, é promulgada a constituição de 1891, que reiterava a não intervenção do Estado no mercado e nas relações de trabalho entre patrões e empregados, pois tal conduta estatal não era vista com bons olhos por perpetrar contra à livre circulação de mercadorias, mais especificamente à compra e venda da força de trabalho. Em virtude dessa constatação, a legislação trabalhista era inexistente.

Face ao crescente movimento grevista nas duas primeiras décadas do século XX, houve mudanças significativas nas relações de trabalho no cenário brasileiro. Ao se colocar como país signatário do tratado de Versalhes, o Brasil se comprometeu com a criação de legislações voltadas a proteção das relações de trabalho. Em resposta a essas requisições, verifica-se a formulação de novas legislações trabalhistas, fenômeno que pode ser evidenciado com a lei de amparo aos acidentados de trabalho de 1919 e, em 1923, a lei criando a caixa de aposentadoria e pensões para os ferroviários, viriam a garantir um mínimo de proteção social aos operários estendendo aos seus em alguns casos.

A constituição, emergência e desenvolvimento do mercado de trabalho brasileiro têm como pano de fundo a necessidade de recomposição dos processos de expansão e acumulação

capitalista que, na sua forma tardia, chegou aos países periféricos sob a forma de regulamentação legal de um mercado de trabalho livre disciplinando.

Não se pode celebrar acriticamente a liberdade de trabalho como um valor em si mesmo sem perder de vista o papel desempenhado pelo contratualismo na justificação política e teórica da venda de trabalho (livre) através do instrumento contrato de trabalho. Pois enquanto nos [países capitalistas centrais] o trabalho livre assalariado é introduzido como uma necessidade de desenvolvimento e expansão do capitalismo ainda incipiente, [no Brasil] o que predominou foi à ocupação da terra e sua exploração (MACHADO, 2008, p.157).

Tem-se ainda no Brasil, na primeira metade dos anos 40 do século XX, a instalação da primeira Vara da Justiça do Trabalho, instituição que, naquele período, segundo Viana (1951), agregou um caráter civilizatório nas relações de trabalho, na medida em que se colocava como um instrumento de defesa do trabalhador, para que este não ficasse à mercê apenas da boa vontade do empregador. A relação entre o operariado urbano em formação e a justiça do trabalho era composta por uma dualidade contraditória considerando que, de um lado havia trabalhadores que a consideravam como um instrumento regulador e de controle do Estado sobre a classe e, de outro, os que a percebiam como um instrumento garantidor dos direitos trabalhistas.

O mercado de trabalho e a classe trabalhadora que se gestaram no Brasil a partir de então incorporavam fragmentos da segunda revolução industrial e confluíam para legitimar a relação capital trabalho nos países periféricos em detrimento do funcionamento do mercado mundial.

Com uma história distinta, mas com objetivo global comum, a heterogeneidade presente na constituição da classe trabalhadora no Brasil para um mercado de trabalho livre e assalariado é marcada pela criação de leis trabalhistas que regulamentam o trabalho do imigrante no país, com fins de atender à demanda no setor cafeeiro, que paulatinamente, iria contribuir para o desenvolvimento da indústria em franca expansão.

Os trabalhadores recém-libertos da escravidão não possuíam habilidades técnicas para o trabalho fabril, considerando que os operários imigrantes tinham experiência no trabalho industrial e da cultura operária e sindical. Desse encontro, vai nascer a classe operária, o proletariado brasileiro.

O trabalho assalariado consolidado no segundo pós-guerra se legitima, se desenvolve e é regulamentado no Brasil já descaracterizado da sua dimensão ontológica, (de apropriação da natureza, de transformação do homem, das relações sociais no mundo da produção e da sociedade de criador de riqueza socialmente produzida) assumindo um caráter de produtor de

valor para a acumulação capitalista. No quadro apresentado, busca-se um trabalhador qualificado, porém não existente, para fomentar o desenvolvimento da indústria em franco processo de criação.

Considerando que o trabalho é resultado de um compêndio cultural imbuído de tradições, costume e hábitos de um povo, no Brasil, a classe trabalhadora possui uma formação distinta e heterogênea, da qual o negro, o índio, o mameluco e demais misturas de raças foram excluídas da composição do mundo do trabalho pela sua não qualificação, embora tenham sofrido uma brusca e despreparada destituição do meio de produção, sendo lançados à mercê da sua própria sorte para gozar de uma vida social urbana. Daí decorre em grande parte a insuficiência de mão de obra qualificada para o complexo industrial em formação no Brasil naquele período.

Observa-se diante desse cenário que cooptados das possibilidades de ingresso no mercado de trabalho brasileiro que prezava pela qualificação e profissionalização técnica, essa significativa parcela da classe trabalhadora viu-se sem função/ocupação no mundo do trabalho, sendo a eles atribuídas pela sociedade em geral, quando pertinente, uma justificativa sociocultural que recupera na categoria trabalho a sua dimensão de construção social, como resultante de hibridismo cultural, que levam esses trabalhadores a não ter a mesma aptidão e formação para o trabalho fabril.

Entendia-se, quando de interesse da sociedade, que o longo período de vivência em condições sub-humanas, submetidos a regimes de escravidão despertaram nesse segmento um sentimento negativo pelo trabalho, de opressão, sofrimento, exploração e violação de direitos que os levaram ao desinteresse de vinculação a mercado de trabalho.

Os primeiros anos de afirmação da classe operária, ainda que em vis condições concretas de sobrevivência, constata o seu crescimento e abrangência num cenário de exclusão social que tensionava sua situação social e política pela luta por direitos trabalhistas, evidenciando os primeiros passos do que seria o surgimento do Movimento Sindical Brasileiro.

Foi com essas características que a classe trabalhadora brasileira foi se firmando como trabalhador coletivo do chão da fábrica, herança da forma produtiva fordista, incorporando e combinando, de tempos em tempos, as diversas transformações ocorridas no mundo do trabalho que perduraram por trinta anos gloriosos, até a terceira revolução industrial que irá marcar o começo de intensas e significativas mudanças no mundo da produção e, conseqüentemente, na esfera do trabalho.

Em particular, a industrialização brasileira expandiu o grau de assalariamento entre os trabalhadores, associando a isso algumas seguranças sociais, inclusive relações de trabalho reguladas por normas legais. No entanto, tais benefícios jamais foram estendidos ao conjunto da população trabalhadora ao longo do processo, demonstrando que algo como um estatuto do assalariamento, associado a um Estado do Bem-Estar Social, jamais esteve conosco.

Como apontado, nos países considerados ricos, uma parte não desprezível da reprodução da força de trabalho foi assumida pelo Estado após a Segunda Guerra. O salário direto responderia pela sobrevivência do trabalhador. Os demais custos de sobrevivência foram assumidos pelo Estado. Isso teria sido resultado tanto das lutas dos trabalhadores como de uma estratégia burguesa que mudou as funções estatais. Processo similar teve lugar com as categorias profissionais associadas aos processos de industrialização mais dinâmicos no Brasil. Mas o resto ficou fora dos benefícios do crescimento econômico, constituindo as categorias de trabalhadores pobres urbanos (BATISTA, 2003, p. 201).

Observa-se que a já tratada desestruturação do mundo do trabalho no centro dos países capitalista ganha contornos próprios quando em sua versão periférica. Visto que se trata de um movimento mundial do capital, tem implicações generalizadas no espaço em que se reproduz. Todavia, suas categorias não se aplicam igualmente a quaisquer casos nacionais. Para a história brasileira, os dilemas recentes não se criam a partir da desestruturação de um estatuto salarial, figura ausente – ao menos na conformação que toma nos países desenvolvidos – numa sociedade em cujo motor se encontra a dialética entre o moderno e o arcaico. Sendo assim, é preciso repor os termos do debate sobre as questões contemporâneas a respeito da regulação econômica e social do trabalho na experiência periférica, observadas suas estruturas sociais particulares.

A crise iniciada em boa parte do mundo na década de 70 do breve século XX, como assim denominou Hobsbawm (2007), tratou-se de uma crise global do modelo social de acumulação que se encontrava em processo de esgotamento. As tentativas de enfrentamento da crise apontaram para um novo modelo de regulação e orientação econômica que se apresentava ao mundo como neoliberalismo.

Esse processo decorre da crise da economia mundial, datada dos meados dos anos 70, que tem como pano de fundo, entre outros fatores, as transformações ocorridas como à queda da lucratividade do capitalismo nos países centrais, o choque do petróleo em 73, a recessão cíclica de 1972-1975, a crise fiscal do Estado de Bem-estar e, no fim dos anos 60 e início dos anos 70, uma intensificação das lutas sociais, (ANTUNES, 2001 p.39). Finaliza o autor que, em resposta a crise, inicia-se pelo capital um processo de reestruturação no qual as transformações no mundo do trabalho e o trabalho precarizado ganham centralidade.

Essa nova orientação econômica e política em seu nascedouro constituíam-se de uma série de medidas e ajustes estruturais que tinham no desemprego, na informalidade e desproteção do trabalho a sua contraface.

Para Harvey (2005), as décadas de 70 e 80 foram um período de reestruturação econômica e reajustamento social e político, pois a profunda recessão de 1973 deixou um saldo negativo pelo mundo inteiro de dúvidas, oscilações e, incertezas, e apresentou novas experiências que poderiam representar a passagem para um novo regime de acumulação que estaria associado a um sistema político e social distinto. Trata-se da acumulação flexível.

A acumulação flexível como vou chamá-la, é marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apoia na flexibilidade dos processos de trabalhos, dos mercados de trabalhos, dos produtos e dos padrões de consumo. Caracterizam-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo taxas altamente intensificadas de inovação tecnológica, organizacional (HARVEY; 2005 p. 140).

O novo estágio do capitalismo creditou um desenvolvimento desigual e, no mundo ou sociedade do trabalho, as repercussões foram estrondosas, pois os poderes de flexibilidade permitiram controles mais rígidos sobre a produção e sobre uma força de trabalho enfraquecida. Esse novo modelo apostava na ideia de que para haver uma acumulação flexível, significava ter alta taxa de desemprego “estrutural”, e a rápida destruição e constituição das habilidades.

No contexto da acumulação flexível, o mercado de trabalho passou por uma profunda reestruturação que é caudatária diante da forte volatilidade do emprego, da competição, da flexibilização da legislação trabalhista, das desumanas condições e relações de sua realização, com a redução da jornada regular em favor das crescentes subcontratações, temporários, parciais da precarização estrutural do trabalho. Nos meandros dessas transformações, tem-se um mercado de trabalho reconfigurado que apresenta uma nova morfologia, caracterizado pela desregulamentação, pela desproteção social, pela tecnologização, pela multifuncionalidade, pela diminuição do trabalho vivo, pelo aumento do trabalho morto em que o estável torna-se quase virtual (ANTUNES, 2007, p.17).

No final dos anos 80 e, início dos anos 90, é que o Brasil inicia o processo de adoção, na esfera produtiva, das primeiras formas toyotistas de produção. Processo em constituição nos países capitalistas centrais desde a década de 70 com a crise do capital que inicia um processo de recomposição com instauração de um novo ciclo produtivo do capital baseado na derrota político ideológica do trabalho (ALVES, 2010).

Essa nova forma de acumulação exige a derrota política da classe trabalhadora através das instituições sindicais- um obstáculo às investidas do capital. No Brasil, tal derrota se expressa com a perda do pleito eleitoral pelo PT nas eleições de 90, que abriu as portas para a introdução das teses neoliberais no comando da economia e da reforma de Estado que viria (ALVES, 2010).

A derrota da classe trabalhadora no Brasil fragilizou os interesses classistas expressos na diminuição da resistência operária pela formação de complexos neocorporativos que favoreceram a emergência de novas relações de trabalho fundadas na parceria capital trabalho, que deu vida às cooperativas, ao empreendedorismo e as terceirizações, entre outros, pois quebrada a resistência da classe trabalhadora, o mundo da produção estava aberto à adoção das novas formas de administração do mundo da produção. (ALVES, 2010).

Essa nova configuração do mundo da produção, a partir dos anos 90, gestou um novo complexo de reestruturação produtiva no Brasil, assentado no enfraquecimento da luta de classes e na proliferação de um conjunto de métodos e técnicas à moda do capitalismo brasileiro no complexo industrial do país e na captura da subjetividade dos sujeitos (ALVES, 2010).

É preciso investir na captura da subjetividade operária, integrando-o aos valores da empresa, demonstrando a centralidade ideológica no campo da produção, com o capital procurando deteriorar os impulsos classistas intrínsecos à situação objetiva do trabalho (ALVES, 2010: p.198).

O mundo do trabalho e o trabalhador passam a ser regidos e organizados pelo toyotismo sistêmico¹⁰ que descaracteriza a dimensão exploratória do capitalismo cedendo lugar às novas formas de gestão e organização do trabalho, nas quais a participação do trabalhador nos processos decisórios é imperativa. Assim, o mercado de trabalho, recomposto, a partir dos anos 90, no contexto brasileiro, gradativamente vem se assentando na necessidade de atender ao mercado interno com a produção de mercadorias diversificadas em quantidade pequenas, ou seja, a produção é conduzida pela demanda, atendendo somente ao que é consumido; Mais do que isso, os novos rumos do mundo do trabalho apostam no enfraquecimento da resistência da luta operária, na captura da subjetividade do trabalhador que incorpora as novas formas de trabalho instável precarizado, subcontratados, explorados e

¹⁰ Toyotismo sistêmico pode ser entendido como a combinação de várias técnicas e métodos aplicados no processo produtivo tais como o *Just-in-time/kanban* e a captura da subjetividade do operário pelo capital. Trata-se de uma grande proposta de adestramento dos líderes ou trabalhadores que exerçam algum poder na estrutura organizacional para aquisição de competência gerencial através da qual se pretende inserir os trabalhadores nesse novo mundo do trabalho flexível (ALVES,2010).

no crescente desemprego estrutural como um mal necessário das sociedades modernas, passível de ser enfrentado via políticas sociais.

Trata-se, portanto, de um novo sistema que intensifica a exploração do trabalho, quer pelo fato de levar o operário a manusear vários maquinários ao mesmo tempo, fator que elimina a porosidade do trabalho e permite a flexibilização dos trabalhadores, quer pelo discurso e introdução das possibilidades de alta-especialização, com investimentos pesados na inovação tecnológica que altera de forma significativa, o caráter e a natureza do trabalho humano. Tal alteração resulta na redução de postos de trabalho que foram substituídos pela maquinária e pelo trabalho em equipe almejando a empresa e a produção enxuta. Esse novo sistema requisita uma reorganização dos processos de trabalho em que as atividades devem ser realizadas por trabalhadores qualificados, em equipe, participativo, multifuncional, polivalente.

No âmbito das políticas sociais, o reflexo dessas mutações podem ser observadas através das orientações dos organismos internacionais como Banco Mundial (BM) e Fundo Monetário Internacional (FMI), que recomendam aos países periféricos em processo de industrialização como o Brasil, dependentes de crédito para fomentar e expandir o desenvolvimento e, conseqüentemente, o crescimento econômico, a adoção de medidas e ajustes econômicos que irão promover alterações significativas no financiamento, custo e cortes do investimento na área social.

As transformações nas políticas sociais no contexto de acumulação flexível são operadas no contexto brasileiro através da adoção de vários mecanismos, alguns formais e visíveis e outros informais e invisíveis, como é o caso da Reforma Informal no âmbito da saúde pública brasileira, e da Reforma do Estado, iniciada em 1995 no governo Fernando Henrique, que explicita abertamente a incorporação das ideias neoliberais no “ajustamento” das funções do Estado, na qual a grande vilã responsável pelos exageros dos gastos públicos são as políticas sociais.

Por fim as mudanças operadas e consolidadas, algumas superadas e outras em andamento, no mundo do trabalho no século XX criaram um cenário obscuro para o sentido, natureza e direcionalidade do trabalho e dos trabalhadores no século XXI, na medida em que busca deslocar o trabalho da centralidade da vida social e intensificar a piora das condições de reprodução do trabalho e da existência do trabalhador em nome da acumulação flexível.

2.3 TRABALHO E POLÍTICA SOCIAL NO SÉCULO XX: A GENENSE DA DESESTATIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

É inegável que o novo complexo de mudanças no mundo do trabalho instauradas no Brasil nas últimas décadas do século XX, imprimiu uma nova direção para o trabalho, para a classe trabalhadora e para as políticas sociais, uma vez que o toyotismo sistêmico como novo paradigma do mundo da produção está muito mais próximo dos ajustes do compêndio neoliberal do que propriamente do modelo da social democracia, considerando que essa nova forma de organização e gestão do trabalho, ao aderir à ideia do trabalhador flexibilizado, adotou também a flexibilidade dos direitos sociais defendidos pela social democracia.

Credita-se que as origens da crise do capitalismo vivenciada nos anos 70 estavam atadas à própria crise fiscal do Estado, dedução que leva ao equivocado prognóstico de que os excessivos gastos públicos estariam por trás de todos os problemas de ordem econômica.

Nesse cenário, os críticos conservadores dos países capitalistas centrais apontavam como solução imediata para contenção da crise a redução da função e do papel do Estado. Pela conseqüente expansão e liberalização do mercado, esses ajustes liberais dominaram alguns países latino-americanos como o Brasil, Chile, Argentina e México, em atenção às recomendações do “Consenso de Washington”.

A partir dos anos 90, esses Estados, pautados nas orientações dos organismos multilaterais e internacionais, deveriam responsabilizar-se pela condução e operacionalização apenas das suas funções clássicas, considerando que mesmo essas passariam por uma profunda revisão para redução e enxugamento de orçamentos, financiamentos e recursos públicos. Tais mudanças evidenciam o depauperamento do modelo de financiamento do Estado brasileiro e a consolidação e incorporação dos indicativos neoliberais na recomposição do novo Estado mínimo.

Inicia-se, a partir de então, um processo de intensificação da desestatização dos bens e serviços públicos, em curso desde a década de 80¹¹, sob o domínio do capital internacional, operado mediante a incorporação das modernas técnicas de organização e gestão do trabalho originárias do novo processo de acumulação em vigência que tem seu foco no setor produtivo. Assim, a gênese da desestatização dos serviços públicos é dada, a rigor, com a aprovação do

¹¹ O processo de desestatização do setor produtivo estatal ocorre, a rigor, em 1981, quando o presidente Figueiredo aprovou o Decreto nº 86.215, que fixava as primeiras diretrizes para a transferência e desativação de empresas controladas pelo governo federal. Nessa primeira etapa da reforma patrimonial, conhecida como “fase das reprivatizações”, a transferência de empresas estatais para o capital privado nacional esteve limitada àquelas unidades produtoras malsucedidas na iniciativa privada e que, por isso mesmo e por alegadas razões sociais e de segurança nacional, tinham sido absorvidas pelo Estado. (SANTOS *et al.*, 2004).

Decreto nº86. 215/81 no governo Figueiredo, assumindo um caráter mais dinâmico a partir dos anos 90.

Outro fator a ser considerado no processo de alteração do conteúdo das políticas sociais em tempo de acumulação flexível, que interferiu diretamente na vida da classe trabalhadora, é o surgimento da proposição de resgate do pacto federativo, materializado sob o princípio da descentralização política administrativa nas três esferas de governo União, Estado e Município. Embora tal providência tenha se constituído um avanço de substancial importância para e no reconhecimento das disparidades e iniquidades regionais na formulação e gestão das políticas sociais no âmbito local, não se pode deixar de observar que as apreensões equivocadas e deformadas desse princípio produziram inúmeras obstruções na construção de um pacto federativo transparente.

A proposta de resgatar o pacto federativo instituído com a constituição federal de 1988, entre outras tantas coisas, foi projetado para unir e, ao mesmo tempo, separar os três entes federados na formulação de um projeto de desenvolvimento do país rumo ao crescimento econômico. Porém, a forma como foi introduzida na composição e materialização dos direitos sociais com destaque para as políticas sociais, a descentralização tornou-se algo incerto e duvidoso diante daquilo que se almejava.

Santos *et al* (2004) apontam que, desde o final dos anos 80, com vistas a atender as recomendações dos organismos internacionais, a união manifestava claras intenções de introduzir, a partir da descentralização, os estados e municípios no circuito de responsabilização pelo desenvolvimento e conseqüente crescimento econômico do Brasil, via a transferência da responsabilidade pela execução das políticas públicas a tais entes federados.

A descentralização presente no conteúdo das políticas sociais, a partir de instrumentos jurídico-políticos, pressupunha determinada concepção de prestação de bens e serviços à classe trabalhadora financiados de forma integral pelo agente estatal, propondo a transferência apenas de responsabilidades para os estados e municípios, mas não acompanhados de realocação de recursos. Para tornar a situação dos estados e municípios ainda mais complexa, a união, nesse processo de autodesresponsabilização, assume a tarefa única de agente partícipe do financiamento e custeio sob a forma de contrapartida de determinados bens e serviços, não entrando no exercício de condução, operacionalização e até mesmo de execução de atividades atinentes às transformações em curso no setor público. (SANTOS *et al.*, 2004)

Nesse cenário de conjugação de esforços para implantação da descentralização política administrativa, a categoria gestão é enaltecida como componente estratégico na condução,

planejamento, operacionalização e execução, tornando-se o instrumento potencializador da nova forma de administração pública com correspondência direta nas novas proposições da Reforma do Estado.

A centralidade da descentralização na alteração e na condução das políticas sociais, se, de um lado, avançou por ampliar o acesso aos direitos sociais, de outro, abriu condições para introdução e legitimação do discurso desresponsabilizatório propalado pela união, de que a gestão pública em âmbito local tornar-se-ia mais real à classe trabalhadora, pois todas as ações, bens e serviços públicos poderiam ser planejados e executados levando em conta as características locais, ou seja, a singularidade de cada estado, cidade, bairro e assim por diante, mascarando a real intenção.

Os novos arranjos institucionais decorrentes da legitimidade conferida à descentralização pela sua fixação nos instrumentos jurídicos-políticos que dispõem sobre as condições de prestação de serviços sociais no âmbito da saúde, previdência assistência social e demais políticas públicas, informando como deve ser procedida a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes no âmbito destas, consubstancia esse processo como algo sem retorno.

A descentralização, como fenômeno extraordinário que operou grandes mudanças, firmou-se enquanto um instrumento fortalecedor da gestão formulado pela união, consolidando-se no âmbito das políticas públicas e sociais a democratização dos serviços públicos, a participação da comunidade na formulação, planejamento, operacionalização e execução das políticas a partir das diversas instâncias colegiadas denominadas de conselhos de direito. Tal arranjo contribuiu de forma ímpar para o alargamento da participação das organizações da sociedade civil na prestação dos serviços públicos. (SANTOS, *et al* 2004).

A consumação do reordenamento das políticas públicas, operadas em decorrência das exigências postas pela reforma do Estado face a cristalização da reestruturação produtiva, cooperou com o aprofundamento da privatização, terceirização e conseqüente precarização do trabalho para o trabalhador da política social no contexto brasileiro, pois o crescente apelo da participação do cidadão, da sociedade civil na gestão da coisa pública pressupõe uma inversão de papéis que coloca esses agentes como responsáveis pela garantia do seu próprio acesso aos direitos sociais.

Verifica-se ainda que as medidas consolidadas criaram reais e potenciais canais de mercantilização dos serviços públicos, em especial os vinculados à rede de proteção social, obstaculizando a redistribuição de renda, fato que poderia ser facilmente atingido com a viabilização de políticas sociais competentes capazes de resguardar as condições necessárias

para a reprodução do trabalho e da classe trabalhadora, com o firme propósito de expansão dos laços e processos de sociabilidade civilizatórios, hoje em xeque pela gradativa deteriorização da civilidade.

Esse rearranjo pressupõe um corolário de alterações no ordenamento social através do estabelecimento de um novo modelo de regulação fundado na relação de colaboração e solidariedade entre Estado, capital, trabalho, que distintamente repercutiu na organização, no conteúdo das políticas sociais e nas condições e relações de trabalho dos seus trabalhadores, devido às reformas liberais que reduziram a proteção social ao trabalho.

No âmbito da seguridade social brasileira os conteúdos da reestruturação produtiva irão aparecer inicialmente, por intermédio da reforma informal na saúde nos meados dos anos 90, com emergência e intensificação acelerada da terceirização de serviço e, posteriormente, o incentivo à criação de cooperativas e prestação de serviços autônomos que se espalharam pelos quatro cantos do país.

Esses conteúdos que gradativamente vêm sendo introduzidos no âmbito das Políticas Sociais e que conformam a seguridade social brasileira, ainda que no contexto da informalidade, evidenciavam o que vinha sendo denominado por Berhing (2008) de contrarreforma do Estado, pois a reforma informal no âmbito da saúde pública brasileira é servil ao capital, uma vez que silencia e disfarça o processo de desmonte que a saúde, a previdência e a assistência social vêm sofrendo por dentro.

[...] assiste-se à flexibilização das relações laborais focadas na estabilidade no emprego, por um lado, que favorece a proliferação de formas e vínculos não estáveis com o Estado e formas diferenciadas de remuneração. De outro, uma demanda por quadros qualificados, com uma capacidade de adaptação crescente às mudanças tecnológicas dos processos de produção e facilmente cambiáveis (PIERANTONI, 2001 p.7).

Num cenário de acumulação flexível e de reestruturação reprodutiva com sérias e profundas alterações no mundo do trabalho, a reforma informal é funcional por assim aportar e moldar os conteúdos das políticas sociais, em especial à política de saúde, às degradantes condições de produção e reprodução do trabalhador e do trabalho. Nesse sentido, as políticas sociais devem atender às necessidades ligadas ao imperativo do consumo, devendo ser direcionadas para um público que não possui condições de satisfazer suas necessidades de saúde no âmbito do mercado.

Assim, a política social tem seu caráter alterado passando ser concebida como dádiva dos mais abastados, ou medida de alívio à pobreza, e, finalmente, enquanto tecnologias sociais inovadoras de empoderamento da sociedade (WERNECK VIANNA, 2008, p.149-50).

A constatação em tela evidencia os rumos que a política social vem incorporando enquanto direito de cidadania que resguarda as condições de reprodução do trabalho, num cenário de precarização tanto do seu conteúdo, como verificamos anteriormente, quanto da sua realização acionada pelas ações dos trabalhadores que se apresentam submetidos a um processo de expropriação dos direitos, que resulta numa situação de instabilidade, insegurança e incerteza para os trabalhadores.

Na esfera pública, em áreas como a saúde, as novas modalidades de contratação, que surgiram após a promulgação da Emenda Constitucional n.19 de 1998 – que passava a permitir a flexibilização das formas de vínculo na administração pública –, correspondem à mudança de foco no desempenho do papel do Estado que, naquele momento incluiu a Saúde pública não como “núcleo estratégico”, mas como função “não exclusiva de Estado” (CASTRO *et al.*, pesquisa plano diretor p.2).

A exposição acima revela que as políticas de saúde, assim como as demais políticas sociais que compõem a seguridade social, foram e vêm sendo atravessadas pelas inúmeras recomposições aludidas como necessária para o fortalecimento do Estado brasileiro, ainda que tais medidas sacrifiquem a classe trabalhadora.

Verifica-se que o quadro de modificações erigidas no campo da política de saúde encontrava-se afinado com os novos parâmetros de reorganização das políticas sociais brasileiras, documento elaborado ainda na primeira metade da década de 90, cujo objetivo era formular um estudo da política social no contexto brasileiro sob um duplo enfoque, em que o primeiro se concentrava nas transformações da estrutura produtiva e no mercado de trabalho, e o segundo na adoção das recomendações ditadas aos países latinos americanos pelos organismos multilaterais (LOPES *et al.*,1994).

Nessa direção, o debate em torno da “modernização” e/ou “ajustamento” das políticas sociais passa a ser a necessidade de readequação dos seus princípios, diretrizes e organização, em atenção às alterações ocorridas e em curso no mundo do trabalho, fruto do desenraizamento industrial, fenômeno originado pela combinação de diferentes mecanismos na reestruturação do modelo produtivo, identificado tanto nos países capitalistas centrais como nos periféricos ou em desenvolvimento, adotado pela sua rentabilidade econômica e financeira através do barateamento dos custos da produção.

É presente em algumas literaturas, ao mesmo tempo em que se tem observado que o deslocamento espacial da indústria, no interior de um mesmo país ou fora dele, tem provocado a ebulição de velhas expressões da questão social até então pensadas e enfrentadas de forma incipiente, e que a partir de então vem exigindo um novo padrão de intervenção das

políticas sociais. Pois o deslocamento espacial da indústria tem evidenciado uma dupla situação, ao mesmo tempo em que torna a empresa eficiente e competitiva pelo rebaixamento dos custos da produção de mercadorias por meio da sua fixação em lugares nos quais a mão de obra altamente qualificada tem valor aquém do praticado no mercado, a saída da indústria do seu local originário vem acarretando no crescimento acelerado do desemprego e, junto com ele, a miséria, a violência, a pauperização e a segregação de alguns segmentos da classe trabalhadora para o mundo da criminalidade, fomentando a violência urbana, os crimes contra a vida pela sua incapacidade de garantir a reprodução social de existência.

O desenraizamento da atividade econômica industrial provocada pela nova dinâmica da indústria flexível é a fonte primária das causas e transformações ocorridas no âmbito da vida social. Esse processo, ao deteriorar zonas industriais inteiras, tem favorecido a reconstrução e modernização de áreas pouco habitadas e junto com ela o aparecimento de novos postos de trabalho que exigem mão de obra altamente qualificada, e, nos lugares de onde saíram, deixam a vida social e comunitária a beira da ruína devido à eliminação de antigos postos de trabalho sem qualquer previsão de reconstituição de uma nova zona comercial ou industrial.

Esse fenômeno gerou um aumento visível das demandas por serviços sociais públicos que deveriam ser enfrentadas de acordo com as recomendações presentes no documento parâmetros de reorganização das políticas sociais na América Latina, através da redução dos investimentos e gastos na área social, fato que reivindicava a adoção da focalização e da seletividade como mecanismos de contenção da demanda, orientação contraditória ao movimento da realidade social que requisita uma intervenção cada vez mais alargada do Estado na questão social devido a crescente barbarização da vida em sociedade. Nesse sentido, as políticas sociais deveriam ser voltadas apenas para os segmentos mais vulnerabilizados que foram duramente atingidos pelos reflexos da crise do capital e, como resultado, tiveram uma piora das condições de vida no curto prazo. (LOPES *et al.*, 1994).

As políticas sociais reorientadas, além de atender às demandas oriundas das reformas econômicas, incorporou os indicativos do documento formulado pela UNICEF, publicado em 1987, sob o título de “Ajuste com Dimensão Humana”, o qual reiterava a necessidade das reformas para o crescimento econômico dos países em desenvolvimento, porém tais reformas deveriam incorporar um conjunto de medidas de proteção para os segmentos mais vulnerabilizados centrados na parceria Estado e sociedade civil.

Esse novo conteúdo introduzido nas políticas sociais completou a nova proposta que nos anos 90 seria adotada tanto na América Latina quanto no Caribe na realocação, prestação

e financiamento dos serviços sociais, consolidando um processo que não teria mais retorno de desestatização dos serviços sociais públicos, mediante a privatização ou terceirização dos serviços ligados à seguridade social, marcando a restrição da ação do Estado nesse campo.

As recomendações direcionadas ao Brasil podem ser constatadas partir da promulgação da Lei Orgânica da Saúde – LOS 8080/90, que incorporou os parâmetros contrarreformistas. Verifica-se, no enunciado do Título III da mesma lei, questões relativas aos serviços privados de assistência à saúde, ou seja, uma clara e explícita concordância no favorecimento da iniciativa privada na prestação das ações e serviços de saúde.

Nesse início de constituição e organização do Sistema Único de Saúde - SUS, por se tratar de uma novidade, um marco inaugural, poucas eram as empresas, instituições ou entidades ligadas à iniciativa privada que se propunha à terceirização dos serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, devido aos baixos valores repassados pela união por procedimentos aos prestadores de serviços muito aquém dos praticados no mercado. Quando se identificava interesse dos prestadores, esses se davam mais no campo da assistência (por se tratar de laboratórios e clínicas de imagem e diagnósticos) não restando nenhuma ou quase nenhuma outra forma de terceirização.

Na lei 8.142/90, promulgada meses após a primeira LOS, identifica-se a forte presença dos conteúdos contrarreformistas, através da introdução de questões relacionadas ao financiamento, e, conseqüentemente, da descentralização política administrativa e participação da comunidade na formulação, gestão e avaliação da política de saúde. Nesse momento, tem-se a consolidação legal dos ajustes e recomendações dos organismos multilaterais internacionais. No Brasil, o segundo e, decisivo passo na conformação do fenômeno da desestatização dos serviços públicos foi a promulgação da lei que criou as organizações sociais em 1998. A partir de então tem-se no interior da política de saúde o surgimento de certo tipo de terceirização, marcada pelas novas formas de contratações precarizadas operadas no mundo do trabalho com a reestruturação produtiva. Verifica-se a adoção de modelos antes inimagináveis na organização e gestão dos processos de trabalho em saúde, ficando evidente a incorporação dos conteúdos da reforma informal no âmbito do SUS.

Em 2006, o Ministério da Saúde do Brasil, propõe um reordenamento das ações e serviços no âmbito do SUS, de modo a refinar e intensificar o processo de reforma. Dessa forma, inicia-se uma campanha de pactuação com os estados e municípios que foram denominados de Pacto pela Vida, Pacto em defesa do SUS e Pacto de Gestão, que contemporizou e consolidou os conteúdos da reforma do Estado no âmbito da política de saúde. O pacto pela gestão, composto por um conjunto de proposições na gestão do trabalho

em saúde imbuído de conteúdos ambíguos e contraditórios entre si, confere autonomia aos entes federados para livre contratação dos trabalhadores em saúde, porém enfatiza, entre outras coisas, apenas o emprego público, uma modalidade de contrato de trabalho precarizado, considerando seu prazo determinado, por meios de contratos flexibilizados com baixa proteção social, pois os trabalhadores são contratados para desenvolver atividades laborais em programas específicos até a duração da pactuação e repasse de recurso.

Nesse sentido, o pacto pela gestão mascara a ausência e/ou baixa proteção social no trabalho para os trabalhadores de saúde, regulamentando o trabalho flexibilizado por meio do emprego público, endossando as recomendações contrarreformistas. A modalidade emprego público contribuiu ainda, de forma significativa, para a fragmentação da classe trabalhadora, a diminuição da resistência e capacidade de luta, na medida em que abre um fosso entre estatutários e celetistas, o que abre espaço e estimula a substituição da atuação sindical pelas mesas de negociação.

No pacto, é evidenciado que os entes federados devem adotar como compromisso relações de trabalho que garantam os direitos trabalhistas e previdenciários promovendo adequação de vínculos quando necessário. Essa diretriz além de possibilitar a existência de diversas e precárias formas de contratação de recursos humanos em saúde, chancela a perenidade do trabalho precarizado através da permissão de contratos de trabalho com baixa proteção social como é o caso dos terceirizados, e vínculos sem nenhuma proteção social, como constatado no âmbito do trabalho cooperado.

Em contraposição a essas recomendações, identifica-se no pacto uma diretriz que estabelece a necessidade e compromisso do fomento de relações de trabalho que obedeçam à exigência e ao princípio de legalidade da ação do Estado e de proteção dos direitos associados ao trabalho. Tais indicativos destoam das iniciativas de qualificação dos recursos humanos no SUS, uma vez que mascara a relação perniciosa de consentimento das formas de trabalho precarizado, ainda que essa forma de relação trabalhista se constitua, sem qualquer exagero, em um nó imbróglio para a justiça trabalhista.

O estímulo das diretrizes à permanência do trabalho terceirizado e contratado fere a doutrina jurídica, considerando que o parecer nº256 do Tribunal Superior do Trabalho apontou o entendimento firme do poder judiciário frente ao uso indevido e equivocado da terceirização e fornecimento de mão-de-obra, apreendendo, num primeiro momento, a terceirização como algo ilícito, salvo os casos previstos em leis tais como os serviços temporários e de vigilância. Nesse sentido, torna-se ilegal a contratação de trabalhadores por empresas interpostas, tal como ocorre com as terceirizações, considerando que esse fenômeno

erigido nos domínios da acumulação flexível mascara de fato a relação jurídica trabalhista entre empregador e empregado, não protegendo os trabalhadores do trabalho precarizado, como a Organização Internacional do Trabalho - OIT vem recomendando desde 1997.

Trata ainda as diretrizes do Pacto pela Gestão, da capacitação de gestores e técnicos do SUS enquanto componente de qualificação para adesão às novas proposições de otimização na implantação das ações e serviços de promoção, proteção, recuperação da saúde. Os enunciados descritos na diretriz pressupõem a incorporação de alguns traços do toyotismo sistêmico, nos quais a qualificação dos líderes e trabalhadores assume um papel significativo na promoção de um processo de trabalho menos alienante e mais participativo, incluindo os operários nos processos decisórios. VASAPOLLO(2005) ALVES(2010).

Na situação exposta, a intensificação do uso da tecnologia, na qual o acesso às redes informacionais, de um lado, pode ser considerado como um instrumento que subsidie a organização, gestão produção e circulação de bens e serviços e, de outro, um mecanismo que estabelece o controle sobre o tempo e o trabalhador invadindo a sua vida privada, aparecem como inovações no campo organizacional e tecnológico tornando invisível o domínio e contaminação que tais inovações gerenciais exerce sobre o tempo fora do trabalho.

Assim, o pacto propõe diversificadas estratégias de adensamento da proposta toyotista para introdução das novas formas de organização e gestão do processo de trabalho em saúde, que vem sendo legitimadas através de um processo de fragmentação pela via da terceirização, cooperativismo e enfraquecimento dos trabalhadores em saúde por meio da eliminação das lutas sindicais e a instauração das mesas de negociação nas quais o trabalhador tem a sua subjetividade capitaneada.

A assertiva acima se justifica quando observado o documento elaborado pelo Ministério da Saúde do Brasil na primeira metade da década de 90, intitulado “Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90”, que apresentam como estratégias a curto e médio prazo mudanças no arcabouço jurídico-institucional do SUS, a partir de alguns indicativos como : a) flexibilidade do SUS; b) limite do acesso à atenção terciária; c) estabelecimento de um pacote de benefícios, via de regra as denominadas cestas básicas; d) favorecimento à participação da iniciativa privada, entre outros, nos quais já eram enfatizadas essas mudanças que vêm sendo implantadas de diversificadas maneiras e formas no âmbito da saúde pública brasileira, vide as recentes experiências das fundações públicas de direito privado nessa área (RIZZOTO, 2001, p.77-8).

O governo de Fernando Henrique Cardoso foi exímio no cumprimento do seu papel de coordenação com pulsos fortes e firmes das reformas do setor saúde nos seus oito anos à

frente da presidência da república. Sob um discurso dissimulado induziu sedutoramente os estados e municípios a assumirem cada vez mais a implantação, organização e operacionalização das ações e serviços de saúde, diminuindo cada vez mais e consideravelmente a participação do Estado, leia-se Ministério da Saúde, na oferta direta de serviços de saúde. (RIZZOTO, 2001, p.80)

Pode-se dizer que o formato da política de saúde identificado no Brasil no século XXI teve sua gênese no início dos anos 80 do século XX, em meio às profundas transformações no mundo do trabalho, ainda em curso. Contexto em que as políticas sociais assumem uma perspectiva dual e contraditória. De um lado passam a assumir um caráter compensatório, focalista, seletista direcionados aos segmentos vulneráveis, executados não somente pelo Estado, mas pela parceria público privado, as denominadas organizações da sociedade civil.

De outro buscam resguardar a concepção de política social inscrita na constituição de 1988 que a coloca como uma ação governamental, impulsionadora, preventiva, redistributiva, que não atende somente às demandas oriundas das crises econômicas, mas que propõe a garantia da satisfação das necessidades dos sujeitos sociais, face à sua reprodução social tanto da existência quanto do trabalho. Essas duas perspectivas de política social encontram-se em permanente disputa no âmbito da saúde pública brasileira, em que a primeira é o grande agente responsável pela consolidação e legitimidade dos conteúdos contrarreformistas no âmbito do SUS, que prima pela desestatização dos serviços públicos, universais gratuitos pela via do trabalho atípico¹², que garante a reprodução social do trabalho de acordo com as exigências do capital.

2.4 SAÚDE E TRABALHO EM TEMPOS DE ACUMULÇÃO FLEXÍVEL: A SAÚDE DO TRABALHADOR EM DEBATE¹³

Em meio aos avanços na década de 90, no setor saúde, é possível identificar no âmbito da saúde do trabalhador os retrocessos e contradições que marcam o desenvolvimento das ações e serviços nesse campo, que tem suas repercussões em duplo sentido, a partir do desmonte do Estado brasileiro iniciado no governo Collor e alavancado e consolidado no

¹² De acordo com Vasapollo (2007) trabalho atípico é aquele sem ou com baixa proteção social, são os terceirizados, quarterizados, subcontratados e cooperado,s entre outros.

¹³ Esse capítulo foi formulado tendo como base o artigo originalmente apresentado pela discente e orientadora dessa tese no Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social - ENPESS, 2010, realizado na Universidade do Estado do Rio de Janeiro UERJ, com o título Trabalho Precarizado e suas Repercussões na política de Saúde: contribuições ao debate.

governo FHC: uma reforma formal e uma proposta de mudança silenciosa denominada de reforma informal.

A reforma do Estado brasileiro faz parte de um conjunto de ajustes demandados pelo Consenso de Washington, orientados pela doutrina neoliberal, que propunha readequações para inserção dos países da América Latina, inclusos o Brasil, na dinâmica de acumulação flexível característica do capitalismo contemporâneo. Os ajustes foram realizados a partir da flexibilização das relações de trabalho, da deteriorização das condições de trabalho, das privatizações e terceirizações.

No âmbito da política de saúde, os impactos dessas transformações decorrentes do ajuste neoliberal podem ser constatados na desarticulação e enfraquecimento dos trabalhadores da saúde, na desqualificação do atendimento e serviços públicos, nas terceirizações, o que alguns autores vêm denominando de *Reforma Informal* do Estado na área da saúde pública brasileira (NOGUEIRA, 1996).

A *reforma informal* é compreendida como os mecanismos e estratégias adotadas pelo setor saúde que contempla o mesmo conteúdo ideológico e precarizado da reforma oficial proposta pelo Ministério da Saúde para a saúde pública.

Porém, o diferencial na *Reforma Informal* é a ausência de regulamentação e de clareza na regulação dos dispositivos legais e necessários. Nesse sentido, essa reforma informal lança mão de expedientes como: terceirizações, através de empresas privadas cooperativas de funcionários, contratações por meio de cargos comissionados; uso indiscriminado de contratos temporários; subcontratações entre outros, com baixos salários, entre outros (PEREIRA, 2004, p.366).

Já a *reforma oficial* propõe as mesmas medidas, porém dentro da legalidade, através do incentivo de criação de organizações sociais e agências de prestação de serviços; flexibilidade na estabilidade dos funcionários; criação de processos seletivos simplificados; contratações via Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), entre outras, pautadas na Emenda Constitucional nº19 de 1998 (PEREIRA, 2004, p.366).

A partir do exposto, constata-se que as repercussões da precarização do trabalho têm um duplo efeito, ou efeito contraditório no âmbito da política de saúde no Brasil, na medida em que ao mesmo tempo em que a política social através de seus trabalhadores deve socorrer os trabalhadores que adquirem doença ou adoecem no trabalho, os sujeitos responsáveis pela sua execução e produção são parte, expressão e vítima do mesmo processo de precarização decorrente das transformações ocasionadas no mundo do trabalho em tempos de acumulação flexível.

Verifica-se que todos os setores produtivos, independente do grau, nível ou escala de produção, foram alterados na escala mundial pelos influxos do toyotismo sistêmico, ou era pós-fordista, como alguns autores denominam¹⁴, como estratégia de manutenção de uma acumulação flexível calcada na empresa enxuta, com trabalhadores multifuncionais, subcontratados com baixos salários, alta produção e competitividade com grande rentabilidade econômica.

Na saúde, a precarização do trabalho foi introduzida em larga escala e de forma silenciosa pelo Projeto Privatista, que se contrapõem ao Projeto de Reforma Sanitária, na defesa de um processo de mercadorização e mercantilização das ações e serviços de saúde pela via do mix público privado encabeçado pela terceirização (BRAVO, 2008).

Pela via da terceirização é que o processo de precarização do trabalho, não somente no âmbito da saúde, tem se instituído e espreado na sociedade do trabalho brasileira. Terceirização que, de acordo com Carelli (2007), incorpora uma série de elementos que a torna tão ampla, ou uma espécie de mil utilidades, por adotar diferentes formas como a modalidade de contratação multifuncional; transferência de serviços a terceiros; especialização; parceria; atividade-fim; foco na atividade principal, ou ainda como:

Processo na maioria das vezes justificado, pela busca de produtividade, de qualidade e de competitividade. Ressalta porém que é um fenômeno que não pertence ao direito do trabalho, nem se constitui um instituto do direito. Destaca ainda o autor que o termo “terceirização” é uma criação brasileira, para indicar essencialmente, que se transfere a um “terceiro”, a um “outro”, uma atividade que vinha sendo feita ou pela empresa ou poderia ser feita por ela (CARELLI, 2007, p.27).

A terceirização surge como um elemento determinante no processo de precarização do trabalho, por impor um ritmo e condições que violam direitos, uma vez que essa modalidade de prestação de serviço não se encontra inscrita no estatuto do direito trabalhista. Tais características influenciam as formas de pensar, agir e sentir interferindo na saúde do trabalhador.

Assim, a terceirização vem se tornando um fenômeno conhecido no mundo do trabalho e, no âmbito dos serviços de saúde uma prática recorrente em grande escala por meio dos prestadores de serviços na produção dos cuidados e atenção a saúde do trabalhador. Nessa nova gestão da força de trabalho assim como vem sendo nominada, os terceirizados, tem

¹⁴ Vasapassollo(2007), considera o modelo produtivo incorporado no mundo industrial em particular no Brasil a partir do final dos anos 80 de era pós fordistas, por combinar técnicas do toyotismo sistêmico com o fordismo. Desta forma não se tem um modelo produtivo taylorista-fordista puro, como também não se tem no âmbito do toyotismo.

baixos salários diminuição na proteção do trabalho, contratos temporários ou determinados, altos níveis de rotatividade (PEREIRA, 2008).

O quadro apresentado revela que o setor saúde é umas das áreas mais afetadas à precarização do trabalho, na qual se evidencia com maior clareza e distinção a degradação das condições e relações de trabalho que fragilizam o trabalhador responsável pela produção de cuidados e atenção a saúde de restante da classe trabalhadora. Nesse cenário pergunta-se: Como o trabalhador de saúde fragilizado pela precarização do trabalho, pode ou consegue prestar serviços a outro trabalhador se considerarmos tais como vítimas do mesmo processo?

A repercussão da precarização do trabalho no âmbito da saúde pública brasileira reside na legitimação do mix público privado, consolidado pela Lei n. 9637 de 15/05/1998, que propõe a privatização dos serviços públicos sob a alegação de eficiência, modernização e eficácia. Essas repercussões incidem na qualidade dos serviços dispensados à classe que vive do trabalho pela racionalização e focalização da atenção e cuidado que foram consolidadas com a efetivação do pacto pela gestão.

A subproletarização dos trabalhadores de saúde aparece nesse cenário como produto das implicações do trabalho precário, parcial e sem condições objetiva para realizá-lo, por meio da dispensação para uma significativa fração da classe trabalhadora que vive sem trabalho¹⁵, atenção e cuidados de saúde focalizada, desespecializado, racionalizados, que se afastam cada vez mais da melhora das condições de saúde.

A precarização do trabalho no âmbito da saúde pública tem uma função social, e como grande meta, a atualização e manutenção do Projeto Médico Privatista que tem na redução dos gastos com a racionalização da oferta e o uso indiscriminado dos dispositivos ilegais presentes na *Reforma Informal* da saúde pública, a sua base legitimadora.

A adoção dos métodos e técnicas do toyotismo sistêmico vem sendo gradativamente incorporadas no contexto das contrarreformas oficializadas pelo Plano Diretor de Reforma de Estado- PDRE/95 elaborado suntuosamente pelo então Ministro da Reforma Bresser Pereira, reificadas e implementadas na área da saúde sob a justificativa da necessidade de inovação das formas de gestão e operacionalização dos bens e serviços de saúde para atender às “modernas, ou inusal” reconfigurações do mundo trabalho em curso nessa área desde os meados dos anos 90.

O novo quadro que se apresenta no âmbito da saúde, permite mudanças nas formas de contratações e de exploração da mão-de-obra, ao considerar que a forma flexível de

¹⁵ Classe que vive do trabalho e a proposta de uma nova definição de classe trabalhadora proposta por Antunes 2002, no livro a nova morfologia do trabalho, ante a crescente informalização do trabalho.

organização do processo de produção exige um mercado de trabalho flexível com normas e regulamentações flexibilizadas capazes de serem adaptadas a qualquer contexto e situação. Trata-se de uma proposta de gestão fundada na vulnerabilização das condições e dos contratos de trabalho, uma vez que a ampliação ou redução dos postos de trabalho dar-se-ia em função da demanda, o que torna a terceirização, o trabalho autônomo e cooperado um dos pilares de sustentação dessas novas formas de relação na esfera da produção.

Essa modalidade de regulação dos contratos de trabalho legitima o processo de precarização no âmbito da saúde que tem profundas implicações na saúde do trabalhador por duas vias. A primeira delas está relacionada à piora das condições e relações de trabalho dos trabalhadores de saúde por meio de jornadas de trabalho extenuantes devidos aos baixos salários e pouca proteção social dos vínculos trabalhistas; e a segunda via consiste na captura da subjetividade do trabalhador de saúde pela intensidade e número de vínculos trabalhista que empobrece a sua capacidade de afiliação à classe operária, levando-o ao não reconhecimento dos usuários SUS como trabalhadores e nem mesmo a si próprio.

Ao lado da situação visualizada, identificamos ainda a confusão que vem se conformando em relação à saúde do trabalhador enquanto uma política setorial no âmbito do SUS. Devido à jovialidade e escasso debate sobre saúde e trabalho no âmbito da saúde coletiva, constata-se que a maioria dos trabalhadores de saúde compreende a saúde do trabalhador como uma prestação de bens e serviços destinada única e exclusivamente aos trabalhadores de saúde, enquanto verifica-se que extrapola o domínio desse segmento por se destinar e preocupar-se com a determinação social, o conteúdo ergonômico e adoecimento da classe trabalhadora no processo de reprodução social da sua existência (MENDES e WUNSCH, 2011).

As primeiras remissões e preocupações com a saúde do trabalhador emergem no Brasil no contexto de consolidação do Projeto pela Reforma Sanitária datada da década de 1970. Nos anos 80 do século XX, período de redemocratização do país, constata-se a evidente preocupação do Estado brasileiro com a saúde do trabalhador por meio da mudança e postura dessa instituição no enfrentamento dos agravos À saúde no trabalho.

No modelo de economia capitalista os sistemas de proteção social constituem mecanismos públicos reguladores das relações e das condições de trabalho sendo evidenciadas pelas políticas sociais promovidas pelo Estado, necessárias para o desenvolvimento da sociedade do trabalho (PEREIRA, 2002, p.189).

De acordo com Lacaz (1996), foi nesse período que o trabalhador passou a ser reconhecido como sujeito de direito no âmbito do adoecimento no trabalho, e, não mais somente um consumidor da produção de cuidados e atenção à saúde.

Afirma o autor que o campo da saúde do trabalhador amplia a sua abrangência e concepção a qual não mais se restringe apenas à concepção dos riscos profissionais de agentes (químico, físicos biológicos), abarca outras determinações para os sofrimentos físicos e mentais e os relacionam com o setor produtivo, ou seja, a inserção do trabalhador no mundo do trabalho.

A proteção dos riscos associados ao trabalho que criou as primeiras leis de proteção social foi progressivamente evoluindo. Entretanto o trabalho foi retrocedendo, fragilizando as próprias conquistas sociais e o acesso aos direitos legalmente constituídos (MENDES E WÜNSCH, 2009, p. 246).

Os marcos legais que regulamentaram os avanços anteriormente descritos no campo da saúde do trabalhador segundo Lourenço e Bertani (2007) foram a Constituição Federal de 1988 (CF/88), a VIII Conferência Nacional de Saúde realizada no ano de 1986, e, assegurando a permanência e continuidade do processo, a instituição da I Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador (I CNST), que tinha como missão assegurar a assistência universal, não apenas em seu aspecto curativo, mas preventivo, e ampliando a atuação para os ambientes de trabalho (LACAZ, 1996).

Verifica-se que a CF/88 estabeleceu os parâmetros legais para constituição do campo saúde do trabalhador no interior do Sistema Único de Saúde – SUS.

O artigo 200 estabelece a ampliação do atendimento, do SUS para além da intervenção nas causas e inclusive, nos ambientes de trabalho, como verificado no inciso II executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador “e no inciso VIII” “colaborar com proteção do meio ambiente nele compreendido o trabalho” (MARCH, 2007, p.26).

Nesse processo de afirmação da saúde do trabalhador como um setor no interior SUS, nos anos 90, em cumprimento ao disposto na Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 que trata da organização e funcionamento do sistema, delegou-se ao Ministério da Saúde a responsabilidade de revisão periódica da listagem oficial das doenças decorrentes do processo de trabalho. Dessa forma, foi editada ao final dessa mesma década a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho com a previsão de ser revisada anualmente, de modo a permitir a inclusão de novas doenças ocupacionais.

As mudanças apresentadas ampliaram a concepção de saúde do trabalhador a partir do reconhecimento da relação entre doença e trabalho, evidenciando que as condições de vida e de trabalho condicionam e determinam os processos de estar saudável, ou doente.

Outro avanço detectado nesse campo foi à adoção pelo Ministério da Previdência e Assistência Social da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que levou, de acordo com Bertani e Lourenço (2007,) à regulamentação das Doenças Profissionais Adquiridas – DPA, pelas condições em que o trabalho é realizado (p.2). A regulamentação da DPA e a sua adoção por parte do sistema previdenciário permitiu a equiparação das doenças adquiridas ao acidente de trabalho para fins dos benefícios previdenciários.

Todavia, a legitimidade do campo saúde do trabalhador e a sua concretude dão-se efetivamente com edição da Portaria 1679/02, que estabeleceu os parâmetros para os convênios e habilitação dos municípios para criação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador. Assim, a saúde do trabalhador passa a ser uma política SUS, que reconhece nos ambientes onde se organizam os processos de trabalho, as situações e eventos nocivos à saúde (BERTANI e LOURENÇO, 2007, p.122).

A implantação da saúde do trabalhador no Brasil enfatizou a vigilância em saúde do trabalhador, partindo da premissa de que muito mais que prestar assistência, é necessário prevenir e promover a saúde desses sujeitos, a partir da expansão da intervenção desse setor para o lugar onde se adquire ou ocorre à doença.

A Saúde do Trabalhador compreende a produção de conhecimento, a utilização de tecnologias e práticas de saúde, seja no plano técnico ou político, visando à promoção da saúde e a prevenção de doenças, sejam de origem ocupacional ou relacionada ao trabalho. É importante componente da Saúde Pública e da Saúde Coletiva, distinguindo-se por suas marcantes particularidades, como os conflitos entre empregados e empregadores e tensões entre a esfera pública e privada. Daí o papel fundamental e especial do Estado, das organizações dos trabalhadores e movimentos sociais na estruturação e desenvolvimento da Saúde do Trabalhador (SANTANA E SILVA 2009, p.04).

No Brasil, de acordo com Mendes e Dias (1991), as ações voltadas para a saúde do trabalhador são de responsabilidade institucional mais ou menos compartilhada pelo Ministério de Saúde através do SUS, Previdência Social e Ministério do Trabalho e Relações de Emprego. Com ressalvas para o SUS, única, política pública que oferece ações e serviços nesse campo de forma universalizada e gratuita, não exigindo do trabalhador a previa contribuição, como é o caso dos demais ministérios.

Verifica-se que a saúde do trabalhador, enquanto política pública e um campo interdisciplinar, é marcada por uma lógica de seguro social contributiva, o que faz esse setor

assumir um caráter dual na oferta de serviços. Nesse sentido, fica a cargo da Previdência Social e o Ministério do Trabalho dispensar ações e serviços somente para aqueles sujeitos que possuem vínculos formais de trabalho regidos pela CLT, sendo de responsabilidade do SUS, tanto os trabalhadores com vínculos formais quanto os que possuem vínculos informais.

As fecundas, responsáveis e recentes críticas de Mendes e Barros (2011) sobre o modelo de saúde do trabalhador que vem sendo desenhando no Brasil, apontam que as ações tem se limitado às notificações, e, em sua maioria, aqueles agravos ocupacionais de notificação compulsória estabelecida pela Portaria No. 777/GM/MS /2004 que dispõe sobre a notificação compulsória de 11 agravos ocupacionais e relacionados ao trabalho.

Os agravos de notificação compulsória descritos na portaria são: acidente de trabalho fatal, acidentes de trabalho com mutilações, com exposição a material biológico, acidentes de trabalho de qualquer tipo em crianças e adolescentes, as dermatoses ocupacionais, a perda auditiva induzida pelo ruído, às intoxicações exógenas (por substâncias químicas, incluindo agrotóxicos, gases tóxicos e metais pesados), lesões por esforços repetitivos/distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho, pneumoconioses como a silicose e a asbestose, transtornos mentais e o câncer, os demais agravos não são registrados e tão pouco contabilizados.

A partir das indicações dos autores, salienta-se que a baixa ou pouca compreensão dos trabalhadores que são os responsáveis diretos pela execução das ações e serviços no campo da saúde do trabalhador nos Estados e Municípios, vem corroborando para a ausência e sub-notificação dos agravos ocupacionais relacionados à saúde e trabalho. Pode-se dizer que ausência de notificação e a sub-notificação estão atreladas às dificuldades de identificação, definição, compreensão e registro das situações, e também aos impedimentos na apreensão do que é fator de risco, suas condições de ocorrência e a relação com a saúde e o trabalho do trabalhador, fator que limita o estabelecimento do nexo/ocupacional com o agravo no processo de diagnóstico.

[...] muitas vezes, tanto o diagnóstico como o nexo são realizados, não se desdobrando na notificação do caso. Tal situação deve-se a fatores de ordem política, jurídica, conflitos de interesses econômicos, estigma e a negligência de profissionais de saúde, empregadores e até mesmo de trabalhadores (SANTANA *et al.*, 2008,p.13).

A perene disputa entre projetos antagônicos no interior da saúde pública brasileira, também pode ser identificado no âmbito da saúde do trabalhador a partir do embate saúde do trabalhador X saúde ocupacional, situação que pode ser observada pelo baixo sucesso das

ações e serviços de saúde de promoção, prevenção e proteção da saúde do trabalhador e a intensificação das ações de assistência e recuperação da saúde.

A medicina ocupacional erigida no Brasil no período do pós-guerra nasce atrelada à necessidade de resguardar as condições de acumulação do capital. Para acumular, era necessária a extração do excedente que dá origem à mais-valia. Nesse processo de reprodução do trabalho, o trabalhador intensifica o ritmo e amplia a jornada de trabalho, fatores que levam a um esgotamento prematuro e morte do trabalhador. Porém, o trabalho realizado pelo homem é o único elemento criador de valor, fato que ressignifica a indispensabilidade da classe trabalhadora, tornando-se necessária a reprodução do trabalhador enquanto apêndice necessário à produção de valor (BERLINGUER1983).

Tal situação pode ser constatada no Brasil, a partir da intensificação da produção nas grandes indústrias que levaram a um crescimento significativo dos acidentes de trabalho, requisitando e evidenciando nesse contexto, a necessidade da medicina ocupacional intervir nos problemas de saúde dos trabalhadores fabris (MENDES e DIAS, 1991).

Em decorrência do crescimento do setor industrial, devido ao aumento da produção de bens duráveis a partir dos anos1960, os problemas e acidentes de trabalho identificados no mundo produtivo demandavam uma intervenção sobre o ambiente de trabalho, colocando em xeque o modelo de atenção adotado para a saúde do trabalhador até então; nasceu assim a Saúde Ocupacional (MENDES e DIAS,1991).

A saúde ocupacional no Brasil se consolidou dentro de perspectiva conservadora e doutrinal de medicalização do corpo e da mente do trabalhador, calcada na assistência, ou seja, a atenção na doença e não na saúde do trabalhador, pois as ações plasmavam-se na atenção ao trabalhador doente ou acidentado. Já a saúde do trabalhador tem seu foco na determinação social do adoecimento e acidentes de trabalho, logo, extrapola a assistência para alicerçar as suas ações na promoção proteção e prevenção dos agravos e acidentes de trabalho.

Nesse sentido, a saúde do trabalhador no Brasil vem se estruturando no interior do SUS, primando pela promoção, proteção e prevenção, não excluindo a assistência, se contrapondo à medicina ocupacional por comprometer-se com a elaboração de políticas destinadas ao trabalhador que considerem a distribuição social da saúde, dos agravos da incidência e das formas de acidentes de trabalho peculiares a cada região, tendo como pressuposto as disparidades e iniquidades em saúde vivenciadas pelas diversas regiões brasileiras.

Uma parcela significativa de intelectuais e trabalhadores de saúde tem-se preocupado no Brasil, em promover políticas, ações e serviços de saúde, no campo da saúde do

trabalhador, que considerem que as formas de adoecer e morrer do trabalhador têm uma intrínseca relação com a sua inserção no mundo do trabalho, logo, com as relações estabelecidas no mundo da produção, as quais Marx afirma perpassar toda vida social. Dessa forma, pode-se dizer que esse grupo comprometido com um projeto de saúde do trabalhador vinculado aos princípios da reforma sanitária, apreende esse campo como uma questão de cidadania, para além da sua dimensão curativa, medicamentosa, emergencial e terapêutica para manutenção da reprodução da força de trabalho.

É o que testemunha a história da previdência social e da assistência médica aos diferentes grupos de trabalhadores. E, assim, o que deveria constituir-se na saúde como um direito de todos traduz-se como assistência social aos mais pauperizados da população, sem direito contratual, aqueles para quem em tese como prioridade se planejam a hierarquização e a regionalização da demanda. E as formas sociais dos serviços de atenção à doença acabam por perder de vista a sua essência de manutenção da saúde, para inserirem-se nas condições gerais da produção (COHN, 1999, p.92).

Essa é a lógica na qual se assenta as ações e serviços destinados à saúde do trabalhador para manutenção da reprodução social do trabalho e da sua substituição frente a agravo de saúde do trabalhador, a qual, contemporaneamente e operacionalizada pela medicina ocupacional. Nesse processo, o importante é a recuperação da saúde do trabalhador para manter a reprodução social do trabalho na produção de valor condição necessária para conservação da acumulação.

No processo em tela, não se localiza a preocupação da medicina ocupacional com os fatores condicionantes e determinantes dos agravos e acidentes de trabalho, ou seja, com as formas de estar saudável, adoecer ou morrer do trabalhador no processo produtivo. Assim, a complexidade da intensificação das jornadas de trabalho, o estresse e a fadiga que influenciam o adoecimento, não são considerados na intervenção.

Verifica-se que numa conjuntura de precarização do trabalho, os fatores econômicos, sociais, educacionais, culturais implicam em condições tendenciais de maior exposição do trabalhador a risco no exercício da atividade laborativa. Pois quanto mais baixo o nível de escolaridade, especialização e experiência, maior a sua possibilidade de risco e menor a segurança no trabalho.

O crescimento desmedido dos instrumentos de consolidação e legitimidade de precarização das condições e reações de trabalho tem colocado a classe trabalhadora numa posição de desconforto, considerando que a sua postura é de defesa e garantia ao já

conquistado, e não no avanço de discussões como: a saúde no trabalho, as diferenças de gênero ou as novas organizações do trabalho (SODRE, 2002).

Portanto, a saúde do trabalhador no Brasil vinculada ao projeto de reforma sanitária, se move num contexto contraditório, marcado por atuações antagônicas entre saúde e trabalho e que, em sua maioria, busca romper e ultrapassar abordagens e intervenções para além dos efeitos do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores do setor.

3 A ATENÇÃO À SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE NA “CENA CONTEMPORÂNEA”

3.1 A ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM SAÚDE: ANÁLISE DO CASO BRASILEIRO

O adensamento das mutações ocorridas no mundo do trabalho, processadas no Brasil a partir das duas últimas décadas do século XX e início do século XXI, sob os domínios da financeirização, reordenou a relação capital/trabalho, impondo, nessa recomposição, um recuo da organização do trabalho devido à perda da capacidade de luta dos trabalhadores frente ao novo padrão tecnológico de gestão e produção.

Essas mudanças retiraram do trabalho, enquanto categoria fundante e central da vida social, a sua representação e conflitualidade, por alterar as relações no interior do processo produtivo: a divisão do trabalho, o papel dos sindicatos, o mercado de trabalho, as negociações coletivas e, até mesmo a sociabilidade do trabalho e da classe trabalhadora, com refrações de grande monta no âmbito das políticas sociais na esfera da organização dos processos de trabalho.

Essa nova proposta de organização e gestão do trabalho passou a exigir um novo perfil de trabalhador. Um trabalhador com escolarização superior, multifuncional, em que a empresa valoriza o seu desempenho técnico individual. Os postos de trabalho e os processos de trabalho pensados e requisitados com base nessas alterações incorporam os componentes presentes na nova figura do trabalhador, que pode por assim denominar como um operário e/ou colaborador¹⁶ flexível, que deve saber usar o seu patrimônio intelectual de variadas formas enquanto força de trabalho, num ritmo intenso, cercado de instabilidade em trabalhos parciais, temporários, precários e terceirizados.

¹⁶ Para entender o termo colaborador em substituição aos termos empregado/operário, é importante que recorramos à história. O termo colaborador entra para o jargão da administração a partir da administração japonesa, na década de 70 do século XX. Mas é importante frisar que a discussão do tema precisa ultrapassar questões que acabam funcionando como “cortina de fumaça”, como as que se prendem à discussão sobre a filiação a correntes conservadoras ou de vanguarda no emprego do termo, apelando para a inovação da década (70) de forma asséptica, como se o problema fosse exclusivamente conceitual. Colaborador, portanto, traz um viés pejorativo que, pensamos, não pode ser esquecido, pois ao falarmos em colaboração, perde musculatura a questão da venda da força de trabalho x apropriação do lucro e exploração dessa força de trabalho no processo de produção. Para que se instale um processo de colaboração, os dois pratos da balança devem ter as mesmas condições de movimento, enquanto na relação do colaborador com o empregador, isso não acontece na essência. Aprofundamento sobre o assunto ver Dra. Marlene Branca Sólido. Doutora em Comunicação (PUCRS), mestre em Comunicação (Unisinos), jornalista. Professora-pesquisadora na Universidade de Caxias do Sul (UCS). Editora da revista Conexão Comunicação e Cultura (UCS).

É na década de 90, palco de profundas transformações no mundo do trabalho no Brasil, marcadas pelos influxos do fordismo frente aos primeiros impactos do toyotismo, que se tem a afirmação do SUS enquanto um sistema de saúde com acesso universal e igualitário, ainda que, no seu interior, contenham distintos projetos em disputas com diversificadas práticas sanitárias.

Nesse período, como visto no capítulo anterior, tem-se a afirmação das mudanças na base sócio-técnica da produção, os processos de territorialização e desterritorialização e a efervescência de novas formas de relação de trabalho corporificadas nas subcontratações, nas terceirizações e transferências das plantas de unidades produtivas das grandes empresas (Antunes, 2011) que, no Brasil, será sacramentada com a proposta de reforma de Estado.

No cenário exposto, o trabalho, enquanto atividade humana e ato produtivo que produz o novo são descaracterizado e alijado do homem sendo ressignificado pela diminuição cada vez mais intensa das possibilidades que o trabalhador tem da propriedade do produto de seu trabalho. Verifica-se que o trabalho produtor de valor de uso, que engendra em si um valor de troca, além de passar por um encolhimento em determinados setores produtivos e da economia, sofre um declínio considerável em que cada vez mais é afastada a possibilidade do trabalhador usufruir e ser proprietário do produto do seu trabalho.

Nesse processo de criação e produção de valor na era pós-fordista, há uma intensificação da separação entre trabalhador e os meios de produção, sacralizando a máxima: o trabalhador não é o proprietário dos meios de produzir. Logo essa criação dar-se pela mediação do trabalho assalariado, ou das novas e precárias formas de contratação com baixa proteção social, na qual o empregador ou proprietário dos meios de produzir paga um valor pelo trabalho operário, e não pela sua criação e produção.

Essa relação presenciada no mundo da produção vem sendo alterada em função da reestruturação produtiva; contém o cerne da contradição entre capital e trabalho, cada vez mais deteriorada com a intensificação dos fenômenos da flexibilidade e precarização que recrudescem a desigualdade social na redistribuição da riqueza socialmente construída e privadamente apropriada.

Essas mudanças implantadas no mundo do trabalho e da produção no Brasil, a partir da proposta de contrarreforma do Estado, reordenou a composição da força de trabalho do serviço público, com diferenciação entre os que compõem as carreiras típicas de estado - quadro restrito de funcionários públicos “essenciais” – e os demais trabalhadores, a partir da redução de direitos do servidor público. Posiciona o trabalhador para além da luz no fundo do túnel, uma vez que alterações na legislação promoveram a emergência de variados tipos de

empresas privadas(Fundações Públicas de Direito Privado(FDPS) e Organizações Sociais (OS), entre outras) com natureza diversificada que subproletarizam o trabalhador, além de afastá-lo, cada vez mais de um trabalho com proteção social. (MARCH, 2010)

Pautados na flexibilidade, na terceirização e na conseqüente precarização do trabalho fenômenos sociais modernos, e contemporaneamente ressignificados sob o discurso da necessidade do instável, do flexível no mundo da produção, princípios perseguidos na composição da nova estrutura a ser construída no Estado brasileiro, possibilitaram a recomposição da força de trabalho e reorganização dos processos de trabalho nas políticas sociais com a incorporação desses preceitos na proposta de reforma, enquanto instrumentos inovadores no campo da gestão e organização da administração pública brasileira.

O Estado brasileiro passa, a partir de então, por uma profunda reestruturação na qual as estruturas burocráticas tradicionais cedem lugar ao gerencialismo, que emerge como algo milagroso e capaz de tornar essa instituição eficiente e eficaz, respaldada no desempenho e resultados (KETTL, 1998).

O gerencialismo entra em cena na reorganização do estado, com o firme propósito de enfraquecer a rigidez, o autoritarismo da burocracia estatal, considerada ineficaz e ineficiente pela sua inflexibilidade, fator que limita o crescimento e desenvolvimento econômico do país. Essa nova tendência tem, na descentralização, na privatização e na delegação de funções que eram exclusivamente públicas estatais para a iniciativa privada, o seu pilar estruturante, consagrando assim a reforma do estado orientada para o mercado.

O moderno estado brasileiro que se recompunha então apostou seu redesenho na flexibilidade gerencial, que tinha como premissa a redução do número de servidores públicos com dispensa do considerado excedente; quebra da burocracia estatal e da hierarquização, introdução da terceirização e de novas tecnologias de gestão voltadas para os processos e procedimentos, em detrimento da recomposição da estrutura organizacional.

Essa nova estruturação do estado que se conformou no Brasil, a partir das duas últimas décadas do século XX, incorporou todas as recomendações e consenso estabelecido pelo Banco Mundial na chamada reforma orientada para o mercado. (ALMEIDA, 1999). Na proposta apresentada, os pontos cruciais eram o enxugamento da máquina pública com redução do quadro de funcionários e a construção de estruturas mais flexíveis pautadas em tecnologias de gestão para atender às necessidades do cidadão que passa a ser consumidor.

Pierantoni (2000) enfatiza como impacto dessa nova moldura do estado, dentre outras, a perda da autonomia profissional pela introdução de uma nova figura, a do administrador público. No âmbito da saúde houve a criação de uma nova estrutura de administradores

especializados na assistência à saúde, que vêm, gradativamente, assumindo espaços e funções que anteriormente eram ocupados somente por médicos. Verifica-se ainda a incorporação, na estrutura pública de executivos com experiências gerenciais no setor privado para ocupação de funções de direção na condição de cargos de confiança.

O novo modelo gerencial adotado pelo estado brasileiro é estendido às políticas sociais com destaque para a saúde, suprime a dimensão política da gestão, cedendo lugar a um gerenciamento pautado no tecnicismo exacerbado, conservador e utilitarista, que tem por base a individualização das ações e procedimentos, perdendo a visão de totalidade dos fatos por enfatizar uma organização mecanicista centrada em sistemas, métodos e processos.

Tem-se uma forma de organização e gestão que exclui as contradições e correlações de força presentes na estruturação e sistematização dos processos de trabalho. Perpetua-se a fórmula mágica de realização e produção de bens, ações e serviços que podem ser inspecionados e acompanhados em todos os momentos da sua realização, não existindo a possibilidade do fracasso, uma vez que o processo é milimetricamente calculado, prescrito, monitorado e controlado.

Adota-se então a administração pública de corte gerencial, baseada na administração empresarial que, no âmbito da política de saúde, teve uma franca adesão no âmbito hospitalar. Esse novo formato de gestão, incorporado à política de saúde no Brasil, vem com a missão de romper com um modelo de gerenciamento do trabalho que enfatiza o cumprimento de normas, tarefas e funções, pautadas pela divisão social, com centralização do controle e coordenação vertical de preocupação mais com a realização das atividades do que com os resultados.

A nova administração pública gerencial busca substituir o modelo de organização e gestão do trabalho nos moldes fordistas pela de caráter toyotista, favorecedor do modelo médico-assistencial privatista, sobre o qual o sistema de saúde vem sendo reconstruído face ao desmantelamento dos princípios da reforma sanitária. A atualização da modalidade de gestão e organização do trabalho no âmbito da saúde foi radicalmente enfatizada na 8ª conferência nacional de recursos humanos para a saúde, como se identifica na passagem que segue, reiterando as colocações anteriores.

Apesar da manutenção do caráter reivindicatório da 8ª e do acentuado viés corporativo, ao analisar as questões de recursos humanos para o setor sob a ótica do segmento de mercado diretamente relacionado com o setor público, esta conferência introduz algo novo nas discussões da área. Desta forma, avaliação de desempenho e a necessidade de um novo tipo de gerência entram na pauta dos debates (PIERANTONI, 2000, p. 59).

O Sistema Único de Saúde que começa a se erigir no Brasil a partir dos anos 90 expressa as contradições e correlações de força do cenário político e econômico da época, que conformava o adensamento e incorporação das recomendações das agências internacionais. A 9ª conferência nacional de saúde, convocada em 1992, vem, de certa forma, para consolidar a estruturação do SUS e a sua operacionalização, situação visível pelos temas centrais sobre os quais se assentaram as discussões, a municipalização da saúde e a norma operacional que, não muito tardiamente, viria a ser publicada.

O evento apresentou ainda, como temas de relevo, a sociedade, o controle social, o governo e a saúde, e a implantação da seguridade social. No tocante aos recursos humanos para saúde, foi evidenciada a necessidade de realização da segunda conferência nacional de recursos humanos para a saúde, com intuito de debater, entre outros temas, a jornada de trabalho dos trabalhadores de saúde e o resguardo da multiprofissionalidade.

No plano da organização e gestão dos processos de trabalho, a implantação das Normas Operacionais (NOBs), tiveram um papel significativo, pois a proposta de operacionalização e funcionamento do SUS financiado por “cestas básicas,” definidas pelos próprios modelos de gestão, criou um rol de serviços para “cidadãos mínimos,” além de ampliar a participação do setor privado como prestador em caráter complementar e suplementar na alta e média complexidade.

Verifica-se que os modelos públicos de prestação de serviços e os novos instrumentos gerenciais para pagamento, financiamento e custeio, viam que os modelos de gestão operados pelas NOBs, pouco ou quase nada contribuíram para o reordenamento e adequação dos processos de trabalho em saúde e para as realidades locais e regionais no sentido de enfrentar as desigualdades e iniquidades em saúde (MACHADO, 2000).

As repercussões dessas alterações na organização e gestão dos processos de trabalho em saúde, no Brasil, foram, inicialmente, da intensificação de algumas características do Taylorismo presentes como forma de controle no desenvolvimento e execução das tarefas. Constata-se uma preocupação com o conteúdo do trabalho e com o tempo necessário para execução de cada ação na produção de cuidados.

Tais características aparecem claramente no debate das jornadas de trabalho, no estabelecimento de uma média de tempo que deve ser destinado a cada cidadão durante a execução de uma ação pelo trabalhador de saúde, seja em termos de consulta e ou procedimentos de outra natureza. A incorporação dos protocolos no âmbito do SUS, de certa

maneira, evidencia a busca pela racionalização da organização do trabalho, pois tais instrumentos procuram definir as normas e procedimentos sistemáticos e uniformes de como realizar determinada ação e/ou prestar determinados serviços, permitindo um controle sobre o tempo de execução de cada operação ou atividade.

Associada a essas mudanças tem-se a incorporação de uma modalidade de gerência na qual o molde vertical é suprimido em face da gerência horizontal, que contribui para a diminuição dos postos de trabalho, passando a exigir um trabalhador altamente especializado, capaz de realizar variadas funções com remuneração reduzida.

Tem-se, com essa proposta uma ampliação da fragmentação do trabalho, em que a execução das atividades e serviços tornam-se repetitivas, monótonas, individualizadas, sem uso da criatividade. Existe a supressão da possibilidade e da diferença entre o trabalho real e o trabalho prescrito, pois as rotinas estabelecidas nos protocolos apontam como deve ser desenvolvida a tarefa, definindo como a atividade deve ser realizada. Assim as ações e serviços de saúde rotinizados em protocolos retiram do trabalhador a capacidade e possibilidade do uso da sua criatividade.

Surge então um novo padrão de relações de trabalho, pensado a partir da qualidade dos serviços, disfarçado pelo discurso da proposição da necessidade de melhoria das condições e relações de trabalho do trabalhador de saúde, incluindo questões de formação e salariais. Realiza uma intensa revisitação, provocando alterações de grande monta no processo de realização do trabalho no âmbito da saúde.

A nova forma de organização e gestão dos processos de trabalho em saúde é endossada com a institucionalização da Mesa de Negociação Permanente do SUS, que, entre outros, apoia-se nos seguintes princípios e garantias constitucionais:

Da qualidade dos serviços, pelo qual incumbe à gestão administrativa pública os preceitos que inclui, além da obediência à lei, a honestidade, a resolutividade, o profissionalismo e a adequação técnica do exercício funcional no atendimento e qualidade dos serviços de interesse público. (BRASIL, 2006, p.12).

A rigidez presente nos protocolos e rotinas para planejamento, operacionalização, desenvolvimento e execução das ações e serviços de saúde, que levaram ao adoecimento físico e psíquico os trabalhadores de saúde no fim dos anos 90 e entrada do século XXI, é marcada por organização e divisão do trabalho com preocupações centradas no ritmo e na duração das jornadas de trabalho, como forma de superar as filas e demandas por atendimentos de saúde. A manutenção do trabalho por turno, com fragmentação dos

conteúdos das tarefas, torna quase impossível a garantia da integralidade da atenção e das práticas sanitárias.

Há uma busca e preocupação com desempenho e resultados, não com qualidade ou possibilidade de adequação das ações e serviços às necessidades e demandas locais e regionais, mas pelo controle e produtividade, já que, na maioria dos estados brasileiros, o repasse de recursos obedece a duas lógicas: a primeira, *per capita*, e a segunda, pela programação dos serviços que foram pactuados, aos quais, e a qualquer custo, os municípios devem atender sob pena de redução de recursos.

A tendência sob a qual se estruturou os processos de trabalho no âmbito da saúde não se limita apenas à fragmentação das atividades, mas há também dificuldade imposta à liberdade de organização, reorganização e adaptação do trabalho ao trabalhador. Consta-se uma situação inversa em que se busca, de todas as formas, adaptar o homem a novas características do mercado de trabalho flexível.

Tais características roubam do trabalhador as possibilidades de compreensão e associação das novas formas do fazer saúde com a dinâmica econômica, social, política, estrutural e conjuntural em face da manutenção do mercado como eixo regulador da vida social, que legitima um modelo de saúde biologicista centrado na medicalização. Essa situação torna invisível e incompreensível para o trabalhador que a agudização do adoecimento no trabalho está relacionada à mecanização cada vez mais presente no processo de trabalho, à captura da subjetividade dos sujeitos e à própria organização do trabalho e dos trabalhadores.

Essa concepção de processo de trabalho encontra sustentação dentro dos limites da saúde ocupacional, como aponta Lacaz (2007, p.3).

[...] buscando “adaptar” ambiente e condições de trabalho a parâmetros preconizados para a média dos trabalhadores normais quanto à suscetibilidade individual aos agentes/fatores. Em consequência dessa compreensão, o controle da saúde preconizado pela Saúde Ocupacional resume-se à estratégia de adequar o ambiente de trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho. (LACAZ, 2007, P.3).

A saúde ocupacional contribui para a manutenção de processos de trabalho mecanizados com significativa diminuição do tempo de produção, na mesma medida em que aumenta a quantidade produzida. Tal manutenção decorre da preocupação superficial com a saúde ocupacional em determinadas situações, que por vezes, são evidenciadas nas suas intervenções a partir da não incorporação das condições e relações de trabalho, limitando-se à abordagem orgânica do trabalhador.

Sanitaristas e simpatizantes da reforma sanitária veem na contracorrente dos conteúdos contrarreformistas assentados no modelo médico privatista, uma proposição de pensar a organização e gestão dos processos de trabalho em saúde enfatizando a determinação social no seu planejamento, coordenação, desenvolvimento, operacionalização e execução, enquanto características essenciais na reconstrução e correção das iniquidades em saúde. Nessa concepção, parte-se do princípio de que o processo saúde x doença é envolto de determinação social, logo, composto de fatores não somente biológicos ou orgânicos, ma também envolvem as condições de vida e de trabalho, ou seja, as condições de reprodução da existência do trabalhador ira influir na sua forma de realizar a atividade humana racional de apropriação da natureza, a partir do qual o homem estabelece relações com outros homens, transformando a si próprio e os outros trabalhadores.

No processo de apropriação da natureza, o trabalhador transforma seus objetos e instrumentos de trabalho a partir de características que são individuais e coletivas, individuais porque existem habilidades inatas que, por vezes, diferem os processos de criação; e coletiva, porque todo trabalho é coletivo e depende da ação anterior ou posterior de outros homens. São essas diferentes formas de criação, organização, divisão, valorização e características da formação social e do modo de produção que chamamos de processo de trabalho.

Os sanitaristas entendem que, ao mecanizar o processo de trabalho pela rigidez da organização científica do trabalho, há perda do caráter histórico sobre os quais deveriam ser pensados e formulados os processos de trabalho em saúde, sob a pena de atender às características locais de ordem econômica, cultural, social e de desenvolvimento que evidenciam as disparidades regionais e as desigualdades em saúde de segmento para segmento, de estado para estado e assim por diante.

As contribuições dos adeptos aos princípios da reforma sanitária quanto ao debate do processo de trabalho em saúde vêm no sentido de identificar e desvendar como estão sendo introduzidas as características perversas da produção flexível nos processos de trabalho em saúde, e como tais têm repercutido no adoecimento do trabalhador de saúde.

É consenso entre os pensadores brasileiros que o taylorismo/fordismo ainda é o modelo predominante no mundo da produção no país, embora se verifique, no âmbito da saúde, uma recomposição dos processos de trabalho com a reestruturação produtiva. Consta-se que os processos de trabalho ainda são organizados pautados pela mecanização do Taylorismo, associados à busca pela qualidade e aos velhos novos atores que passam a compor o setor produtivo: os fornecedores, os terceirizados e os subcontratados.

O fenômeno de precarização invade os processos de trabalho em saúde por meio da adoção do trabalho parcial, terceirizado e cooperativas, o que implica numa redução acelerada dos postos de trabalho e aumento do desemprego, contratando trabalhadores para execução de tarefas similares com condições e relações de trabalho diversificado e descolado da totalidade ou, em última instância, do universo das diferentes práticas sanitárias que o fazer ou produzir cuidados em saúde envolve.

Na saúde, essas transformações emergem a partir do concurso para emprego público e da participação da iniciativa privada no âmbito da saúde de forma complementar. Para esses novos processos de trabalho em constituição, exige-se um trabalhador passivo e potencialmente criativo para trabalhar em ambiente insalubres, perigosos e com baixa proteção social, com a introdução de novas tecnologias que elevem o quantitativo da produção sem aumentar o número de funcionários.

Pode-se por assim finalizar que os processos de trabalho em saúde, pensados e formulados na primeira década do século XXI, estão submetidos à lógica taylorista de organização e gestão na produção de cuidados em saúde, um trabalho essencial para produção e reprodução da vida humana sendo parte do setor de serviços. (PIRES, 2000). São processos de trabalhos estritamente assalariados e fragmentados que apresentam características do trabalho artesão com ênfase na assistência, muito embora se verifique uma tendência à generalização e especialização que deve zelar pela mutiprofissionalidade ainda que, no interior das equipes, os profissionais tenham autoridade e autonomia desiguais. Esses processos de trabalho encontram-se cada vez mais subdivididos fato que favorece a alienação e a desproletarização do trabalhador.

3.2 AS RECONFIGURAÇÕES DO MERCADO DE TRABALHO NA ERA “PÓS-FORDISTA”: REPERCUSSÕES E IMPACTOS NO TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE

Nesse subtítulo, propõe-se iniciar a discussão de um tema polêmico, mas que no entender da autora necessita de trato teórico no âmbito do Serviço Social por se tratar de um estatuto teórico dado como apreendido e explicado no contexto universal, sem que tal proposição seja convincentemente comprovada no âmbito da categoria profissional.

Os impactos sobre o mundo do trabalho, em maior ou menor medida, se fizeram sentir em todo o mundo e refrataram em diferentes dimensões. A questão central que determinou todas as outras é política: O processo que constituiu o padrão de acumulação flexível, sob a

hegemonia financeira, mudou, fortemente, a correlação de forças entre capital e trabalho, e a configuração do mercado de trabalho com a fragilização das organizações sindicais, movimentos sociais e partidos de base trabalhadora.

No cenário de crise e de recomposição do mercado de trabalho, depara-se com diferentes sucessores das perspectivas teóricas; tanto clássicas quanto neoclássicas, que vêm sendo debatidas procurando definir a categoria em questão, e defronta-se com uma infinidade de elementos que envolvem, e é envolvida, tal categorização. No cerne dessa discussão, encontram-se as tensões vividas no mundo do trabalho nas três últimas décadas em que pese a crise mundial e a limitação das orientações neoliberais que tensionam a estrutura e o estatuto das sociedades salariais.

Nesse contexto, volta-se à revisitação de categorias talvez já consagradas, mas que, pela sua heterogeneidade, dificuldades de universalização, carga histórica, recomposição e redefinição face ao movimento das relações capitalistas de produção em tempos de financierização, requer uma reflexão para atualização do debate.

Um dos primeiros economistas clássicos a definir mercado de trabalho foi Smith no século XVIII. Na ocasião, referira que trabalho era um produto e mercado de trabalho um lugar onde os trabalhadores vendiam a sua força de trabalho e os empregadores compravam essa mão de obra em troca de um salário. Para Smith, o mercado de trabalho teria duas funções básicas: de um lado, distribuiria os trabalhadores nos diferentes setores produtivos da sociedade, e, de outro, garantiria o acesso à renda aos trabalhadores que participassem destas relações. (OLIVEIRA e PICCINI, 2009).

Na vertente marxista, o mercado de trabalho é compreendido como o lugar de oferta e demanda da força de trabalho, porém essa oferta e demanda é imbuída por várias clivagens. Afirma Marx que a expropriação dos meios de produção dos trabalhadores e a propriedade privada destes coloca o operário vendedor da sua força de trabalho em condições de exploração, concedendo ao capitalista as possibilidades de manutenção de uma grande parcela da população desempregada fato que instala e instabilidade dos salários e dos empregos.

Outra clivagem do mercado de trabalho apresentada pela teoria social crítica é a desigualdade social que paira na organização dessa instituição. Entende o filósofo alemão que a propriedade dos meios de produção aloca trabalhadores e proprietários em condições adversas no mercado de trabalho. A disparidade de situações coloca os trabalhadores em condições pouco favoráveis de negociação e, quando essa não é possível, os preços são estabelecidos pelas organizações.

Na teoria social crítica, o mercado de trabalho é o lugar onde se dão as relações de compra e venda de mão-de-obra ou força de trabalho, sendo reconfigurado a partir da necessidade de reprodução social do capital a partir da extração da mais valia para manter a acumulação.

Partindo da abordagem clássica Marxiana, buscar-se-á elaborar algumas reflexões que possibilitem a compreensão do mercado de trabalho que se estruturou no Brasil a partir das duas últimas décadas do século XX e a primeira do século XXI.

No Brasil, o mercado de trabalho que se configurou a partir dos anos 80 do século XX apresenta traços de uma modernização conservadora, como declarado por Pochmann (2010), sustentadas pelos herdeiros da tradição conservadora com contundentes contribuições da “sociologia econômica ou de mercados” inspirados em Weber, Adam Smith, Keynes Granovetter e Bourdieu, reforçada pelo apelo midiático a partir do discurso do fim da sociedade salarial.

Nesse contexto, o mercado de trabalho que se reconfigurava na sociedade brasileira era, abstratamente, uma arena de luta, em que os trabalhadores negociavam sua força de trabalho em troca de salários ou de qualquer outro tipo de benefício resultante dessa relação. O mercado de trabalho é o lugar no qual são instituídas as regulações da venda e da compra da força de trabalho, e da atribuição do preço dos serviços prestados. Nessa estruturação, estão incluídas as formas de distribuição dos operários, a mobilidade, a qualificação profissional, os contratos de trabalho e o valor dos salários entre outros.

O mercado de trabalho no Brasil, nas duas últimas décadas do século XX, era apreendido como o lugar de oferta e demanda de emprego, compreendendo este último como uma relação de compra e venda de mão-de-obra contratualizada em tempo integral, caracterizado por um gradual assalariamento, com empregos precários e alto índice de informalidade, identificada pela ausência de contribuição previdenciária.

De acordo com Pochmann (2010), houve uma elevação do nível do desemprego sem precedentes;

(...)a taxa saltou de um patamar médio de 6,6%, no governo Sarney, para quase 8,5% no mandato de Collor/Itamar; teve novo salto para 10,2% no primeiro mandato do presidente Fernando Henrique Cardoso e para 11,7% no segundo; foi reduzido para 11,3% no primeiro mandato do presidente Lula e a previsão é de terminar o segundo com média anual de 9% – o que representa o valor médio desta taxa de desemprego para todo o período entre 1985 e 2010. (POCHMANN, 2010, p.13).

Essa conjuntura foi marcada pelo adensamento do mito do “fim da sociedade salarial” e a extirpação do trabalho como categoria central da vida social, com contribuições significativas. Do meio acadêmico que corroborava com essas ideias, embora tais teses não tenham resistido as análises estatísticas do emprego, associadas aos resultados de estudos que indicam a permanência estável da população com ocupação na passagem do século XX para o XXI, colocando em xeque as afirmações da tendência de desassalariamento em função de um comportamento negativo da economia brasileira. (POCHMANN, 2010).

Outro dado significativo acerca do mercado de trabalho brasileiro está relacionado às estimativas de crescimento econômico para o país, pois, se alcançadas as metas de crescimento com desenvolvimento da economia e, conseqüentemente, do país, estima-se que não haverá mão de obra qualificada para preenchimento das demandas de emprego, havendo, em contrapartida, ampliação para os segmentos de trabalhadores que apresentarem maior nível de escolarização e profissionalização. (IPEA, 2010).

Em estudos recentes, o IPEA evidencia que o mito do “Estado inchado”, discurso endossado e incorporado como justificativa para a reforma do Estado e enxugamento da máquina pública estatal, respaldada no corte de pessoal através de demissões voluntárias, não resistiram aos indicadores, comparações e análises internacionais, pois mesmo considerando o emprego público na taxa de ocupação do funcionalismo público brasileiro, esse contingente significa 11% dos ocupados no mercado de trabalho brasileiro, ficando o país atrás da periferia capitalista do mundo, tais como Costa Rica, Uruguai, Argentina, Panamá e Estados Unidos que apresentam um índice igual a 15%. (IPEA, 2010).

Embora a constituição do mercado de trabalho brasileiro engendre características histórico-sociais reproduzidas e evidenciadas na lentidão do crescimento e desenvolvimento urbano, industrial e econômico, influenciados por uma política neoconservadora, essa instituição tem apresentado, ao longo das três últimas décadas, um crescimento pequeno, porém estável, que agrega um mix das características da organização e produção taylorista/fordista e toyotista.

Se considerado o período referente à virada do século XX para o século XXI, nota-se que parte significativa da expansão da ocupação encontrou-se fortemente associada à dinâmica do setor terciário e ao comportamento dos pequenos empreendimentos no Brasil. Quase 4/5 dos postos de trabalho gerados pertenciam ao setor terciário da economia, bem como duas a cada grupo de três ocupações abertas no segmento privado não agrícola provieram dos empreendimentos com até dez trabalhadores. Ademais, os postos de trabalho abertos incorporaram pessoas de maior escolaridade, porém foram acompanhados da redução do rendimento médio real. (POCHMANN, 2010, p.23).

As exposições apresentadas até aqui evidenciam que o mercado de trabalho e o trabalho assalariado requisitam um estatuto teórico capaz de apreendê-lo em suas diferentes frações, fato que impossibilita a sua conceituação, pois, ao tentar defini-lo, pode-se incorrer no equívoco de uma compreensão superficial ante o tratamento analítico e complexo que o tema sugere, considerando a multiplicidade de relações que envolvem o trabalho e o mundo da produção.

O mercado de trabalho é uma instituição que se estrutura a partir da cadeia de relações sociais travadas entre o trabalhador, os proprietários dos meios de produção e a sociedade, que se reconfiguram de acordo com a dinâmica das estruturas da vida social.

As transformações ocorridas no mercado de trabalho brasileiro sob a orientação neoliberal repercutiram significativamente no âmbito das políticas sociais, com destaque para as da saúde. Nos anos 90 em meio ao processo de afirmação do SUS, assiste-se no Brasil à mudança de caráter predatório da composição da força de trabalho no âmbito da saúde por meio daquilo que chamamos de *reforma informal*.

Verifica-se a adoção de ampla distinção entre funcionários típicos das carreiras públicas do Estado e servidores contratados por outras vias, como os concursos para emprego público, os processos seletivos, os terceirizados, os subcontratados e os cooperados. Tal prerrogativa deu-se em função da emenda constitucional nº19¹⁷, aliadas às mudanças propostas para a saúde por Bresser Pereira em 1998. As medidas indicavam que a área em questão deveria ser subdivida em dois subsistemas um de entrada e controle, outro de referência ambulatorial e hospitalar, com forte ênfase nas privatizações, legitimando socialmente e existência das organizações sociais (ALMEIDA, 1999).

A incorporação dessas mudanças trouxe consequências negativas de duplo ângulo para o desenvolvimento e consolidação do SUS; de um lado possibilitou o enriquecimento ilícito do complexo médico-industrial através dos convênios com órgãos públicos para aqueles serviços voltados radicalmente para a assistência, que apresentam um custo mais elevado por procedimento e requerem o uso e a incorporação constante das inovações tecnológicas no campo da saúde. De outro, permitiu a reconfiguração da força de trabalho no interior dos serviços de saúde, com grande diversificação de relações de trabalho, vínculos, baixa remuneração, jornadas e condições de trabalho que, gradativamente foram deteriorando

¹⁷ A emenda 19 introduz o Emprego Público regulamentado em âmbito federal pela Lei 9962 de 2000, que difere do RJU pelas seguintes características: ausência de estabilidade, processo seletivo diferenciado, previdência pelo Regime Geral da Previdência, remuneração diferenciada e não exigência da existência de carreira.

as possibilidades de organização dos trabalhadores de saúde, atrelado a perda da sociabilidade pelo trabalho.

É incontestável que, desde a segunda metade dos anos noventa do século XX, pesquisas no âmbito strict sensu vêm evidenciando a precarização das condições e relações de trabalho dos trabalhadores de saúde no interior do SUS, e a flexibilização das formas de admissão e criação de outros vínculos trabalhistas na administração pública, a partir da nova redação do art. 37 CF/88 formulada posterior à promulgação da emenda 19/98. Essas alterações dotou de legitimidade social o discurso de que o regime estatutário na atualidade não se configura no modelo de vínculo trabalhista mais acertado para a carreira pública.

A elevação da saúde ao patamar de atividade não exclusiva do Estado, com a reforma, foi o endosso necessário para a instalação da precarização do trabalho, pois permitia, em certo grau e de forma legal, o descumprimento do preceito constitucional previsto no art. 6 da Constituição Federal, colocando numa situação de instabilidade e incerteza e volatilidade os trabalhadores que prestam assistência à população.

Constata-se que a implantação do SUS nos anos 90 não se converteu no aumento expansivo do número de ocupação no interior da saúde; a oferta de emprego na área foi inferior ao crescimento observado na década anterior. O aumento na oferta de vagas, ainda que decrescida, deu-se em função do fenômeno da municipalização da saúde ocorrido a partir de 1991.

O decréscimo do número de ocupações, observado na primeira metade dos anos 90, foi superado no início da primeira década do século XXI, conjuntura em que se constata o crescimento ímpar na oferta de emprego com inversão de liderança entre os agentes demandantes de mão de obra. De acordo com IBGE em 2002, eram quase 800 mil trabalhadores de saúde na rede municipal, ultrapassando a oferta de vagas a nível federal, que passou de 98.528 em 1976 para 96.064 em 2002. (PIERANTONI et al, 2006).

As alterações observadas na composição do mercado de trabalho no campo da saúde permitiram aos municípios a possibilidade de composição de quadro de funcionários públicos com raízes na região e conhecedores das características locais, regionais e da formação social, que influenciam as formas de adoecer, estar saudável e morrer das populações. A assertiva teria se confirmado se as escolas de formação tivessem incorporado às recomendações propostas na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde, no tocante à necessidade de descentralização para formação e profissionalização do número expressivo de novos trabalhadores de saúde.

O novo desenho da oferta de emprego no campo da saúde, na primeira década do século XXI, se encontrava na seguinte posição: a nível municipal em 1976, o índice de ocupações representavam aproximadamente 11%, em 2002, elevaram-se ao patamar de 65%, fato que possibilitou a expansão do acesso das populações às ações e serviços de saúde. Porém, tal expansão não veio acompanhada de oferta e de um quadro de funcionários qualificados, tendo em vista que essas mudanças abriram espaço para a instalação do fenômeno da precarização do trabalho, como apontam os estudos de Machado (2006).

As repercussões desse deslocamento das ofertas de emprego na saúde, associadas às reformas realizadas nesse campo na década de 90, imprimiram nova tendência no mercado de trabalho na área da saúde no Brasil, que podem ser identificadas com a intensificação do estatuto do assalariamento, com o prolongamento das jornadas de trabalho e duplos vínculo trabalhista numa mesma instituições ou diferenciada, com a ampliação do trabalho feminino e a expansão da participação da iniciativa privada na prestação de serviços pelo SUS, instaurando a terceirização e quarteirização no setor sob o discurso da necessidade de complementação da rede, principalmente na esfera assistencial, não atendendo aos preceitos legais.

A expansão da participação da iniciativa privada, tanto em caráter complementar quanto suplementar, na área aumentou a oferta de serviços em regime diferenciado; permitiu a expansão de variadas formas de vínculos; consolidou a precarização do trabalho, favorecendo o homem ser algoz do próprio homem em função da ausência da isonomia e de todas as outras diferenciações, em decorrência das modalidades de contratações e afiliações na carreira pública e privada.

A partir de então, tem-se multiplicidade de formas de vinculação ao mercado de trabalho na saúde, acrescida das novas requisições que as intervenções nessa área passam a exigir em atenção os princípios do SUS, em particular a universalização do acesso, a integralidade das ações nos diferentes níveis de complexidade e a expansão das equipes multidisciplinares, com vista a atender a determinação social da doença.

As alterações apresentadas são atravessadas por um corte de gênero nesse campo, em que o universo feminino representava, em 2006, mais de 70%. Atrelada a essas alterações, a crescente oferta de emprego com a incorporação de novas tecnologias e áreas do conhecimento nas equipes de saúde, favoreceu a profissionalização da área.

O grau de escolaridade se elevou não só com a ampliação do quantitativo de profissionais de nível superior (novas profissões inserindo-se na equipe) e pelo crescimento do pessoal técnico, como também pela qualificação da equipe de

enfermagem. Hoje, a composição dos empregos de saúde é a seguinte: nível superior, 33,5%; técnico/auxiliar, 28,6%; elementar, 11,2%; e administrativo 26,7%%. (MACHADO, 2006, p. 19).

O mercado de trabalho nessa área, face aos constantes avanços e inovações tecnológicas no campo das ciências da saúde, tem elevado esse setor produtivo como um dos maiores geradores de empregos, pois a cada nova tecnologia descoberta, novas ocupações, profissões e especializações são criadas para operacionalizar os procedimentos e manipular as máquinas. (MACHADO, 2006, p. 20).

Distintamente de outras áreas, a saúde comporta uma dinamicidade de produção do conhecimento, de cuidados e de tecnologias para garantir ao homem a longevidade, através da promoção, prevenção e proteção da sua saúde sem prejuízo da assistência. Essas características fazem figurar no interior do campo estudado, um mercado de trabalho em constante movimento, com altas taxas de oferta de empregos estáveis que, em alguns casos, não são atendidos devido ao descompasso entre formação e avanços científicos, decorrentes da centralização das agências formadoras nas capitais.

Mesmo com problemas de diferentes ordens, a saúde no Brasil teve, nas últimas três décadas, um crescimento significativo na oferta de ações e serviços à população que veio acompanhado da ampliação do mercado de trabalho no setor e na direção contrária às tendências observadas em outros setores da economia, devido a prevalência de empregos estáveis, mesmo na iniciativa privada.

Pesquisas divulgadas em 2006 revelam que dos anos 80 até a metade da primeira década do novo milênio, a saúde brasileira cresceu e tornou-se a melhor do mundo em termos de oferta e acesso aos serviços, passando a empregar mais de dois milhões de trabalhadores de saúde nas diferentes esferas federativas.

O setor Saúde no Brasil pode ser considerado um dos maiores do mundo e corresponde à estratégia de ser um sistema de saúde que atua em mais de cinco mil municípios, distribuídos nos seus estados e regiões. Com quase setenta mil estabelecimentos de saúde (públicos e privados) e cerca de 500 mil leitos hospitalares, este setor gera na ordem de dois milhões de empregos diretos em saúde. (MACHADO, 2006, p. 22).

Em um contexto adverso de profundas e precárias mudanças no mundo do trabalho, a saúde supostamente revela que os rearranjos da organização e gestão do trabalho na era pós-fordista que ressignificaram o mercado de trabalho em algumas áreas, não impactaram na recessão ou encolhimento da oferta de emprego, mas tiveram as suas refrações nas alterações das condições e relações de trabalho nesse campo.

Associa-se a essa situação, a municipalização nos moldes brasileiros em que se tem uma centralização de recursos e a descentralização de ações e serviços. Nesse cenário, a divisão das responsabilidades entre os entes federados caracterizadas pela municipalização, apresenta-se como um fenômeno contraditório na afirmação do SUS, em face da baixa capacidade financeira dos municípios em custear a rede e do repasse de recursos fixados a partir das NOBs condicionando-os às contra partidas.

Em que pese os ganhos da população brasileira com a municipalização da saúde, no mundo do trabalho esse processo favoreceu mudanças negativas nas condições e relações de trabalho dos trabalhadores de saúde, devido à incapacidade financeira dos municípios para custear a rede de serviços que, face de essa situação apela para a terceirização, ampliando e elevando o número de trabalho precários na saúde.

O mercado de trabalho na área da saúde tem características próprias e configurações distintas, considerando que os fatores condicionantes e determinantes (as condições de vida e de trabalho) do processo saúde x doença influenciam nas demandas e na oferta das ações e serviços de saúde. Isso equivale dizer que as demandas e ofertas de emprego nessa área oscilam de acordo com o movimento das necessidades de saúde das populações, erigidas no processo de reprodução social da sua existência que, em dado momento, poderão ser requisitadas para mais ou para menos, determinadas tecnologias de saúde em detrimento de outras, sendo essa dinâmica o guia das ofertas de emprego.

Contrariando as previsões pessimistas das transformações do mundo do trabalho, em que se previa uma redução dos postos de trabalho, em função da subsunção do trabalho vivo pelo morto, a saúde apresenta uma lógica incoerente às previsões levantadas por Offe (2002), pois, mesmo com o intenso avanço tecnológico na área que tem aprimorado as ¹⁸tecnologias leves, leves-duras e as duras, constata-se uma expansividade da mão de obra no setor que tem se configurado um dos maiores agentes empregadores especializados no país.

A tendência acima pode ser afirmada na pesquisa de Machado (2006) que apresenta o crescimento da capacidade instalada da rede de serviços de saúde no Brasil, que na década de 70, era pouco abaixo de 400 mil empregos em todo o território nacional, pulando para mais de dois milhões na primeira década do século XXI.

Na análise empreendida sobre as reconfigurações do mercado de trabalho na saúde na era pós-fordista, iniciada após o fim do modelo urbano industrial, compreendida como a conjuntura entre 1930 e 1980, as repercussões que ecoaram foram à orientação neoliberal que

¹⁸ O detalhamento do tema ocorrerá no subtítulo a seguir.

impactaram na estrutura e organização dos processos de trabalho em saúde levando à intensificação da precarização do trabalho.

Se, de um lado, essas alterações causaram uma piora nas condições de trabalho, de outro, se pode afirmar que, num contexto de relações adversas, o mercado de trabalho em saúde se profissionalizou e institucionalizou, intensificando o processo de intenção de ruptura¹⁹ com a lógica de prestação de serviços meramente assistencial próprio do modelo biologicista, a partir da inserção de novas áreas de conhecimento nas equipes de saúde com o propósito de garantir a atenção integral. Constata-se que, com o resultado final da soma entre avanços, retrocessos, consequências e mudanças o saldo do mercado de trabalho para a saúde é positivo.

3.3 CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO DOS TRABALHADORES DE SAÚDE NO BRASIL: CONCEPÇÕES E TENDÊNCIAS

A reestruturação produtiva, tanto no cenário mundial quanto no Brasil, resultou em consequências negativas para o mundo de trabalho, com forte impacto nas condições e relações de trabalho, através de recomendações de ajustes, via reforma das formas de regulação e contratualização do trabalho, em nome do novo regime de acumulação.

A crescente inovação tecnológica e organizacional ocorrida no setor produtivo a partir da segunda metade dos anos 90, no Brasil, impulsionaram as ações governamentais no sentido de institucionalizar as medidas necessárias para inaugurar, de forma regulamentada, a corrida pelo desassalariamento da classe trabalhadora, por meio de novas e flexíveis legislações trabalhistas. Embasados nos princípios da polivalência, da terceirização e do trabalho cooperado com fortalecimento do “mito” do fim da sociedade do trabalho, assiste-se, nesse contexto, à desvalorização do trabalho, principalmente no universo público, (com destaque para as políticas públicas), via a incorporação de inimagináveis modelos de gestão que permitissem à flexibilização do processo produtivo e, junto com ele, o trabalho, criando oportunidades às indústrias de disporem dos postos e força de trabalho de acordo com os seus interesses de acumulação.

¹⁹ Termo utilizado por Netto(2001) no âmbito do Serviço Social para designar que apesar de existir a hegemonia de uma direção social e política critica a reação conservadora e modernizante continuam tensionando para assumir essa posição de destaque. Assim o termo cabe aqui para designar a tentativa dos sanitaristas defensores e articuladores do projeto da reforma sanitária em buscar romper como o modelo biologicista que propõe intervenção apenas na doença não considerando a determinação social do processo saúde doença que ainda faz-se predominante no âmbito da saúde.

Inicia-se então um processo de desregulamentação trabalhista e sindical, no qual o trabalhador luta apenas para manter seu emprego, abrindo mão da defesa de condições dignas para realização do seu trabalho. As novas formas de regulação e de contrato de trabalho imprimem um caráter de instabilidade dos vínculos entre empregado e empregador, contribuindo para uma subsunção do contrato de trabalho seletista por tempo indeterminado, pelo com tempo determinado.

Essa situação impulsionou a estagnação dos salários e freou a ação do sindicato que trocou, em várias áreas do setor produtivo as greves gerais e paralisações pela mesa de negociação, na qual a luta dos trabalhadores é pela permanência do operário empregado, e as demais questões não entram na pauta de discussão. Essa deteriorização das condições e relações de trabalho é reforçada pela chamada descentralização do parque produtivo que permite às empresas migrarem as suas atividades para regiões de baixos salários e com mão de obra qualificada, podendo esse fenômeno ser internacionalizado. (DEDECCA, 2009).

Se até a primeira metade da década 90, o trabalho estável, com tempo determinado e sólida regulamentação trabalhista regulando as condições básicas para sua realização, ao fim da mesma década, não se encontrou mais esse cenário, pois essas garantias foram solapadas e outras formas foram colocadas no lugar.

A regulação das condições básicas para a contratação de força de trabalho foi fundamental para o emprego e a renda. A definição do salário mínimo, a jornada semanal de trabalho, o descanso semanal, o direito às pausas e descanso durante a jornada diária de trabalho, a proibição do trabalho infantil, a restrição do uso do trabalho da mulher, o controle das condições de trabalho, o controle do despotismo, a restrição à demissão, modificaram a situação de assimetria na relação de trabalho consolidada durante a fase de desenvolvimento. (DEDECCA, 2009, p. 32).

O modelo de regulação das relações e condições de trabalho, a partir de então, são flexibilizadas, e a regulamentação do trabalho típico presente na indústria fordista com proteção social, cede lugar ao trabalho atípico, aquele realizado com contratos de trabalho com baixa ou nenhuma proteção social.

Essas novas formas de regulação para inserção do trabalhador no mundo do trabalho, adotadas no Brasil a partir da segunda metade dos anos 90, atingiu fortemente a afirmação do SUS, considerando que essas alterações abriram possibilidades para os governos estaduais e municipais, no processo de municipalização da saúde, recorrem às formas de trabalho atípico via terceirizações e cooperativas. Nesse contexto, foi crescente o número de vagas de emprego com contratos de trabalhos precários que impactaram sobremaneira na qualidade dos serviços prestados, na organização e saúde do trabalhador desse campo.

A terceirização de serviços técnico-profissionais (em adição à terceirização já tradicional de serviços gerais) vem se constituindo numa prática universal adotada em hospitais tanto privados quanto públicos. No caso do SUS, o que há de novo é diversificação, não só as referentes aos hospitais, mas também as que se dão no âmbito do sistema de gestão local em seu todo. Caracterizam-se, de modo geral, por envolver uma mediação feita por empresas privadas, ONGs e cooperativas, que contam, em comparação com a administração pública, com maior liberdade para contratação e fixação de níveis de remuneração. (NOGUEIRA, 2003, p.51).

Essa tendência assumida nas relações e condições de trabalho em saúde, a partir do final da segunda metade dos anos 90, tem sua afirmação nas orientações e ajustes demandados pelos países capitalistas centrais aos países de capitalismo periférico, tais como os da América Latina, e no modelo piramidal verticalizado adotado na organização dos serviços de saúde, que se funda numa relação de oferta e demanda, fincado na realização de procedimentos médicos que requisitam a ampliação de recursos humanos, em função do pagamento dos serviços prestados se darem pelo número de atendimento.

A assistência à saúde, do modo como se afirmou desde o final dos anos 90 e que tem permanecido até os dias atuais, pode ser caracterizada, no mundo da produção, como um setor de serviços que, diferentemente do setor produtivo industrial e fabril, não se realiza sobre coisas, mas sobre a pessoa numa relação em que o usuário do serviço é parte do processo de trabalho. (NOGUEIRA, 2009, p. 60).

Ao figurar como setor de serviços, em que a oferta e a realização das atividades não se dão pelo perfil de morbi-mortalidade, mas pela demanda espontânea, a saúde se torna um mercado contraditório cada vez maior, porém com menor qualidade, dada as tendências das relações e condições de trabalho que a expansão desse campo traz consigo. Isso ocorre em detrimento da pulverização das tecnologias, da variedade de procedimentos e dos atos de diagnósticos à disposição no mercado e que prometem a resolução dos problemas de saúde.

Ao analisarmos a saúde enquanto setor de serviços que incorpora formas de organização e de gestão do trabalho avessas às identificadas em algumas unidades produtivas, tanto no cenário mundial quanto nacional, por não contemplar a lógica de substituição da tecnologia por postos de trabalho, sim a acumulação de novas tecnologias de saúde, verifica-se a ocorrência da expansão do mercado de trabalho, via de regra, pela ampliação do número de oferta de emprego. Porém, sobre essas novas ocupações recaem possibilidades plenas de trabalho precarizado, considerando que tais serão gestadas pelas tabelas de referências e normatizações do SUS que estabelecem valores a serem pagos muito aquém dos praticados no mercado, e atrela o financiamento da saúde ao pagamento individualizado das

ações, serviços e procedimentos, lógica que favorece a piora das condições de trabalho por intensificar o ritmo da produção de cuidados sem ampliar o número de trabalhadores e quando o fazem é por meio de contratações para trabalhos atípicos em tempo parcial, terceirizados ou trabalhos cooperados.

A exposição evidencia que a expansão do mercado de trabalho em saúde engendra, ainda que tenha havido um esforço significativo a partir de 2006 para superação da precarização, características de trabalho técnico assistencial, estável, de caráter individual, centrado na cura dos aspectos biológicos, tendo as tecnologias de saúde como o centro da assistência, o que evoca a tendência da fragmentação do cuidado em saúde e, junto com ela, a prestação, os serviços e o consumo. Essa condição, de um lado, dispersa os trabalhadores de saúde e, de outro, expande a oferta de emprego de baixa qualidade, com formas de regulação que retrocedem as conquistas trabalhistas uma vez já adquiridas no setor, contrariando as decisões coletivas previstas na NOB/RH/SUS de 2005, e Política Nacional De Gestão do Trabalho no SUS/2005 e Pacto pela Gestão/2006.

É presente nessa situação precarizada, porém humanizada, uma concepção de relação e condições de trabalho na qual a dimensão técnico-assistencial integral é fraturada pela hierarquização, atributo necessário na organização do SUS, porém com problemas na sua utilização, pois é comum os usuários presenciarem na compra ou acesso gratuito de um serviço/procedimento o esfacelamento dos serviços pelos níveis de complexidade, complementaridade. Nesses casos a terceirização é utilizada sem precedentes não garantindo a qualidade e a certeza da realização daquilo que foi procurado.

. Dada a complexidade do trabalho na área da saúde, que exige alto grau de profissionalização por manipular um produto inalienável: a vida do homem, ser humano genérico, a força de trabalho em saúde vem se modificando rapidamente e, junto com ela, as condições e relações de trabalho dos trabalhadores da área.

A lógica da acumulação de tecnologias, da fragmentação dos serviços, da prestação de serviço técnico-pessoal e da utilidade presumida vem expandindo o mercado de trabalho em saúde, tornando-se um evento de significativa importância para o crescimento da economia. Porém essa expansão vem precedida de um crescente volume de contratações de empresas terceirizadas para a prestação de serviços trazendo consequências desastrosas em função dos infinitos golpes e azares das fundações, ONGs e FDPS que têm usurpado o fundo público.

Portanto, a ampliação dos serviços de atendimento à saúde tende a gerar um incremento ponderável do número de ocupados no setor. Ao contrário do argumentado muitas vezes pelo pensamento conservador e difundido pela imprensa,

a tendência de crescimento da ocupação no setor é inevitável. Ele não decorre de uma decisão administrativa, mas das características da atividade setorial que tem no trabalho a centralidade de sua organização. (DEDECCA et al, 2005b: 11-12).

A situação observada vem alterando as modalidades de inserção, de vínculos e da remuneração do trabalho, imprimindo uma tendência, nos ambientes de trabalho, de competitividade e individualização sem precedentes. Esses problemas foram e vêm sendo enfrentados inicialmente com a Política de Humanização, a qual a maioria dos gestores conceberam de forma equivocada, atribuindo o fracasso da baixa resolutividade dos sistemas de saúde aos trabalhadores e não à gestão. Nesse contexto, a qualificação para humanização do atendimento era a saída e resolveria tais questões.

A partir de 2003 o Ministério da Saúde do Brasil passa a enfrentar a tendência de precarização das relações e condições de trabalho com a instituição da política de desprecarização do SUS²⁰ que, entre outras coisas, propõe o desenvolvimento de ações que garantam a oferta quantitativa e qualitativa de profissionais de saúde altamente capacitados, com vínculos de trabalho estáveis, que erradiquem os efeitos deletérios da reestruturação produtiva nesse setor, tendo por fundamento a valorização do trabalhador e a política de preservação do emprego e da renda para os ocupados. (BRASIL, 2006).

Com a adoção da política de desprecarização do trabalho pelo Ministério da Saúde, registra-se no setor uma retomada da defesa pelo assalariamento, componente inseparável da concepção do trabalho estável. Essa decisão revela uma tendência que contraria a institucionalização da terceirização e a universalização dos vínculos trabalhistas precários e atípicos, marcando o retorno do reforço do trabalho em equipe em contraposição à centralidade da medicina na assistência à saúde.

As medidas adotadas buscam ainda erradicar as jornadas de trabalho extenuantes que colocam em risco não somente os trabalhadores, mas potencialmente os usuários dos serviços, pois o emprego de intensa e diversificada mão-de-obra nessa área permite a contratação para diferentes jornadas, 12, 20, 30, 36, 40 e 44 horas semanais com os mais variados vínculos e direitos trabalhistas.

Para efeito da elaboração dos Planos de Carreira, Cargos e Salários (PCCSs), na área da Saúde, as categorias profissionais devem ser consideradas, para classificação, em grupos de cargos, na observância da formação, da qualificação profissional e da complexidade exigidas para o desenvolvimento das atividades e ações que, por sua vez, desdobram-se em classes que devem ser organizadas de acordo com os níveis básico, técnico e superior, com equiparação salarial proporcional à carga horária e

²⁰ A portaria nº 2430 de 23 de dezembro de 2003 criou o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Iniciada no primeiro governo Lula.

ao nível de escolaridade, considerando-se a rotina e a complexidade das tarefas; o nível de conhecimento e experiências exigidos; a responsabilidade pela tomada de decisões e suas consequências; e o grau de supervisão prestada ou recebida. (BRASIL, 2005, p. 48).

Verifica-se que as relações de trabalho presentes na área da saúde apresentam debilidades próprias da natureza dos avanços e afirmação do SUS no cenário das profundas alterações ocorridas no mundo de trabalho. Os gestores, gerentes e trabalhadores vêm enfrentando dificuldades na implantação da Vigilância à Saúde dos Pactos pela vida, pela gestão e em defesa do SUS, que requerem uma nova forma de organização e gestão dos processos de trabalho em saúde. Essa nova proposição requisita a recomposição jurídico-política do SUS, contrária ao sistema piramidal hoje existente, no qual as tecnologias de ponta têm acesso restrito pela fragmentação dos serviços que se perdem nos níveis de complexidades dispersos nas diferentes unidades produtivas.

Redirecionar as relações de trabalho, na garantia de trabalho estável sem vínculos precários no âmbito da saúde, exige a reestruturação na forma de organização, funcionamento e operacionalização do SUS, na qual a hierarquização ultrapasse seu caráter de instrumento racionalizador, tanto na forma crescente quanto ascendente, que tem se mostrado ineficiente no uso consciente, necessário e satisfatório dos serviços na área, colocando, por vezes, a expansão da oferta de emprego como um fenômeno que atesta as incapacidades de gestão do sistema.

As novas relações de trabalho devem incorporar uma concepção de serviço na perspectiva marxiana que o define como o efeito útil de algo, mercadoria ou trabalho, que na sua origem, esteve ligada à prestação de serviço pessoal. Essa dimensão humana do trabalho em saúde é um serviço que requer a construção de vínculos afetivos, compromissados e responsáveis entre profissional e usuário, por lidar com o desconforto, a dor e o sofrimento, questões experimentadas e enfrentadas de variadas formas pelos sujeitos nas suas dimensões individual e coletiva. Vínculos dessa natureza, certamente não se constroem com relações de trabalho flexíveis e precárias que apresentam um poder miraculoso capaz de desonerar e acabar com a rigidez da carreira pública pela via da criação de vínculos instáveis, na medida em que promove uma separação entre a função de gestão e a de prestação de serviços, o que teoricamente tende a elevar a eficiência dos gastos públicos. (NOGUEIRA, 2003, p. 51).

As justificações para incorporação de tais medidas está no aprofundamento da lógica empresarial no âmbito da administração pública com ênfase nas políticas sociais, com destaque para a saúde, evidenciadas com a proposta de criação das FEDPs, novo complexo

organizacional que auxiliaria os entes federados, em especial os municípios, em caráter de complementaridade na prestação e oferta de ações e serviços às populações, a baixo preço e com qualidade superior à identificada no âmbito público.

A proposição apresentada demonstra uma tendência da economia da saúde predatória das relações de trabalho, ao se preocupar apenas com a regulação no seu sentido estrito, levando os serviços públicos a tornarem-se altamente lucrativos, retirando dessas relações a dimensão humana e as condições de realização do trabalho, recompondo uma velha indagação de como humanizar e desprecarizar o trabalho no SUS endossando tais medidas?

O debate sobre as relações e condições de trabalho no SUS encontra-se truncado e envolto de contradições e antagonismos dos ajustes globais que marcam a conjuntura mundial e, conseqüentemente a nacional. Verifica-se que os compromissos assumidos pelo Ministério da Saúde através do pacto pela gestão, evocam controvérsias sobre a direção que a instituição defende na luta pela desprecarização. Identifica-se nas discussões que o MS, de um lado, reconhece as necessidades de mudança, tanto na composição da força de trabalho quanto na reestruturação do sistema, de forma a resguardar formas mais humanas de produção de cuidados em saúde via erradicação dos trabalhos atípicos. De outro ao lado, ao apoiar outras formas organizativas na complementação da prestação de serviços, outros tipos de vínculos na carreira pública que não o concurso público, se furtar do debate dos direitos trabalhistas dos estatutários presentes no regime jurídico único e da luta por concursos públicos na área da saúde, o MS expressa um posicionamento dúbio e sem direção, ou melhor uma posição na direção oposta as mudanças desejadas pelos trabalhadores e gestores de saúde.

As próprias ações do governo Lula impedem a compreensão de qual é a real posição do MS na luta pela desprecarização, considerando que foi solicitado no seu primeiro mandato a retirada do Projeto de Lei 4.302/98 do congresso Nacional, que tinha como proposição institucionalizar e universalizar as formas precárias de trabalho através da terceirização e dos contratos temporários.

A contraposição a outras formas de relações de trabalho deve-se ao fato de que o emprego público, a contratação pela CLT, via FDPS, OS, ONGS, Fundações e cooperativas não apontam as possibilidades para emplacar uma carreira como no âmbito público. Nelas, os contratos precarizados e por tempo determinado, devido ao tempo de duração dos convênios e entre as partes, delimita o tempo que o trabalhador estará vinculado àquele emprego, fato que, além de gerar insegurança, também impede a construção de laços e vínculos sólidos entre profissionais e usuários.

As relações de trabalho precárias incidem e criam condições indignas de realização do trabalho na área da saúde, componente que pouco tem sido discutido, dado a dimensão ergonômica e de fiscalização da Vigilância Sanitária que se credenciam como áreas do conhecimento responsáveis pelo tratamento do tema. A primeira, respectivamente, aborda questões relacionadas às condições de realização do trabalho evocando a preocupação com a adaptação do trabalho ao homem, e não tem tido pernas para abarcar a complexidade do trabalho em saúde; e a segunda resguarda muito mais os direitos do usuário do que a proteção aos agentes nocivos à saúde dos profissionais que trabalham na área.

As estratégias da produção Taylorista, fortemente presente no âmbito dos serviços de saúde, tem sido um fator agravante nas condições de produção do cuidado em saúde, dado a rotinização, via protocolos de atendimento, que impedem o trabalhador de utilizar a sua criatividade no ato de cuidar, tornando, na maioria das vezes a realização dos procedimentos de forma mecanizada, fragmentada, repetitiva e monótona, devido à memorização dos manuais a cerca do uso, previamente estabelecido das tecnologias.

Outra questão de relevância que envolve as condições de realização da produção de cuidados em saúde, são as condições materiais objetivas que nesse trabalho a autora da tese compreende, entre outros elementos, o financiamento das ações e serviços repassados por número de procedimentos executados nos diferentes níveis de complexidade que escapam às explicações das áreas de conhecimento que têm se debruçado sobre essa questão. Como adaptar o recurso financeiro repassado pela mão de obra empírica, aqui compreendida como o serviço pessoal, o conhecimento científico próprio de cada área do saber que fundamenta e subsidia a habilidade de realizar e executar determinada técnica cirúrgica, laboratorial, uma sondagem, um curativo, uma vacina, uma visita domiciliar, a promoção da saúde ao homem, se a mão de obra do homem e o próprio instrumento de trabalho?

Na mesma direção da indagação posta anteriormente, evidenciamos outro enfoque do debate que a ergonomia não tem conseguido abarcar, mas que merece reflexão. Trata-se da imprevisibilidade ou da presunção das condições de realizar determinados tipos de trabalho no âmbito da saúde.

Apesar da maioria dos serviços de saúde serem definidos e operados por protocolos, na realização da tarefa, o trabalhador da saúde tem as possibilidades de utilizar a sua criatividade, pois, mesmo que as tecnologias de saúde tenham evoluído e auxiliado nas terapias e diagnósticos, esses instrumentos ajudam na detecção das doenças, não nas suas formas de proliferação no interior do organismo humano. Esse é fator imprevisível, porém presumível que permite o trabalhador de saúde, em alguns casos, utilizar sua capacidade

criativa. Ainda que os protocolos sejam exímios, tais não auferem condições de abarcar as diferentes cargas genéticas presentes nos homens que, interferem e influenciam nas diversificadas formas de manifestação e evolução das doenças em cada ser humano; na maioria das situações cada caso é único e particular.

Esse fator é componente das condições de trabalho, porque o ser humano, ao mesmo tempo em que é o alvo ou a matéria prima, também é o consumidor no processo de produção do cuidado em saúde, numa dinâmica em que trabalhador e matéria prima se confundem na atividade de criação de um produto. Produto pelo qual o usuário paga o valor útil presumido, ao mesmo tempo que o trabalhador de saúde também é remunerado pela presunção, uma vez que a imprevisibilidade não é um fenômeno que consta nas tabelas de procedimentos do SUS.

As condições de trabalho na saúde também são impactadas por relações e situações subjetivas que se desencadeiam nos espaços de produção do cuidado, e estão diretamente relacionadas às situações estressoras, ou de tensão, próprias de cada ambiente, causadas pela manipulação constante do risco iminente da morte, seja em nível operacional, seja em nível integrado do trabalho intelectual e manual.

O risco iminente da morte é uma característica própria dos ambientes da produção de cuidados em saúde logo é um fator intrínseco das condições de realização do trabalho que tensiona o trabalhador de saúde e interfere e influencia no desenvolvimento das atividades no ato de cuidar. Se junta a essa questão, o dilema da hipersolicitação, tratado recentemente por Mendes e Wusch (2011), vividos por algumas categorias profissionais no âmbito do SUS, em função da sobreposição da demanda por serviços em relação à oferta e ao número de profissionais presentes nas equipes de saúde.

Verifica-se, a partir das explanações anteriores, que as condições de realização do trabalho dos trabalhadores de saúde obedecem atualmente às mesmas tendências das relações, regulação e contratações precárias fortemente presentes no interior do SUS a partir da década de 90. Mesmo com significativos avanços em termos da abrangência do sistema, aumento na incorporação e uso de tecnologias de ponta e a crescente oferta de empregos, esses não se reverteram numa qualificação das relações e condições de trabalhos dos profissionais de saúde, pois a melhoria destes componentes exigem mudança radicalmente oposta às transformações que têm sido observadas e operadas, desde a segunda metade dos anos 90, na política de saúde.

Trata-se de um desmonte para readequação do sistema, operado pela deteriorização das relações e condições de trabalho, em busca da máxima lucratividade, situações que não permitem compreender e superar, a exemplo a influência do risco iminente de morte,

condições dadas na realização do trabalho em saúde, nas respostas profissionais e na produção do cuidado, assim como a precarização impede a apreensão das múltiplas e complexas determinações que envolvem a imprevisibilidade e a presunção no ato de cuidar. Tais fenômenos só podem ser apreendidos na construção e manutenção dos vínculos entre trabalhadores e usuários, e essa condição somente será alcançada com a permanência do trabalho estável com alto grau de proteção social.

O SUS, os gestores, os trabalhadores e os usuários dos serviços de saúde almejam e merecem uma regulação do trabalho na saúde que permitam ambos prosperarem na afirmação e legitimidade de um sistema que é considerado o melhor do mundo, e é brasileiro, é de todos. Porém, enquanto persistirem as discrepâncias e favorecimentos na participação dos conselhos profissionais na Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde – CRTS, que têm contribuído para a manutenção de trabalho precário, as ações desenvolvidas por essa instância colegiada não serão revertidas em alterações do quadro apresentado neste item.

3.4 A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO E A SAÚDE DOS TRABALHADORES DO SETOR SAÚDE: OS RISCOS DAS JORNADAS DE TRABALHO

A precarização é um fenômeno social que vem assolando o mundo do trabalho, através da desregulamentação e da insegurança gerada pela instabilidade dos contratos trabalhistas, com repercussões de grande monta em alguns setores da economia, principalmente o setor de serviços com destaque para a saúde.

É sabido que o campo da saúde é um dos setores da economia que mais tem incorporado força de trabalho humana. Tal movimento tem evidenciado certas tensões na materialização das relações de compra e venda das ações e serviços, momento em que a saúde assume sua dimensão de mercadoria, e o estatuto do trabalho assalariado com vínculos estáveis aparece, embora exista um movimento para sua extinção. MENESES (2010).

Essas relações, que ocorrem na esfera da produção, vêm obedecendo a uma lógica racionalizadora que tende a priorizar somente a lucratividade, tornando-se a principal causa da precarização do trabalho na saúde que tem levado os profissionais ao adoecimento no processo de reprodução social da sua existência. A nova lógica operada reduz o trabalho humano a um componente da esfera produtiva que tem contribuído para melhorar os resultados e índices da economia.

A tendência de diminuição do trabalho vivo em ato e a crescente desregulamentação dos contratos formais de trabalho evidenciam um mix de novas velhas formas de apropriação do trabalho excedente, nas quais se assiste uma ampliação da oferta de serviços com custos reduzidos, possibilitados, em sua maioria, pela baixa remuneração e vínculos precários dos trabalhadores de saúde, permitidos via a incorporação das novas formas de organização e gestão flexibilizada do trabalho.

O redesenho da organização e gestão do trabalho na saúde expressa a consolidação da lógica mercantil no interior do setor, evidenciando as inúmeras contradições geradas pela incompatibilidade entre a mercantilização e a produção de saúde.

A atenção médica passa a ser uma mercadoria submetida às regras da produção capitalista. Nesta lógica mercantil, “as instituições públicas cumprem o papel de atender à população mais pobre e com alto risco de adoecer, ao passo que a rede privada se ocupa das áreas mais rentáveis [...], os serviços de média e alta complexidade”. (LAURELL, 1989, p. 19).

À medida que o Estado restringe a execução dos serviços e repassa essa função à iniciativa privada a baixo custo, com reduções significativas no repasse do montante de recurso, instaura-se uma lógica contrária com intensos antagonismos à defendida pelos sanitaristas para SUS. De um lado, observa-se que a participação da iniciativa privada na prestação e operacionalização de serviços, sob o pretexto de complementaridade, tem expandido a oferta de emprego, aumentado a capacidade instalada e reduzido os gastos públicos, aumentando a sua lucratividade. Por outro lado, verifica-se que a iniciativa privada não complementa, mas assume o papel do Estado, tornando-se agente executor; os empregos ofertados são instáveis e precários e o aumento da capacidade, em múltiplos casos, se dá pela utilização de estruturas físicas públicas inutilizadas pela falta de equipamentos e recursos tecnológicos, reiteradas pelo gestor sob o discurso da ausência de recurso financeiro para custear, que ampara-se legalmente na reserva do possível.

Desta forma, a tendência mercantil fundada numa lógica racionalizadora tem proporcionado não somente a precarização do trabalho, mas do sistema de saúde, na medida em que eleva as ações e serviços saúde ao patamar da mercantilização capitalista, envolto de uma lógica produtivista observada na prestação privada de serviços públicos em função das infinitas modalidades de terceirização que não expressam as condições de saúde de uma população.

A lógica endossada por esses segmentos privados residem na oferta indiscriminada de ações e serviços de média e alta complexidade, tendo em vista seu alto custo, o que se reverte

em alta lucratividade. Essa situação não evidencia com clareza e fidedignidade os padrões de morbidade da população brasileira. Entende-se que quanto maior o consumo de serviços da média e alta complexidade, pior tornam-se os índices de saúde de uma população.

(...) se os serviços de saúde “visam ‘produzir’ saúde, ou seja, fazer com que a saúde da população seja preservada mediante a eliminação da morbidade, o montante de atividade tende a ser um indicador inverso do grau em que este objeto está sendo atingido” (SINGER, 1988, p. 12).

Verifica-se que as tendências de desmonte empreendidas contra o SUS, tem atestado a incapacidade do país em produzir saúde, pois quanto maior a oferta de serviços e consumo de tecnologias voltadas à cura, piores serão os níveis de produção de saúde, assim como os empregos ofertados estarão a serviço dessa comprovação, o que demonstrará a debilidade dos gestores na compreensão de que a lógica empresarial é incompatível com o setor saúde, considerando que o aumento do consumo não corresponde diretamente à lucratividade se tivermos como princípio que os resultados nesta área não podem ser medidos ou quantificados pelo número de procedimentos vendidos, mas pelos níveis de saúde alcançados.

Isso significa dizer que, quanto mais saudável estiver a população, será menor a necessidade de serviços de saúde e que sua produtividade e rentabilidade não corresponderá ao montante de trabalho despendido, pois não se pode medir a rentabilidade, neste setor, pelo número de vacinas aplicadas, mas sim avaliar sua produção pela redução da incidência de doenças. A medida para avaliar a rentabilidade no serviço de saúde não pode ter como base a maximização de serviços, mas sim a qualidade, a eficácia e o alcance sociopolítico das ações prestadas (SOUZA, 2010, p.339).

Não se pode negar que, num sistema tão complexo como o SUS, a incorporação drástica e apressada das formas flexibilizadas de organização e gestão da força de trabalho e do próprio trabalho deve ser precedida da compreensão de que a saúde é um campo constituído de atividades complexas, e que os investimentos e utilização de novas tecnologias não se traduzem em rentabilidade, mas sim na necessidade de especialização para ter-se trabalhadores altamente qualificados, capazes de operacionalizar as novas tecnologias, tanto leves, quanto leves-duras e duras.

Diante das profundas contradições e complexidades que engendram o SUS, como desprecarizar o trabalho e a força de trabalho num sistema de saúde com organização, gestão e funcionamento precarizado que tem o trabalho humano como insubstituível e central?

No campo da saúde, as inovações técnico-científicas acompanhadas dos avanços na condução dos procedimentos de saúde têm legitimado socialmente o trabalho como um elemento

indispensável na produção do cuidado. Essa relevância da atividade humana na produção do cuidado, por direcionar o ato na operacionalização do serviço, ainda que combinado ao uso de tecnologias de saúde, é o fator que pode alterar a precarização do trabalho em saúde.

As tecnologias por si só não curam, não promovem e não recuperam a saúde, sem a atividade humana profissional, habilidade e o conhecimento científico para operacionalizar os equipamentos. Desse modo, sem o ato humano, as tecnologias não encontram utilidade social na produção do cuidado em saúde. Diante de tais fatos, é inegável a necessidade de resgatar a centralidade do trabalho humano na saúde, invertendo o discurso como forma de enfrentamento do fenômeno da precarização. É preciso reconhecer e dar visibilidade social ao trabalho humano como elemento vital na produção de cuidados em saúde, e reconhecer também que a tecnologia auxilia por não afirmar sua existência e serventia social sem o ato do homem.

Com a mercantilização das ações e serviços na área da saúde, às tecnologias se autonomizaram e passaram a ocupar uma posição central nos discursos para a produção do cuidado, deixando o trabalho humano relegado a um segundo plano sem o reconhecimento devido. Os modismos instigados pelo complexo médico industrial na incorporação de tecnologias de apoio e diagnósticos como elementos indispensáveis na detecção, tratamento e cura contribuíram para ocorrência dessa subsunção.

É incontestável que as tecnologias de saúde contribuem, e muito, na produção do cuidado, mas sem o trabalho humano não subsiste, para ter funcionalidade necessita combinar o conhecimento e a habilidade do homem na sua operacionalização a serviço da recobrança da saúde, sem o qual os poderes miraculosos evocados e discursados no mercado do consumo da saúde não são evidenciados.

O não reconhecimento da centralidade do trabalho humano na saúde expressa o que Druck e Franco (2007, p. 26) evidenciam como a perda da razão social do trabalho, em que os homens devem ser “superados” e substituídos por outros “novos” e “modernos”, ágeis, adaptáveis e flexíveis. A flexibilização é a mãe da precarização do trabalho por ser esta última os impactos e repercussões da primeira.

Desse modo, entende-se que a precarização é resultante das formas flexibilizadas em curso no mundo do trabalho, cujas principais características são fragmentação, segmentação dos trabalhadores, heterogeneidade, individualização, fragilização dos coletivos e dos sindicatos e informalização, atualmente regulamentado pelo empreendedorismo individual situação amplamente presenciada de forma indiscriminada no âmbito da saúde (MONY E DRUCK, 2007, p. 30).

O fenômeno da precarização tem se legitimado a partir da instauração da insegurança e incerteza como regra, face à crescente prática de externalização da prestação de serviços, que aposta na lucratividade via intensificação do trabalho, que tem levado homens e mulheres que vivem do trabalho ao adoecimento, independente do posto que ocupa.

A tecnologização na área da saúde, de um lado, obedece a uma regra de crescente acumulação de instrumentos de apoio e diagnóstico na produção de cuidado em saúde, de outro, tende a estabelecer jornadas e ritmos intensos de trabalho, pois o alto custo das inovações tecnológicas exige o seu uso indiscriminado sob o discurso de custear o valor a ser pago pela máquina adquirida.

Essa lógica mercantilista tem levado a produção de cuidados em saúde à uma estagnação violenta do ponto de vista do ato humano. Verifica-se que quanto mais o trabalho humano é necessário na operacionalização de máquinas, cada vez mais sofisticada no âmbito da saúde, sem qualquer dúvida, cada vez mais é aviltado, desprezado e desonrado, pois a habilidade, o conhecimento, a escuta, o atendimento e o acolhimento são rechaçados haja vista os valores referenciados nas tabelas de procedimentos do SUS.

A inversão de valores observada no interior da saúde em relação à supervalorização das tecnologias como seres autônomos em detrimento do trabalho humano, tem sido um fator comum no desestímulo e adoecimento dos trabalhadores de saúde, pois, enquanto elemento propiciador de qualidade de vida, de satisfação das necessidades básicas, o trabalho pode e representa, nesse caso, o anverso, devido às formas e condições destrutivas de organização do trabalho. (MENDES e WUNSCH, 2011, p. 465).

Essa situação contraditória, hoje dada como componente das condições de trabalho do trabalhador de saúde, corrói a relação, os vínculos e a interação entre quem adocece e quem cuida, levando à indagação de como um profissional submetido a essas condições de trabalho poderá produzir cuidados a serviço da saúde de outro trabalhador.

Verifica-se, nesse contexto, a intensificação do processo de precariedade subjetiva das condições de trabalho, que necessita ser enfrentado. Compreende-se que a produção de cuidado em saúde é determinada por condições objetivas e subjetivas de sua realização e materialização, e que os componentes subjetivos são os que se encontram mais agravados e extenuados, mas pouco problematizados.

As formas de apreensão, a habilidade de manuseio e de realização das técnicas no trabalho em ato são características do trabalho em saúde presentes na subjetividade do trabalhador, e poderão ser mais ou menos estimuladas e eficazes dependendo da valorização e reconhecimento da importância e lugar ocupado na produção do cuidado em saúde. Nesse

sentido, é preciso atentar-se para a máxima: quanto mais se coloca o conhecimento e a tecnologia à serviço da produção de novos cuidados em saúde, mais se intensifica a precariedade subjetiva, e pior são os índices de saúde da população, pois tal situação instaura um processo de reprodução ampliada das ações e serviços de saúde que torna oneroso e pouco resolutivo ao sistema.

Os componentes subjetivos do trabalho em saúde afetados insistentemente pela precarização do trabalho na sua forma objetiva condicionada pelos vínculos instáveis, insegurança e flexibilidade, influenciam e são influenciados pela interação gestão, relações e condições de trabalho usuário considerando que,

O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade (PIRES, 1999, p. 29). Diferentemente dos processos produtivos industriais em que os insumos são previsíveis e os processos assumem caráter repetitivo, as atividades no campo da saúde assumem características particulares em que os insumos e o processo de trabalho são dinâmicos, permitem uma relação de troca que envolve um significativo teor de subjetividade. (SOUZA, 2010, p. 29)

A partir do exposto, a subjetividade é um elemento fundamental no trabalho em saúde, evidenciado nos trabalhos de Friedrich (2005), Pires (1999) e Mendes e Wunsch(2011), que vem sendo solapada pelos liames das novas e complexas formas de exploração e dominação do capital sobre o trabalho, parte intrínseca do processo saúde e doença do trabalhador, que se manifesta no adoecimento físico e psíquico de homens e mulheres trabalhadores.

A dimensão subjetiva do trabalho em saúde requer condições de trabalho dignas, devido às circunstâncias e grau de interferência para melhoria ou piora da saúde da população, pois as situações estressoras, a imprevisibilidade componente das condições e na realização das atividades no setor, podem levar o profissional ao adoecimento lento e gradual com fortes impactos na organização do SUS, na medida em que um trabalhador doente vai comprometendo a sua habilidade técnica para composição e indicação de diagnósticos clínicos corretos. Essa situação, além de pôr em risco a saúde e tratamento do usuário, onera o sistema de saúde a partir da solicitação de uma infinidade de procedimentos complementares, até encontrar o mais acertado para o prognóstico.

Condições de trabalho salubres, estáveis, com práticas sistemáticas e contínuas devem ser princípios inerentes do trabalho no âmbito do SUS. Na produção de cuidados, o trabalho humano condiciona e determina as ações e serviços. Essas características remetem tal atividade à esfera da produção não material que se finda no ato de sua realização, não cria um produto, mas é mercantilizado pelo seu efeito útil.

Nesse processo de compra e venda de atos humanos na produção de cuidados, características que desaparecem no mercado capitalista pela ênfase nas tecnologias de saúde, outro elemento que se sobrepõe ao trabalho humano é o valor cobrado ou pago pelo uso das tecnologias de ponta. Nessa relação, duas situações controversas estão postas; a primeira diz respeito ao valor cobrado que não é medido pela habilidade humana, mas pelo valor da máquina na capacidade que tem para auxiliar nos diagnósticos; a segunda diz respeito a tempo de trabalho humano empregado na utilização das tecnologias leves-duras e duras, que é medido pela sua rentabilidade, e não por danos nocivos a saúde dos trabalhadores e muitos menos pela sua capacidade de apoio na detecção das doenças.

Esses fatores, além de desvalorizar e reforçar a lógica mercantilista e produtivista do trabalho em saúde, contribui para a extensão das jornadas de trabalho, aumentando os riscos de acidente, doença e morte no trabalho e fora dele. A situação anteriormente exposta é favorecedora de condições e relações de trabalho precárias, na medida em que o planejamento dos serviços passa a ser editado pelo número e/ou capacidade de execução de procedimentos. As ações e serviços sofrem descontinuidade devido as longas filas para acesso, considerando que nem todas tecnologias de ponta encontram-se em número e quantidade necessárias para atender a demanda do SUS.

A tendência mercantil tem sido a grande vilã da intensificação das jornadas de trabalho, com alta rotatividade de trabalhadores, baixa remuneração e inadequação de mão-de-obra, atestando a incapacidade dos gestores de zelar e comprometer-se com intervenções qualificadas na produção de cuidados de saúde, sem pôr em risco a vida dos sujeitos, desonerando o sistema a partir somente da revalorização do trabalho humano.

Nesse debate, entram em cena duas questões com as quais é preciso dialogar. Em primeiro lugar, as jornadas de trabalho devem ser pensadas a partir da centralidade e indispensabilidade do trabalho humano na saúde como o único meio possível de produzir cuidados que melhoram verdadeiramente os índices e níveis de saúde de uma população, seja esse trabalho na sua dimensão coletiva ou individual. A segunda ideia é a de que as jornadas de trabalho devem ser organizadas a partir das capacidades e potencialidades individuais dos sujeitos que produzem saúde, na particularidade de cada serviço e, por fim, na relação entre capacidades, potencialidades, habilidades individuais e a peculiaridades requeridas em cada serviço.

As reflexões formuladas chamam a atenção para o como e de que forma medir o grau de vulnerabilidade mental, psíquica, social e física e estabelecer comparações para determinar as formas de regulação do processo de trabalho entre um trabalhador da atenção básica e um

de pronto socorro. Considera-se que o trabalhador da atenção básica tem uma jornada de trabalho diária de 8 horas, e cotidianamente cumpre essa carga horária, com justificativas consecutivamente à população quanto a ausência do médico, do remédio, não tem isso, nem aquilo, que se dá em virtude da escassez e do pífio repasse de recursos pelos entes federados para a produção da saúde. Na situação narrada, aparentemente o risco iminente da morte parece não estar presente; já o trabalhador de pronto socorro lida com o risco iminente da morte, mais presente por atender traumas violentos decorrentes de todas as ordens de acidentes. O que se pretende evidenciar é que não existe comparação ou medida para jornadas de trabalho no âmbito da saúde, haja vista que as duas atividades ocorrem em situações e condições estressantes: na primeira situação, o risco iminente da morte é deslocado da dimensão subjetiva do trabalhador para o usuário que, pela falta de conhecimento, verbaliza e desabafa em forma de desacato a ausência daquilo que busca e que, aos seus olhos, é considerado como incompetência. Essa situação vivida diariamente contém alta carga de tensão e tem levado o trabalhador ao adoecimento.

Na segunda situação, o risco tensiona o trabalhador de saúde a doar tudo de si pela vida do outro em termos de conhecimento, habilidade e uso de tecnologias, porém o usuário desconhece a aparente situação de morte, e quem sofre a tensão é o trabalhador. Diante das situações apresentadas, como pensar a jornada de trabalho para o trabalhador de saúde num cenário de precariedade das condições, relações, vínculos e contratualizações, de forma a não pôr em risco a vida do usuário e a saúde dos profissionais da área tendo por base a centralidade do trabalho humano.

Na acepção marxiana a jornada de trabalho de trabalho e serviço é determinada pelo tempo de trabalho necessário e o tempo de trabalho excedente. O trabalho necessário é aquele em que a força de trabalho utilizada reproduz o seu valor de compra. Já o excedente é a jornada diária em que o trabalho necessário excede o valor da sua força de trabalho. Desse modo, a jornada de trabalho pode ser estipulada em um determinado número de horas diárias tendo por limite o trabalho socialmente necessário.

No reino da acumulação flexível, a jornada de trabalho é estipulada tendo por base o trabalho excedente no seu mais alto grau de exploração, podendo variar as formas de precarização de acordo com o setor produtivo. “O capital é trabalho morto que como um vampiro se reanima sugando o trabalho vivo e quanto mais o suga mais forte se torna.”. (MARX, 2002, p. 271)

Os processos de acumulação, concentração e centralização do capital contemplam o que preconiza a lei geral da acumulação capitalista, ou seja, o aumento da jornada de trabalho destinada à geração de trabalho excedente. Entretanto, este aumento da geração de trabalho excedente origina-se, como visto, do aumento da produtividade de trabalho que é potencializado através do emprego da maquinaria no processo produtivo. (MACHADO, 2006, p.30).

A jornada de trabalho torna-se elemento essencial no processo de acumulação flexível com seus riscos e adjacências, pois as inovações do sistema organizacional tem como meta racionalizar o emprego do trabalho, o que não ocorre à saúde. Para setores produtivos como a saúde em que os avanços tecnológicos obedecem à lógica da acumulação e não da substituição de uma tecnologia pela outra, a racionalização ocorre de forma diferenciada pela precarização do trabalho.

Ainda que o trabalho e as jornadas pareçam plenas de sentidos, a organização do trabalho pós-fordista vem de forma ímpar metamorfoseando formas de estender as jornadas de trabalho através da incorporação de medidas como banco de horas, pagamento de horas extras além da capacidade e regulamentação permitida e compensações bonificadas, entre outras, que continuam fortemente presentes e permanentemente utilizadas no setor saúde.

A flexibilidade das jornadas de trabalho tem permitido, no âmbito da saúde, formas de organizações do trabalho com elasticidade de turnos e horários de trabalho que têm levado os trabalhadores de maneira geral ao adoecimento e incapacidade funcional precoce. Isso porque as jornadas de trabalho são centradas na produção do excedente, em que se pretende elevar a produtividade do trabalho para emprego em novos investimentos.

O aumento da produtividade do trabalho não necessariamente expande a oferta de emprego, mas leva a uma redução do uso do trabalho humano, pois elevar a produtividade do trabalho significa acrescer a jornada para redução do custo do produto final, essa transação se faz de variadas maneiras combinadas, como trabalho parcial, prazo determinado e baixa remuneração dentre outros.

Nas jornadas de trabalho dos trabalhadores de saúde, comumente identifica-se conteúdos dessa natureza na definição das cargas horárias. Ainda que não haja um aumento das horas a serem trabalhadas, verifica-se, na mesma proporção, a elevação da produtividade do trabalho, condicionada pelos ínfimos valores dos procedimentos que pressionam e determinam o acréscimo do número de atendimentos.

Na tentativa de finalizar essas reflexões que, dada a sua complexidade, não se esgotam aqui, observa-se que os riscos das jornadas de trabalho extenuantes na área da saúde não limitam-se aos acidente de trabalho, mas o transcende, considerando que o acidente nessa

área, diferentemente de outros setores produtivos, pode, e na maioria das vezes ocorre, a morte do sujeito que entregou o seu corpo/saúde para ser cuidado.

Nesse sentido, o desafio é: como compor uma jornada para os trabalhadores de saúde num cenário de precarização do trabalho? Tem-se conhecimento dos componentes que circunscrevem as condições e relações do trabalho na produção do cuidado, assim como se aprofundou as reflexões sobre as concepções e tendências dos processos de trabalho em saúde, e tem-se a sapiência sobre as características e natureza do trabalho nessa área. Porém, o que está ausente, mas tem-se plenas condições de reverter são os instrumentos heurísticos capazes de permitir um cruzamento e associação de todos os fatores apresentados, fazendo emergir uma forma de regulação que incorpore e ultrapasse essa demanda. Parte do segredo já foi desvendada, empregos estáveis e concurso público são ingredientes indispensáveis.

4 A SAÚDE COMO ESPAÇO OCUPACIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL

4.1 A SAÚDE COMO CAMPO DE INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL

Abordar o Serviço Social como profissão socialmente determinada na história da sociedade brasileira implica, segundo Iamamoto (1999), analisar como a profissão se originou e se constituiu no desenvolvimento das forças societárias como especialização do trabalho coletivo.

O Serviço Social é uma profissão inscrita na divisão sócio-técnica do trabalho, como atividade especializada no trabalho coletivo, e regulamentada juridicamente pela Lei nº 8.662/93 e pelo Código de Ética Profissional – Resolução nº 273/93 do Conselho Federal do Serviço Social – CFESS. Materializa-se na prestação de serviços sociais através de programas e políticas sociais, sejam de natureza pública ou privada (NETTO, 2005; IAMAMOTO, 1999).

O Serviço Social tem na “questão social” a base de sua constituição enquanto atividade especializada no trabalho coletivo. O assistente social intervém nas múltiplas expressões da “questão social” que se concretizam na ausência da distribuição da riqueza socialmente produzida, na (dês) proteção ou falta de respostas estatais no âmbito da família, da saúde, da educação, da habitação, etc. O profissional do Serviço Social opera nas contradições sociais presentes na sociedade capitalista, geradoras das desigualdades sociais.

É necessário apreender, no marco do avanço das teses neoliberais, que a base da intervenção profissional à questão social vem sofrendo inflexões que determinam e exigem novas formas de pensar e de fazer profissional. Estas se organizam em torno da flexibilização do mercado de trabalho, acompanhado da desregulamentação dos direitos trabalhistas, da competitividade e das terceirizações, que estimulam maior produção em menor tempo com baixo custo, num contexto em que emerge o trabalhador polivalente convidado a exercer várias funções em troca de um mesmo salário.

Há que captar essas proposições vindas acompanhadas de ajustes estruturais no interior dos Estados nacionais, sendo a redução dos investimentos nos serviços públicos relativos à área social a premissa fundamental, desafiando os assistentes sociais por influir diretamente nos campos de trabalho através da deteriorização dos serviços sociais públicos.

Torna-se de fundamental importância, para o assistente social, apreender as novas configurações da “questão social” no exercício de suas atividades cotidianas enquanto forma de pressão e de resistência, contribuindo para a sobrevivência de segmentos majoritários da população. Deve, ainda, entender a “questão social” como resultante das transformações societárias, portanto, movimento e história carregada de contradições e interesses que se expressam e se apresentam nos locais de trabalho.

Neste cenário, a ação profissional do assistente social precisa ser urgentemente repensada, não somente enquanto um arsenal de instrumentos, métodos e técnicas de abordagem e intervenção na “questão social”, mas também como um elemento central calcado na competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que ultrapassam o teorismo, o militanteismo e o tecnicismo. (IAMAMOTO, 1999, p.53).

É necessário associar a atuação profissional a um rigoroso trato e domínio teórico-metodológico para apreender a dinâmica dos processos sociais que circunscrevem as problemáticas cotidianas inerentes aos espaços onde se concretiza o exercício profissional. Implica em apresentar um engajamento político reafirmado pelos princípios e valores defendidos pela profissão, inter-relacionados ao acúmulo e ao acervo teórico-metodológico produzido pela categoria, entendendo, ainda, que o instrumental operativo sem base de sustentação, por si só, não abre perspectivas e possibilidades para o Serviço Social.

Compreender a profissão na sociedade brasileira requer analisar os modos de pensar e agir que foram, e vem sendo, incorporados pelos assistentes sociais na leitura da sociedade e na construção de respostas à questão social. Trata-se de reconhecer que a base comum, tanto da intervenção profissional quanto da cultura profissional, é a história da sociedade. (IAMAMOTO, 1999).

O assistente social é o profissional que trabalha com as políticas sociais, uma determinação fundamental na constituição da profissão, devendo-se entender estas políticas públicas como respostas privilegiadas às expressões da questão social. Neste sentido, o debate contemporâneo reafirma que, ao assistente social, não cabe somente a prerrogativa de executor terminal de política social, atuando na relação direta com a população usuária, como reitera Netto (1999). O cenário atual requer um profissional que, além de trabalhar na esfera da execução, atua na formulação, coordenação, planejamento e gestão de políticas públicas e sociais.

Requisita-se um profissional dotado de competência teórica, metodológica, ética, política, técnica e operativa, atuando na realidade social a partir da proposição de ações

criativas, capazes de preservar e efetivar direitos, tendo por base as demandas imediatas e mediatas do cotidiano. (NETTO, 1999; IAMAMOTO, 1999).

Na ótica do Estado, o trabalho do assistente social ganha significado diferente quando pensado no campo da prestação de serviços sociais, uma vez que se relaciona à redistribuição de riqueza socialmente produzida e por ele apropriada, através das políticas sociais. Assim, as características do trabalho profissional dependem das particularidades de cada espaço sócio-ocupacional. Nesta direção, o debate acerca da intervenção profissional do assistente social deve aspirar à ampliação,

[...] de uma autoconsciência dos profissionais em relação ao seu trabalho. E mais do que isso permite ultrapassar aquela visão isolada da prática do assistente social como atividade individual do sujeito, ampliando sua apreensão para um conjunto de determinantes que interferem na configuração social desse trabalho (dessa prática) e lhe atribuem características particulares. Parece ser um caminho fértil para o enriquecimento do debate (IAMAMOTO, 1999, p.70).

O desafio ao pensar a ação profissional é redescobrir as possibilidades no cenário atual, pensar ações coletivas que sejam solidárias na apreensão das condições de produção e reprodução da existência para, a partir daí, pensar e implementar estratégias de resistência às desigualdades sociais.

O Código de Ética indica um rumo ético-político para o exercício profissional pautado em processos democráticos, a partir do qual o profissional estimule a capacidade de abstrair as reais necessidades da classe trabalhadora e sentir com elas suas paixões para que possa efetuar a crítica do senso comum e da herança intelectual acumulada. (IAMAMOTO, 1999, p.77).

Num cenário atravessado pela mercantilização e pela destruição dos direitos sociais, o rumo ético-político, fundamentado em valores inalienáveis e inegociáveis, deve tornar-se, radicalmente, a base de constituição das ações profissionais no atendimento das necessidades sociais dos usuários dos serviços públicos, no âmbito das políticas sociais e setoriais.

Para a materialização de ações dessa natureza, é necessário o conhecimento crítico do universo cultural da *classe-que-vive-do-trabalho*,²¹ reforçando a democracia na vida social, afirmando constantemente o compromisso com o alargamento da cidadania. Tal postura exige a defesa dos direitos sociais, tanto na sua expressão legal, quanto efetiva. Neste sentido, é preciso indicar os direitos sociais como elemento central da ação profissional e defendê-los,

²¹ Termo cunhado por ANTUNES.

tanto em sua normatividade, quanto na viabilização da sua efetivação social. (IAMAMOTO, 1999).

Independente da sua área de intervenção, o assistente social deve alargar os espaços públicos e torná-los de fato públicos, frente às tendências de privatização verificadas na história recente da sociedade brasileira e, para isso, é necessária

[...] uma competência crítica capaz de decifrar a gênese dos processos sociais, suas desigualdades e estratégias de ação e enfrenta-las. Supõe competência teórica e fidelidade ao movimento da realidade, competência técnica e ético-política que subordine o “como fazer” ao “o que fazer” e, este ao “deve ser” sem perder de vista seu enraizamento no processo social. (IAMAMOTO, 1999, p. 80).

Para efetivar ações dotadas dessas competências, Iamamoto (1999) evidencia a necessidade de requerer, do assistente social, a capacidade de captar as inéditas mediações históricas que moldam os processos sociais e as suas expressões nos vários campos em que opera o Serviço Social. Mais do que isso, requer defesa e a articulação a um projeto ético-político de profissão que convoque os profissionais a refletirem sobre os valores orientadores de sua ação. Ao fazer isso, esse projeto vincula-se à defesa de determinados valores e princípios éticos identificados com a emancipação humana.

Tal vinculação torna-se possível porque, segundo Netto (1993, p. 93),

A ação humana seja ela individual, seja coletiva tem sempre em sua base, necessidades e interesses que indicam sempre um projeto, que é uma antecipação ideal da finalidade que se busca alcançar, com a invocação de valores que a legitimam e a escolha de meios para atingi-los. Nesta lógica encontram-se os projetos societários, projetos que esboçam uma imagem de sociedade a ser construída que reclamam determinados valores para justificá-lo. (NETTO, 1993, p. 33).

Verifica-se que a ação humana é dotada de natureza teleológica indicadora de intencionalidades distintas, seja no plano individual ou coletivo. Essas intencionalidades são permeadas por interesses e necessidades que levam as classes ou grupos a reunirem-se em torno de um projeto que apresenta uma perspectiva de sociedade a ser construída. Desta forma, os valores que orientam este projeto podem estar ou não em conformidade com os que orientam uma profissão.

Os projetos societários são projetos coletivos que se traduzem em projetos macrossocietários, ou seja, englobam propostas para o conjunto da sociedade. Estes podem estar associados à defesa dos interesses da classe trabalhadora, como podem indicar uma postura favorável à ordem capitalista. Fazem parte desses projetos societários os projetos

coletivos que dizem respeito às profissões. Não a qualquer profissão, mas às aquelas regulamentadas juridicamente. É a partir desta polarização de interesses que os projetos coletivos associam-se ou não aos societários. Nesta direção, o projeto profissional do Serviço Social indica um rumo ético-político para o exercício profissional, que está polarizado nos interesses e nas necessidades das classes trabalhadoras e subalternas, devendo ser materializados nas intervenções profissionais cotidianas.

O projeto profissional do Serviço Social explicita valores relacionados à constituição de uma nova ordem societária, respaldado na defesa da emancipação e autonomia dos homens enquanto sujeitos individuais e coletivos, numa defesa intransigente dos direitos humanos que recusa todas as formas de autoritarismos e cerceamento da democracia e da liberdade. Isto requer do assistente social uma intervenção calcada nos processos sociais inerentes à realidade social não como pano de fundo, mas como instrumento necessário para a efetivação do exercício profissional.

O projeto de profissão historicamente construído pela categoria profissional dos assistentes sociais apresenta os elementos necessários para a configuração de um projeto ético-político, à medida que apresenta princípios norteadores articulados entre si em três níveis de competência indissociáveis: teórico, político e técnico, indicando uma direção social a ser assumida. Esse projeto expressa vontades e interesses individuais e coletivos, apontando os rumos indicadores da construção de uma nova ordem societária.

As exposições anteriores confirmam que os assistentes sociais contam com um projeto de profissão fundado em valores éticos, atento a cada conjuntura histórica, e capaz de abstrair, no movimento da sociedade brasileira contemporânea, as alterações das necessidades sociais e de saúde sobre as quais os profissionais atuam. Trata-se, então, de um projeto conectado com as transformações societárias ocorridas no bojo do capitalismo monopolista sob a égide do capital financeiro, que se renova e se modifica a partir das necessidades apreendidas na realidade social e das mudanças da composição do quadro social e profissional.

Nesta direção, o projeto profissional deve revestir-se de elementos éticos que não se limitem a normatizações morais ou prescrição de direitos e deveres, mas que envolva escolhas teóricas, ideológicas e políticas da categoria e dos profissionais. Esses indicativos requisitam um profissional distante de uma visão teoricista e pragmática, mas com um arcabouço teórico capaz de elaborar uma interpretação crítica de seu espaço de trabalho, potencializando o seu espaço ocupacional através da proposição e do estabelecimento de estratégias de ações viáveis no enfrentamento das desigualdades sociais. (IAMAMOTO, 1999).

O projeto profissional do Serviço Social não depende meramente da vontade política ou da adesão de valores, mas indica a necessidade dos profissionais materializarem em princípios: liberdade como eixo central; defesa da equidade e justiça social; defesa intransigente dos direitos humanos; universalização das políticas públicas, enquanto instrumento necessário para consolidação da cidadania, na prestação de serviços sociais.

As ações orientadas pelo projeto profissional dos assistentes sociais devem ser atravessadas por princípios éticos norteadores e constituídas de três componentes fundamentais: ético, político e técnico. A dimensão política, nesse caso, decorre das opções e estratégias construídas no campo democrático, vinculadas a um projeto de classe. A dimensão ética sinaliza os valores que norteiam o projeto de profissão. A competência técnica requer o domínio das condições objetivas que determinam o exercício profissional. Essas três dimensões são determinadas pela qualidade da formação, o nível de consciência e organização política da categoria. (RAMOS, 2002, p. 92-3).

Pensar a ação profissional do assistente social nesta perspectiva sugere o reconhecimento de que as intervenções se inscrevem nas contradições sociais que permeiam a vida social. Intervenções comprometidas com a formulação de novas propostas de ação profissional, criativas e viáveis, que atendam e respondam às novas demandas sociais postas ao Serviço Social, como no caso dos processos sociais peculiares à saúde do trabalhador de saúde.

Considera-se que a ação profissional nesse caso, corresponde a habilidades e atitudes, escolhas e valores, frente às solicitações imediatas e emergentes no cotidiano dos diferentes espaços ocupacionais. Necessidades imediatas que têm uma determinação fundante: são históricas e derivadas de determinados tipos de relações sociais, têm uma explicação que extrapolam a situação imediata e, por último, não emergem de situações imediatas e nem se extinguem nelas mesmo, como afirma Guerra (2005, p.149).

O exercício profissional deve ser visto como uma atividade racional transformadora da realidade, que incide sobre as condições objetivas encontradas pelos sujeitos assistentes sociais, mas que estes as modificam buscando criar as possibilidades para alcançarem seus fins. Nesta prática impera dois elementos: teologia (por teológico dos homens - intencionalidade) e causalidade (condições casuais encontradas pelos sujeitos e as quais eles buscam transformar visando alcançar sua intencionalidade). Imperando neste processo razão e vontade. (GUERRA, 2005, p. 149).

Neste sentido, abarca determinações éticas e políticas sobre as quais é necessário apreender, no fazer profissional, a lógica que estrutura a realidade social, o agir dos homens e os modos pelos quais é possível alcançar conhecimentos reflexivos e interventivos. Tal

proposição requer um profissional distanciado do perfil instrumentalista reforçado na “*contemporaneidade pela refuncionalização da razão instrumental para atender a lógica das reformas (do Estado, do Ensino, da Universidade, das profissões, etc.)*” (GUERRA, 2005, p.149).

Pode-se inferir que a intervenção profissional do assistente social não existe e não pode ser pensada *a priori*, pois faz parte e deve ser construída no movimento do real, apreendendo os diferentes determinantes e condicionantes que a particularizam num dado espaço institucional, vinculada aos interesses mais amplos presentes e em disputa no contexto societário. Nessa direção, a intervenção deve ser compreendida como a ação, realizada junto aos usuários, que inicia com o acolhimento e a escuta qualificada, que aborda as situações sociais de violação de direitos que os levam a procurar os serviços prestados pelos Assistentes Sociais. É uma ação que auxilia os sujeitos nas suas expressões individual e coletiva, a compreensão de suas demandas na complexa dinâmica da vida social e, a partir daí encaminhar as possíveis respostas.

Constata-se, a partir do acervo teórico já produzido, que os assistentes sociais, no plano da intervenção, orientados pelos valores éticos e políticos do projeto profissional, buscam propor estratégias e ações inovadoras a partir do reconhecimento das necessidades sociais que deixam de ser atendidas em nome dos interesses econômicos. Mais do que isso, extrapolam o tecnicismo e caminham na direção da contestação da ordem societária vigente, na recusa de uma ação conformista e alienadora (NOGUEIRA, 2005, p.191).

Esses valores que norteiam e fundamentam o projeto profissional apresentam elementos necessários à vinculação e defesa dos direitos humanos, dentre os quais se inclui a saúde, desse modo, as intervenções profissionais articulam-se aos fundamentos dos direitos sociais no aprofundamento deste conceito fragilizado na sociedade brasileira.

No cenário apresentado, os princípios norteadores da ação profissional, em conformidade com os princípios dos direitos sociais, em especial o direito à saúde, contribuem para o enfrentamento das práticas de desmaterialização destas conquistas coletivas. No campo dos direitos, a saúde vem se destacando a partir dos princípios da universalidade do acesso e da integralidade das ações, uma vez que a construção de ações integrais demanda uma atuação no movimento da realidade social, apreendendo os determinantes sociais que atravessam e condicionam o direito universal e integral à saúde.

Como vimos até agora, o debate sobre a intervenção do assistente social no âmbito da saúde não deve estar deslocado do contexto macrosocietário e das inúmeras proposições e reflexões que constituem o acervo intelectual da categoria profissional nas obras de Netto

(1990; 2005), Iamamoto (1999; 2006), Bravo e Matos (2001; 2004; 2006), Nogueira (2002), Nogueira e Miotto (2006), Miotto (2001), Raichelis (2004), Vasconcelos (2002), Horacio (2006) Raichelis, (2011) Silva (2006;2008,2009 e 2010) entre outros .

Fundamentando-se nessas produções, constata-se, que no Brasil, a inserção do Serviço Social na área da saúde deu-se no início da década de 1940, considerando-se que a emergência de algumas escolas foi motivada por demandas do setor. (BRAVO E MATOS, 2004).

Naquele contexto, a intervenção do assistente social concentrava-se na assistência médico-hospitalar embasada nos moldes europeus, no período denominado pós-guerra, face às exigências internacionais de aprofundamento do capitalismo no Brasil. Os referenciais orientadores das intervenções profissionais nesse contexto era o doutrinário próprio da Igreja católica, inspirados nas referências tomista, neotomista e franco-belga.

No Congresso Interamericano de Serviço Social, realizado em 1941 em Atlantic City (EUA) a influência franco-belga e o doutrinário cristão próprios da Igreja católica são substituídos pelas influências norte-americanas. Posteriormente, foram criados diversos mecanismos de interação mais efetivos, como o fornecimento de bolsa estudantil aos profissionais brasileiros e a criação de entidades. Os assistentes sociais brasileiros começaram a defender que o ensino e a profissão nos Estados Unidos haviam atingido um grau mais elevado de sistematização. (BRAVO e MATOS, 2004, p. 28).

A influência europeia foi substituída pela norte-americana, reordenando a intervenção profissional do assistente social, substituindo o julgamento moral característico da atuação junto à população-cliente, por análises de cunho psicológico. Outro fator a ser considerado na expansão da ação profissional do assistente social no interior da saúde, naquele momento, foi o reconhecimento dos aspectos biopsicossociais do conceito de saúde introduzido pela OMS em 1948.

As inovações introduzidas pelo novo conceito de saúde ampliaram as práticas na área, enfatizando a intervenção multidisciplinar que permitia suprir a falta de profissionais e ampliar as abordagens em saúde por meio de ações preventivas e educativas, entre outras proposições. (BRAVO e MATOS, 2004).

As intervenções realizadas pelos assistentes sociais incidiam diretamente na vida dos sujeitos e de suas famílias através de uma abordagem educativa, centrada, principalmente, em aspectos relacionados às condições de higienização. As ações profissionais materializavam-se por meio de plantões, triagens, seleção, encaminhamentos. Não havia qualquer vinculação das transformações societárias com as desigualdades sociais.

A legitimidade da profissão nesse cenário é caracterizada pela expansão do assalariamento e pelo número de empregos cunhados pela sua inscrição na divisão social e técnica do trabalho. É a partir dessa conjuntura que o Serviço Social inicia seu processo de tecnificação mediado pelo arranjo entre os princípios humanistas cristãos e a teoria positivista própria das Ciências Sociais, à época.

A adoção da medicina “integral” e “preventiva” nos anos 1950, e “comunitária” nos anos 1960, no contexto das propostas racionalizadoras para o setor da saúde, não alterou as formas de vinculação e intervenção do Serviço Social na área da saúde. Os assistentes Sociais, em sua maioria no campo médico-hospitalar, privilegiavam cada vez mais o atendimento individual ou Serviço Social de Casos, através do qual buscavam a adesão dos “clientes ao tratamento”.(BRAVO e MATOS, 2004).

Os questionamentos e indagações no interior do Serviço Social, na primeira metade dos anos 1960, com a emergência do Movimento de Reconceituação, caracterizado por um momento de revisão, crítica e autocrítica da profissão, com intensos embates em contraposição ao pensamento conservador fortemente presente no interior e na formação profissional. Esse movimento dividiu a categoria em três direções distintas na busca de fundamentos teóricos que subsidiassem as ações profissionais, incorporando as dimensões micro e macrosocietárias na apreensão da complexa realidade social brasileira: São essas direções a Modernização Conservadora, a Reatualização do Conservadorismo e o Projeto de Intenção de Ruptura. (NETTO, 2001).

No contexto da saúde, estas transformações, se fizeram presente através da incorporação de conteúdos da vertente modernização conservadora, que subsidiavam o agir profissional a partir de práticas fundadas meramente na assistência curativa por meio de intervenções burocratizadas e psicologizadas, mantendo e dissociando o processo saúde-doença do quadro macrosocietário.

Na segunda metade da década de 1970, observa-se no interior da profissão o amadurecimento da perspectiva denominada de Intenção de Ruptura, cujos fundamentos estavam vinculados à tradição marxista. Esta direção busca associar o exercício profissional aos processos sociais da complexa e dinâmica sociedade capitalista contemporânea, enquanto condição e parte integrante da intervenção profissional.

Assim é que Faleiros procura fundar o projeto de ruptura nos domínios do fazer profissional a partir de uma análise das conexões entre dinâmica social e dinâmica institucional e das correlações de força, oferecendo fecundas indicações prático-operativas; e ao mesmo tempo, enfoca, de um ponto de vista analítico, problemáticas socioeconômicas que engendram os espaços sócio-ocupacionais para intervenção

profissional, buscando além de determinações teóricas encontrar referências críticas para a prática cotidiana dos assistentes sociais (NETTO, 2001, p. 273).

Embora este momento represente avanços significativos para a profissão, tanto no plano teórico quanto metodológico, por demarcar e sedimentar as bases do projeto ético-político que, na década de 1980, se tornaria hegemônico na profissão, no contexto da saúde tais ganhos não qualificaram substantivamente a prática e a inserção dos assistentes sociais. Estes continuaram desvinculados do Projeto da Reforma Sanitária, fortalecendo ações de caráter eminentemente curativo.

Nos anos 1990, o Serviço Social ainda mantém uma intervenção tímida e pouco inovadora na área da saúde, mesmo apresentando princípios ético-políticos em consonância com os do SUS, embora esta área fosse ainda contabilizada como a mais expressiva no emprego da mão-de-obra profissional.

O tratamento da prática profissional, em qualquer campo, está permeado por problemas de naturezas diversas que tornam o seu debate um verdadeiro desafio para aqueles que se propõem realizá-lo. Apesar dos inúmeros questionamentos que pairam sobre as possibilidades de responder a esse desafio, reafirma-se que o Serviço Social tem um conhecimento acumulado que o habilita a concretizar as ações demandadas na perspectiva da promoção à saúde, desde que se inscrevam de forma sistematizada e articulada aos marcos teóricos em curso (NOGUEIRA E MIOTO, 2006, p. 9).

Tal situação se explica na medida em que houve uma preocupação com a qualificação e os fundamentos históricos, teóricos e metodológicos da profissão. Se, de um lado, esta preocupação desvinculou o Serviço Social da luta pela reforma sanitária, de outro, na maioria intelectual, com um acervo teórico consolidado e já conquistado, apresentava as condições para propiciar esta articulação, oferecendo significativas contribuições para ampliar a garantia do direito à saúde.

O projeto de reforma sanitária, ao reconhecer a saúde como produto social, portanto, resultante de um conjunto de direitos, aponta a necessidade de uma nova cultura nas intervenções abrindo espaço para os assistentes sociais reverem e alterarem a sua vinculação com esse campo.

Desde o final dos anos 1990, os assistentes sociais não têm medido esforços para a superação do atraso histórico de inserção e contribuição no fortalecimento do projeto de reforma sanitária e, conseqüentemente, da saúde, enquanto um direito público universal. Tal possibilidade tem se alargado à medida que os defensores deste projeto vêm lutando incansavelmente para materializar o art.198 da Constituição Federal de 1988, que anuncia a

integralidade, a descentralização e a participação da comunidade com as diretrizes do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Essas diretrizes, em especial a integralidade, têm se colocado como um terreno fértil para a sedimentação da ação do assistente social na área da saúde. Isto porque a garantia da atenção integral requer uma apreensão dos fatores condicionantes e determinantes dos “estados de saúde”, ou seja, traz para o cenário a discussão dos determinantes sociais que influenciam o processo saúde x doença.

De acordo com Camargo Jr. (2001), o termo integralidade abarca um conjunto de teses argumentativas de tendências cognitivas e políticas em torno da saúde, que impossibilita reconhecê-la enquanto um conceito. Entre as várias teses de Mattos (2005) sobre a integralidade, a pesquisadora corrobora com a definição em que esse princípio se inscreve e é incorporado ao cenário das lutas sociais do movimento sanitário, plena de sentidos que não se expressa numa resposta unívoca. Ela engendra diferentes significados dados pelos atores sociais que buscam transformar a realidade da saúde pública brasileira.

Afirma-se o autor que a integralidade assume um eixo central com sentido de direcionar as novas formas de agir social na saúde. Mais do que isso, o conceito ampliado de integralidade é um eixo norteador e regulador do devir, trazendo no seu interior a idéia de que cada pessoa, com suas múltiplas determinações, singularidades e necessidades de saúde, é sempre o foco, a razão do existir de cada serviço e do Sistema Único de Saúde na sua totalidade.

Essas indicações expressam a existência de uma integralidade ampliada com escuta eficiente, apreensões e análises particulares, capazes de reconhecer as situações singulares de cada busca de saúde, proporcionando um fácil reconhecimento das iniquidades e dos determinantes sociais como necessidades de saúde que não foram e não são atendidas.

A integralidade pressupõe a superação das ações fragmentadas, com o reconhecimento de que os sujeitos sociais que buscam a satisfação de suas necessidades de saúde devem ser vistos a partir do contexto no qual se encontram inseridos e de suas vinculações com o cenário social mais amplo. Isto equivale a dizer que a integralidade requer uma intervenção profissional levando em consideração os aspectos sociais, culturais, econômicos e políticos que perpassam a vida social. Desta forma, as ações profissionais no campo da saúde, pautadas na integralidade, têm se destacado por apreender as demandas dos usuários como demandas contextualizadas e historicamente situadas, ou seja, como uma

construção social, que só pode ser encaminhada via compreensão e interpretação das tensões e contradições nas quais se inscrevem as intervenções profissionais.

Portanto, as condições de trabalho e relações sociais em que se inscreve o assistente social articulam um conjunto de mediações que interferem no processamento da ação e nos resultados, individual ou coletivamente, projetados, pois a história é o resultado de inúmeras vontades projetadas em diferentes direções que tem múltiplas influências sobre a vida social (IAMAMOTO, 2006, p. 23).

Considera-se que ações profissionais no âmbito da saúde devem evidenciar consistência argumentativa aos encaminhamentos propostos como componentes indispensáveis para ampliação e fruição do direito à saúde. Sem esses requisitos, a profissão não conseguirá superar o atraso histórico neste campo, dado a sua inserção periférica, fator que dificulta a compreensão que as condições de trabalho e relações sociais, em meio às quais se dá a intervenção profissional, são indissociáveis das transformações societárias que, no âmbito da saúde, repõem a hegemonia do modelo médico privatista.

A gênese da profissão de serviço social no Brasil se confunde e entrelaça com a saúde enquanto espaço ocupacional de maior índice de contratação de mão-de-obra do assistente social até a metade do primeiro decênio do novo milênio, quanto essa situação é suplantada pela política de assistência Social. Posterior aos anos de 2005 sob a égide do capital financeiro, as profundas mudanças no mundo do trabalho que na saúde vem se afirmando como a reforma informal, e silenciosamente promovendo o desmonte por dentro do SUS, a profissão apresenta ainda um opaco protagonismo.

No plano dos fundamentos, os assistentes sociais avançaram muito na compreensão das múltiplas determinações econômicas, sociais, políticas, de planejamento e das orientações, parâmetros e ajustes estruturais demandados as políticas sociais para os países latino-americanos, o que não se traduziu em qualificações para intervenção e protagonismo na área.

Na primeira década do século XXI, observa-se uma clara tentativa de qualificar a intervenção do assistente social com a formulação dos parâmetros para atuação do assistente social na saúde. Porém, o documento amargou baixa aceitação, considerando que as recomendações nele contidas encontravam-se muito distantes das intervenções e necessidades de saúde demandadas pelos usuários, gestores e instituições prestadoras de serviços que empregam o profissional.

O documento não apresenta conteúdos e recomendações sobre a intervenção do assistente social nos diferentes níveis de complexidades; apresentam recomendações

genéricas considerando que as condições e relações de trabalho de todos os profissionais vinculados à saúde são homogêneas, o que reflete a ausência no debate do segmento da categoria, que se encontra apenas na execução terminal de políticas sociais.

É incontestável, no âmbito da saúde, que o assistente social seja o profissional articulador das possibilidades de uma intervenção integral nas demandas dos sujeitos que procuram os serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade do SUS. Assim como é inegável que a profissão amarga ainda um baixo protagonismo por apreender o processo saúde-doença condicionado e determinado pelas condições de vida e de trabalho, requisitando práticas sanitárias que extrapolam o rol de procedimentos das tabelas de referências do sistema de saúde, tornando-se um profissional que atua na lógica contrária à mercantil à lucratividade que contaminam a política de saúde no cenário contemporâneo.

4.2 O DEBATE DO SERVIÇO SOCIAL SOBRE AS CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO

O debate dos assistentes sociais sobre condições e relações de trabalho fundamenta-se na defesa dos princípios do projeto ético-político-profissional da categoria, construído por essa profissão ao longo das décadas de 80 e 90, conjuntura de implosão das primeiras produções teóricas que evidenciavam a hegemonia da direção social crítica, materializada na teoria social marxiana como fundamento de organização e ação política do Serviço Social.

Embora seja objeto de intensos debates no interior da categoria profissional, esse trabalho não se propõe a discutir e apresentar os diferentes interlocutores e posicionamentos sobre o tema, mas tem o propósito de enfrentar e oferecer contributos teóricos e históricos que permitam aprofundar a compreensão da categoria sobre a discussão relacionada às condições e relações de trabalho dos assistentes sociais.

Embora a vida cotidiana da classe trabalhadora seja o objeto direto e frequente de intervenção do assistente social, os profissionais de serviço social, enquanto trabalhadores assalariados, não se reconhecem enquanto tal nesse processo. É notório nessa situação que os assistentes sociais, ao prestarem atendimento aos operários vítimas das precárias condições e relações de trabalhos que agudizam as expressões da questão social que recaem sobre suas vidas no processo de reprodução social de sua existência, esses profissionais, em sua maioria, não se veem como parte e expressão dessas mesmas situações.

As reflexões expostas buscam evidenciar que o debate sobre as condições e relações de trabalho no interior do serviço social deve enfrentar e apreender em sua totalidade, particularidade e singularidade algumas questões que ainda são apreendidas de forma insipiente pelo conjunto da categoria profissional, quais sejam: 1 – a dimensão objetiva e subjetiva de realização do exercício profissional e da intervenção profissional; 2 – a condição de classe trabalhadora assalariada; 3 – as peculiaridades e a densidade histórica de cada setor/unidade produtiva e a sua relação como os espaços ocupacionais nos quais os assistentes sociais encontram-se vinculados.

As questões apontadas são envolvidas de complexas determinações e requerem um rigoroso e fecundo trato teórico metodológico, mais profundo e menos generalista, porém não superficial, dada a carga histórica que tal debate envolve. Trata-se de buscar na singularidade de cada uma das situações a sua particularidade e genericidade, mas não caindo na armadilha do discurso teoricista travestido de uma totalidade vulgar que pouco ou em nada tem contribuído para a compreensão e avanço do tema em discussão para aqueles profissionais denominados por Netto (1994) executores terminais de políticas sociais.

Postas as considerações iniciais, parte-se para tentativa de caráter exploratório e preliminar da apreensão das adjacências que envolvem o debate sobre as condições e relações de trabalho realizado pelos assistentes sociais. Iamamoto (2010), figura exponencial do Serviço Social, é a primeira a inaugurar esse debate. Na sua discussão, tem convidado os profissionais a refletirem e compreenderem que pensar as condições e relações de trabalho requer uma inflexão no entendimento dos espaços ocupacionais para além da ótica das demandas e sua circunscrição no terreno das transformações ocorridas no interior do Estado, com o fenômeno da mundialização do capital.

A mundialização do capital no cenário global outorgou centralidade e enfatizou o consumo como uma das principais formas e estratégia de acumulação de capital pela via da mercantilização da satisfação das necessidades dos sujeitos. Essa nova forma de organização relegou a proteção social estatal a medidas de alívio da pobreza extrema, quando os sujeitos não conseguem encaminhá-las e satisfazê-las no mercado no âmbito da vida privada, fato que vai impor uma nova lógica na prestação de serviços sociassistenciais e, conseqüentemente, nas condições e relações de trabalho dos profissionais (IAMAMOTO, 2010).

Essas mudanças têm alterado significativamente os espaços ocupacionais e as demandas por serviços sociais, pois, tem-se, com o fenômeno do desemprego estrutural resultante e consequência perversa da reestruturação produtiva, um processo de intensificação do empobrecimento das populações, potenciais usuários das políticas sociais prestadas pelos

assistentes sociais que, ante as transformações no mundo de trabalho e com intensos reflexos no padrão de consumo, não mais conseguem satisfazer às suas necessidades no mercado.

As formas de enfrentamento da agudização da questão social, designadas pelos países capitalistas centrais para os países periféricos ou em desenvolvimento, América Latina e Caribe, é a intensificação e ampliação dos programas de transferência de renda, antes destinados somente as famílias, pessoas com deficiência e idosos, que sofre expansão passando a ser destinado também aos adolescentes e jovens.

A nova modalidade de medidas de alívio da pobreza para diminuição da criminalidade e mortes entre adolescentes e jovens, e de enfrentamento das situações de vulnerabilidade e riscos que envolvem as famílias, cria um cenário favorável à ampliação do mercado de trabalho profissional para o assistente social. Mercado de trabalho que vem fortemente marcado e tensionado por formas de regulação pautada no controle, submissão, exploração, despolitização e alienação, tanto da população quanto do próprio profissional.

Tais características dos novos postos de trabalho dos assistentes sociais, por vezes, não são acompanhadas da apreensão das contradições presentes na ampliação da oferta de emprego. Nessas circunstâncias, a ausência de reflexão sobre as determinações históricas sociais que condensam os novos espaços ocupacionais, decorre da necessidade de reprodução social da existência enquanto trabalhador. Essa nova forma de sociabilidade capitalista retira do assistente social, ainda que este não se reconheça como classe trabalhadora, a capacidade de abstrair os antagonismos presentes no exercício profissional nos diferentes espaços ocupacionais derivados da expansão da nova forma de acumulação. O profissional limita-se a vender sua mão de obra em troca de um salário para garantir a sua sobrevivência. Nesse sentido, o caráter da natureza da intervenção nesses novos espaços ocupacionais, talvez jamais sejam objetos do pensar e refletir.

Associadas às limitações de apreensão dos espaços ocupacionais subjazem ainda essa discussão complexas determinações histórico-conjunturais que podem ser sintetizadas nas seguintes indicações: a) os locais de trabalho do assistente social vêm sendo construídos e reconstruídos face às transformações societárias e conjunturais em detrimento das novas formas de acumulação; b) as formas de intervenção nesses espaços já estão dadas e condicionadas às orientações e ajustes neoliberal designadas à área social, em especial aquelas destinadas via as novas formas e estratégias de operacionalização das políticas sociais; c) a fragilidade na competência teórico-metodológica gerada pela dificuldade de lograr êxito no seio da categoria profissional, um projeto de qualificação permanente que subsidie e atenda as velhas e novas gerações de assistentes na compreensão das metamorfoses da questão social e

dos novos mecanismos de redução do usufruto dos direitos; d) as mudanças na organização e gestão do trabalho repercutiram em formas novas de regulação das condições e relações trabalhistas.

Essas mudanças vêm impactando nos espaços de trabalhos dos assistentes sociais em quatro direções e sentidos: numa primeira direção, as inovações tecnológicas que alteraram a matriz produtiva no âmbito do trabalho forçou uma modernização dos espaços, melhorando as condições de realização do exercício profissional, pois o recorrente uso da tecnologia levou à informatização dos locais de trabalho; numa segunda direção e sentido, a informatização dos espaços não veio acompanhada da ampliação de postos de trabalho, mas possibilitou a intensidade da produtividade do trabalho, aumentando o nível de exploração; a terceira direção pode evidenciar que as alterações do mundo do trabalho nas duas últimas décadas do século XX e primeira do século XXI, anteciparam demandas inéditas aos assistentes sociais, tensionando e exigindo da academia respostas em forma de aprimoramento intelectual; No quarto e último sentido, pode-se afirmar que todos os impactos anteriores não prescindiram da precarização das condições e contrato de trabalho, identificados contemporaneamente com a fraca adesão dos agentes empregadores, com destaque para a carreira pública, à lei que aprovou e regulamentou as 30 horas de jornada semanal de trabalho para o assistente social.

Mas os espaços ocupacionais refratam ainda as particulares condições e relações de trabalho prevalentes na sociedade brasileira nesses tempos de profunda alteração da base técnica da produção com a informática, a biotecnologia, a robótica e outras inovações tecnológicas e organizacionais, que potenciam a produtividade e a intensificação do trabalho. É esse solo histórico movente que atribui novos contornos ao mercado profissional de trabalho, diversificando os espaços ocupacionais e fazendo emergir inéditas requisições e demandas a esse profissional, novas habilidades, competências e atribuições. Mas ele impõe também específicas exigências de capacitação acadêmica que permitam atribuir transparências às brumas ideológicas que encobrem os processos sociais (...). (IAMAMOTO, 2010, p. 4).

No âmbito do poder executivo em especial, a regulamentação da jornada de 30 horas de trabalho tem gerado muitos impasses e discussões que variam entre as afirmações sobre a inconstitucionalidade da lei e a interpretação da redação que devido à palavra contrato não se aplica a carreira pública. Outro dilema enfrentado é a proposição de acato da lei com redução proporcional do salário, embora essa questão tenha sido um indicativo constante de reivindicação que passa pela implantação da lei sem alteração na remuneração.

É notório o descumprimento por centenas de instituições pública da Lei Federal nº 12.317/1, ao mesmo tempo em que é inconteste as ações das entidades representativas da categoria o conjunto CFESS/CRESS, a impetração de ação judicial, solicitação de audiências

junto aos órgãos de garantias de direito como Ministério Público do Trabalho e Ministério Público Federal; além da intensificação e sensibilização para articulações com organizações dos trabalhadores, porém essas mobilizações ainda não se tem revertido em ganhos concretos para a categoria profissional na adoção da jornada de trinta horas semanais de atividades laborais.

As reflexões em tela repõem o debate sobre a carga histórica e a densidade teórica que requer a compreensão dos espaços ocupacionais e, junto com elas, as condições e relações de trabalho que refratam na imediaticidade da vida social as transformações societárias ocorridas no contexto global, exigindo da categoria muito mais que o atendimento às demandas, mas o entendimento da gênese dessas novas solicitações.

Apointa o desafio e necessidade de enfrentar a primeira questão colocada no início desse subtítulo, que trata-se da apreensão da dimensão objetiva e subjetiva de realização do exercício profissional e da intervenção profissional. Compreende-se que a dimensão subjetiva do exercício profissional está presente e traduz-se nas situações abstratas que condicionam e determinam o fazer do assistente social, e somente podem e poderão ser apreendidas e enfrentadas com instrumentos heurísticos pensados, formulados e construídos a partir de uma incursão na atual configuração do mundo do trabalho.

As tensões e deteriorização das condições de realização do trabalho do assistente social, oriundas do processo de sociabilidade capitalista contemporânea, impõem uma dinâmica societária centrada num processo civilizatório predador da humanidade, individualista, pautado no consumo, elementos que compõem a dimensão subjetiva do exercício e da intervenção, atribuindo um rumo ético e político que pouco tem sido compreendido e identificados pelos profissionais.

A ausência de compreensão e referência dos pressupostos fundamentais que compõem a dimensão subjetiva do exercício e da intervenção profissional impede a apreensão, por parte dos assistentes sociais, das contradições, antagonismos e precárias condições e relações de trabalho presentes na ampliação da oferta de emprego para os quais têm sido requisitados e contratados.

A essa ausência de compreensão e referência se junta outro elemento que torna a situação mais fecunda e complexa: a condição mascarada de trabalhador assalariado dos assistentes sociais que os coloca no mesmo movimento e necessidade de satisfação das suas necessidades sociais, espirituais, materiais e fisiológicas, entre outras, para garantir o processo de reprodução social e a sobrevivência.

As consequências dessa situação para a categoria profissional podem ser evidenciadas nas seguintes posturas derivadas da captura da subjetividade do trabalhador: o não reconhecimento dos espaços ocupacionais como produto histórico, respaldados em compreensão superficializada que não apreende as formas de ser e intervir nos espaços como fruto de determinações históricas-sociais que devem garantir a máxima eficiência no processo de produção, o menor custo relativo do trabalho e a máxima sujeição possível do trabalhador assalariado (Seligmann-Silva, 2012, p. 164); a intensificação dos ritmos e produtividade do trabalho, pressionadas por mecanismos e instrumentos viabilizados, em sua maioria, por dispositivos e processos psicológicos e psicossociais decorrentes da nova dinâmica de organização do mundo da produção e da acumulação de capital (Seligmann-Silva, 2012); e, por fim, que as condições e relações de trabalho do assistente social somente podem ser compreendidas e analisadas no contexto do setor produtivo em que se encontram inseridas, pois são as relações aí travadas que condicionam e determinam questões objetivas que podem ser mensuradas e observadas pelos profissionais.

Reconhecer, nesse contexto, como providencial a sociabilidade capitalista em curso, que a dimensão subjetiva do exercício profissional continue ausente das reflexões e intervenções são de fundamental importância para captura da subjetividade do trabalhador, pois tal situação, de um lado, condiciona e determina atuações que reproduzem e mantêm o processo de sociabilidade necessário à manutenção da exploração, da despolitização e desproletarização da classe trabalhadora e, de outro, torna-se parte constitutiva da forma de ser e manter a acumulação flexível.

[...] o toyotismo reconstitui, no interior da grande indústria, o que era um elemento central na manufatura: o — [...] velho nexos psicofísico do trabalho profissional qualificado — a participação ativa da inteligência, da fantasia, iniciativa do trabalho (GRAMSCI, 1985, p.397). O toyotismo tende, dessa forma, a exigir novas qualificações do trabalho que mesclam habilidades cognitivas e comportamentais. (CARLETTO, 2008, p. 217).

Os novos e inapreendidos fundamentos da dimensão subjetiva do exercício e intervenção profissional por novas e velhas gerações de assistentes sociais têm influenciado na compreensão das condições objetivas de realização do exercício profissional. Verifica-se, de um lado, uma apreensão que não supera os limites da necessidade de incorporação dos novos recursos tecnológicos, fator que irá otimizar o tempo, criar banco de dados e agendas para atendimento às intervenções, de forma a tornar o exercício profissional expressamente eficaz. De outro, tem-se o aumento da síndrome do queixume, em que a expansão da oferta de

emprego vem acompanhada da falta de equipamentos e recursos materiais de todas as ordens, que impossibilita a realização de atendimentos em consonância com os preceitos ético-políticos normativos e disciplinadores constante no código de ética.

A segunda questão, que necessita ser enfrentada nesse debate, é a condição de classe trabalhadora assalariada dos assistentes sociais que, embora insistentemente enfatizada por Yamamoto 1999, ainda hoje é pouco assimilada e incorporada pela categoria profissional no plano do exercício e intervenção profissional.

Os assistentes sociais, ainda que comprovadamente constitua uma categoria extremamente assalariada, esses profissionais não se reconhecem enquanto tal, e essa ausência de reconhecimento é um dos fatores que tem levado a categoria a um processo de adoecimento, de degradação das relações de trabalho, acompanhadas de condições de trabalho deterioradas. No desempenho das suas funções e atribuições, o assistente social, na busca de atender às demandas sociais dos usuários, na maioria das vezes, extrapola as capacidades material, cognitiva e mental na tentativa de encaminhar e atender às necessidades dos sujeitos. Nesse processo, na maioria dos casos, é expurgada a reflexão que a ausência de condições objetivas para realização do seu trabalho, é parte constitutiva da sociabilidade erigida nos domínios da acumulação flexível, apoiadas em uma dinâmica estrutural parametrada para os países periféricos, que tem por objetivo persuadir e capitanear as iniciativas de resistência da classe trabalhadora.

O objetivo do toyotismo, na verdade, é a captura da subjetividade operária à racionalização capitalista e a manipulação do consentimento dos trabalhadores por meio de um conjunto amplo de inovações organizacionais, institucionais e relacionais no complexo de produção de mercadorias (CARLETTO, 2008, p. 86).

Logo, a deteriorização das condições e relações de realização do exercício profissional são estratégias pulsantes da nova sociabilidade do capital, pensadas para a classe trabalhadora, que no âmbito das políticas sociais, são intensificadas pela atenção e adoção aos parâmetros de ajustes ditados à América Latina que impõem um estado máximo para o capital e mínimo para o social afirma Berhing (2008), acompanhadas do definhamento de recursos financeiros e materiais para satisfação das necessidades sociais dos sujeitos que demandam seus serviços, tornando um fator indutor de consumo de bens e serviços no mercado.

Compreender os modos de ser da classe trabalhadora e se reconhecer enquanto parte e expressão dela, é condição fundamental para os assistentes sociais apreender que as transformações operadas no tempo presente, nas formas de inserção no mercado de trabalho,

nos espaços ocupacionais, nas maneiras e exigências para o exercício profissional se inscrevem nas transformações do mundo do trabalho e seus impactos e repercussões para a classe trabalhadora ou, Antunes (2011), para *classe que vive do trabalho*.

Ao não se reconhecer no processo de reprodução social como trabalhador assalariado, os assistentes sociais padecem de uma deflexão que os impede de buscar, no movimento da sociedade, as estratégias de resistência e enfrentamento dessas situações. Pois é nas relações contraditórias da vida social que o profissional poderá captar as inéditas e necessárias mediações para compreensão do cenário prestação dos serviços sociais.

[...] o exercício da profissão realiza-se pela mediação do trabalho assalariado, que tem na esfera do Estado e nos organismos privados – empresariais ou não – os pilares de maior sustentação dos espaços ocupacionais desse profissional, perfilando o seu mercado de trabalho, componente essencial da profissionalização do Serviço Social. A mercantilização da força de trabalho, pressuposto do estatuto assalariado, subordina esse trabalho de qualidade particular aos ditames do trabalho abstrato e o impregna dos dilemas da alienação, impondo condicionantes socialmente objetivos à autonomia do assistente social na condução do trabalho e à integral implementação do projeto profissional. (IAMAMOTO, 2010, p. 349).

Dessa forma, a condição de trabalhador assalariado assistente social é algo inerente a organização contemporânea do mundo do trabalho, nas quais a deteriorização das condições e relações de trabalho é parte e expressão, e indicam uma racionalização da produção e da intervenção do Estado, ao mesmo tempo em que afirma a readequação de subalternidade política da classe trabalhadora.

Reconhecer-se como trabalhador assalariado no debate das condições e relações de trabalho para os assistentes sociais é fundamento central para entender e apreender a inserção da profissão no mundo do trabalho, possibilitada pelas inúmeras áreas de conhecimento e intervenção que requisitam a sua mão-de-obra para resguardar e permitir o usufruto de direitos. É somente essa compreensão e reconhecimento que permitirá à categoria profissional visualizar a novas exigências do mercado face a força de trabalho e os estratégias para mascarar o problema do desemprego estrutural.

Ao incorporar essa postura, a categoria profissional reafirma a discussão de que as condições de trabalho extrapolam a dimensão material porque estão relacionadas às transformações do Estado brasileiro, editadas a partir da subserviência do país às recomendações dos organismos internacionais, liderados pelos países capitalistas centrais. E confirma que o debate das relações de trabalho tem como principal exigência a reorganização do papel das forças produtivas no processo de recomposição dos índices de acumulação

capitalista, através da implantação de um estatuto de assalariamento não oficializado através dos empregos precários. (NETTO; BRAZ, 2006).

A terceira e última questão a ser enfrentada, aos olhos da autora, é apreender as características histórico-sociais da relação entre unidades produtivas e os espaços ocupacionais nos quais os assistentes sociais encontram-se inseridos. Tal compreensão contribuiria para os profissionais entenderem a sua posição e real função no processo de reprodução social das relações institucionais no ambiente para o qual foi contratado.

Em 2003, Yamamoto dividiu com a categoria profissional a reflexão de que o Serviço Social, como os demais trabalhadores brasileiros, vivenciavam um período de intensificação da redução do emprego do trabalho vivo na produção, do aumento de contratos de trabalho em tempo parcial, precários, cooperados e autônomos com baixíssima proteção social, ou seja, esta se consolidando tempos de racionalização da contratação, confirmando então a precarização das relações de trabalho assistentes.

Tal reflexão, entre outras coisas, leva à indagação: onde trabalha o assistente social? Em que setor ou unidade produtiva? E no que atuam? Os profissionais de serviço social são majoritariamente uma categoria vinculada às instituições públicas de natureza estatal e atua na prestação de serviços sociais, o que remete à compreensão de que estão enquadrados, enquanto trabalhadores, ao setor de serviços, e suas intervenções se dão no campo da formulação, coordenação e execução de políticas sociais e públicas no âmbito da educação, habitação, saúde, previdência e assistência social, dentre outras.

As respostas para essas questões decifram antecipadamente qual é a posição da profissão no processo de reprodução social. Como já vimos detalhadamente em capítulos anteriores, o estado brasileiro, recentemente, passou e vem passando por uma contrarreforma, a qual destinou às políticas sociais um lugar de atividades não exclusivas do Estado. Essa mudança determinou um novo ordenamento institucional da política social que passaria a incorporar o gerencialismo que impõe como palavra de ordem a racionalização e otimização na prestação dos serviços sociais, recharacterizando as ações e serviços sociais ofertados, via políticas sociais, como serviços, dotados de critérios de elegibilidade e condicionalidades, em sua maioria endossados pelos assistentes sociais que são contratados para pensá-los, operacionalizá-los, coordená-los e, em última instância executá-los.

A exposição anterior evidencia que a posição do assistente social, quando ausente de um rigoroso trato teórico-metodológico, ético-político e técnico-operativo, é de mantenedor da reprodução social de relações sociais de interesse da sociabilidade capitalista contemporânea de afirmação da subalternidade da classe trabalhadora face a necessidade de

acumulação. Com essa postura o profissional contribui para a manutenção do crescente índice de desemprego, adoção e solidificação de novos métodos organizacionais que contribuem para o fortalecimento do poder das empresas, alterando os processos de trabalho cujas repercussões no campo das políticas públicas são a indução para a satisfação das necessidades no mercado, com fim último de elevação dos padrões de consumo.

Essa nova sociabilidade constituída no mundo do trabalho trouxe efeitos deletérios para a classe trabalhadora, a medida que recoloca antigas formas de exploração que estavam a caminho da superação, como o aumento da jornada de trabalho, o trabalho infantil, a diferença salarial entre homens e mulheres e, até mesmo, o trabalho semiescravo e escravo (IAMAMOTO, 2010). Todas estas situações são adensadas quanto associadas ao trabalho feminino, pois a categoria profissional de assistentes sociais é essencialmente feminina, embora não exclusivamente, fato que Seligmann-Silva (2012) e Hirata (2002) colocam como trabalho desqualificado.

O trabalho desqualificado é assim denominado, não pela ausência de qualidade ou credibilidade, mas por ser realizado por segmentos da sociedade historicamente subalternizados e submissos, tais como as mulheres. O trabalho feminino na sociedade brasileira sempre foi e vem sendo discriminado, superexplorado, repressivo, humilhado e desrespeitado, tendo tal situação se intensificado com o processo de precarização.

O que se pretendeu evidenciar é que o exercício e atuação profissional do assistente social têm como parte constitutiva características históricas que marcam o significado social da profissão na sociedade brasileira e que estas acompanham o debate e reflexão sobre as condições e relações de trabalho. A compreensão desses antagonismos e contradições é o requisito fundamental para o não adoecimento do profissional, Pois os espaços ocupacionais apresentam características distintas adequadas a um perfil sociocultural de profissional, que são inscritas nas diferentes formas de organização, descrição e condições de trabalho, e que a desqualificação do trabalho na divisão sexual do trabalho, um atributo redesenhado para a nova sociabilidade da classe trabalhadora em curso. Nada mais é que uma desqualificação fabricada, fundamentada no interesse da racionalização e diminuição dos custos de produção.

Por fim, considera-se que, no debate das condições e relações de trabalho, o assistente social deve estar atento aos impactos e repercussões do mundo do trabalho no seu cotidiano, não apreendendo tal apenas como mais um bordão ou jargão da profissão, mas como condição e componente fundamental para compreensão do Serviço Social no processo de reprodução social das relações capitalistas contemporâneas.

4.3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM TEMPOS DE ACUMULAÇÃO FLEXÍVEL, PRECARIZAÇÃO E REIFICAÇÃO.

A intervenção, ação ou prática profissional do assistente social tem requerido destaque desde a segunda metade dos anos 1990, conjuntura que assinala a maturidade intelectual do Serviço Social. É um instigante debate no interior da categoria devido ao descompasso entre as produções teóricas e o fazer profissional, ou seja, não se identificam aportes teóricos significativos sobre a atuação do assistente social, assim como não se evidencia uma incorporação simultânea das reflexões produzidas pelos profissionais executores terminais de políticas sociais o que reitera uma dicotomia de vanguarda do tema em questão.

Essa tem sido uma discussão que vem reclamando ênfase e destaque por se tratar da competência pela qual se materializa a especialidade da profissão, e que confere legitimidade ao Serviço Social, enquanto uma profissão que intervém no social, conjuntamente com as demais profissões.

Observa-se que o *imbróglío* da profissão tem sido justamente expressar clara e precisamente o que o assistente social faz para quem faz e como faz, de forma objetiva e distanciada das erudições teoricistas que, na maioria das vezes, não retratam com objetividade as ações operacionalizadas nos espaços sócio-ocupacionais.

Com este propósito, buscar-se-á caracterizar a intervenção profissional, tendo como ponto de partida as análises produzidas a partir de dados coletados em Projetos de Pesquisas²² distintos, que apresentam como objeto comum o exercício profissional. A investigação busca dar continuidade aos estudos iniciados em 2002, momento de filiação da autora ao Núcleo de Pesquisa Estado, Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social (NESPSS), ligado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, e procura conjugar dados e projetos de pesquisas de núcleos de estudos distintos e propostas investigativas de diferentes universidades, que têm, nas suas linhas de pesquisa, objetos

²² Projeto Fronteira Mercosul: Um estudo sobre o direito à saúde integra a linha de estudos que vem sendo desenvolvida pelo grupo de Pesquisa Estado Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social, cadastrado junto ao CNPq desde março de 1996. A segunda proposta investigativa cujo parte dos dados coletados serão utilizados na formulação desta tese, buscou avaliar a implementação e identificar as alterações ético-políticas e institucionais decorrentes da implantação de dois dispositivos governamentais incidentes sobre a proteção sanitária em regiões fronteiriças - o Programa Sistema Integrado de Saúde nas Fronteiras - SIS Fronteiras e o Pacto pela Saúde que foi iniciado em 2009 e finalizado em dezembro 2011. Esse projeto foi desenvolvido junto aos sistemas locais de saúde das cidades gêmeas na linha de fronteira entre Brasil e Argentina, Paraguai e Uruguai, área geográfica designada pelo Ministério da Integração Regional como Fronteira Arco Sul (2005). Será utilizado ainda dados e informações do Centro Colaborador em Saúde do Trabalhador no âmbito do Mercosul - COLSAT- Mercosul criado em 2007, por iniciativa do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. O COLSAT foi constituído embasado pelos elementos de conceituação técnica internacional da Agência Brasileira de Cooperação do Ministério das Relações Exteriores do Governo do Brasil (ABC/MRE).

comuns como o exercício profissional, o cenário da fronteira, saúde e trabalho. Trata-se, portanto, de uma tímida proposta que pretende estabelecer uma interlocução entre o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST), da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, e o NEPSS.

Parte-se inicialmente da compreensão que a intervenção profissional é a ação real efetuada junto ao usuário, na coordenação, elaboração, formulação, planejamento e prestação de serviços sócio-assistenciais, com o propósito de resguardar, assegurar ou viabilizar os direitos sociais, incluso o direito à saúde, reivindicado pelos sujeitos individuais e coletivos. É uma ação que condensa a singularidade, a particularidade e a totalidade, que se expressa no modo como o assistente social apreende a dinâmica da vida social relatada pelos sujeitos, e estabelece as devidas interlocuções com o conjunto da sociedade e as metodologias e instrumentos de ação.

A intervenção profissional é constituída por diversos elementos: planejamento, coordenação, formulação, execução e registros, fatores que a elevaram da condição de meramente executora de políticas sociais para um nível maior de complexidade que envolve o pensar, o apreender e o intervir, ainda que essa dimensão nem sempre seja evidenciada na materialização da ação e levada em conta devido à emergência e imediaticidade das solicitações demandadas pelos sujeitos. Essas alterações no plano prático-interventivo buscam ultrapassar a clássica separação entre trabalho manual e trabalho intelectual e as recompõem num patamar de superação da dicotomia teoria e prática.

Tem-se, a partir de então, a apreensão de que a intervenção do assistente social não pode ser entendida como mera realização de procedimentos numa relação direta com o usuário e instituição, mas deve ser compreendida como o ato pelo qual se efetiva o atendimento através da utilização de estratégias, instrumentos e competências que incorporem uma direção social orientada em favor da defesa intransigente dos direitos humanos e da universalidade, da equidade e da justiça social, dotadas de competência teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativo.

Como parte de um trabalho coletivo, a atuação do assistente social tem efeito e ganha visibilidade e legitimidade no cenário da vida social através da prestação de serviços sociais, por meio dos quais atende às necessidades sociais dos usuários das políticas, programas e projetos sócio-assistenciais. Estas ações são operacionalizadas por meio de práticas sócio-educativas, com orientações político-ideológicas que indicam um caminho ético e político, interferindo na reprodução das condições de vida de grandes segmentos populacionais (IAMAMOTO, 2006, p.21).

As intervenções devem ser delineada a partir dos espaços sócio-institucionais, considerando que os locais de trabalho dos assistentes sociais se posicionam e organizam na sociedade nos marcos das relações sociais contraditórias do modo de produção capitalista, associadas às particularidades e singularidades de cada área ou região de atuação, exigindo um posicionamento político.

É necessário considerar, no âmbito da atuação, que as transformações econômicas, políticas e financeiras ocorridas em tempos de acumulação flexível têm afetado significativamente o mundo do trabalho, recompondo-o a partir da subproletarização, manipulação da subjetividade, da instituição do medo da perda do emprego e da sedução²³ dos trabalhadores como mecanismo de manutenção da sociabilidade capitalista contemporânea.

Essas características da ação profissional se intensificam quando pensadas num contexto de ajustes ditados pelas orientações neoliberais, em que o assistente social é solicitado a implementar, coordenar e viabilizar direitos sociais e, no entanto, se vê limitado na sua ação por não dispor dos meios e condições para efetivá-los, diante do quadro de encolhimento e escassez das políticas e programas sociais públicos. Neste cenário, a intervenção é marcada pelo cerceamento constante do direitos sociais justificado pela falta de recursos para custeio de ações e serviços, sustentado pela crítica neoliberal de que os serviços públicos, organizados à base dos princípios da universalidade e da gratuidade, superdimensionam o gasto público estatal. (IAMAMOTO, 2006).

A exposição anterior evidencia os dilemas circunscritos na intervenção do assistente social que são mascarados e apresentados em meio às políticas sociais, na maioria das vezes, sob a forma de critérios de elegibilidade, para focalizar as ações e serviços sociais públicos apenas nos segmentos populacionais mais empobrecidos, presenciando-se uma valorização do individual em detrimento do coletivo. A situação em tela reivindica no âmbito do trabalho do assistente social, o rigoroso trato teórico e metodológico capaz de decifrar, em meio à realidade social, política, cultural, econômica e financeira, que, no marco do capitalismo flexível, os critérios seletivos e discriminatórios são tomados como os mecanismos para concessão ou não de direitos, não se levando em conta as garantias universais com forte tendência à minimização dos programas sociais e pulverização das expressões da questão social, atribuindo-se aos sujeitos a culpa pelas dificuldades vividas.

²³ De acordo com SELIGMANN-SILVA (2012) a sedução e o medo tem sido utilizado no mundo do trabalho como instrumentos de adequação e desestabilização dos empregos estáveis como forma de forçar o trabalhador a aceitar desenvolver suas atividades laborativas em condições e relações trabalhistas aviltantes em nome da acumulação de capital.

Os dilemas apresentados inscrevem-se num quadro em que a globalização expressa novas formas e processos de sociabilidade envolvendo nações, nacionalidades, regimes políticos, projetos nacionais, indivíduos, grupos, classes sociais, economias, culturas e civilizações, reordenadas de acordo com as necessidades de expansão do capital. Nesses novos rearranjos, a “questão social” é tratada como caso de polícia e de assistência numa perspectiva de favor, e não de direito.

Neste sentido, os embates mundiais e nacionais entre projetos societários antagônicos colocam no plano da intervenção profissional do assistente social dilemas éticos e políticos por serem fundados em valores contrários àqueles que sustentam as ações profissionais, nos quais serviços sociais sejam de fato direitos sociais, descentralizados, universais, integrais, gratuitos, de qualidade e desburocratizados.

A realidade contemporânea tem exigido que as ações dos assistentes sociais sejam pensadas com respeito às etnias, num marco de interculturalidade e diversidades culturais e regionais, buscando, portanto, qualificar e configurar a universalidade pela integralidade no sentido de garantir, como universais, respostas integrais às necessidades sociais de cada um.

Esses novos tempos desafiam ainda a compreensão e debate dos assistentes sociais sobre as novas requisições das políticas sociais para adequá-las às necessidades do capital, requerendo atenção às concepções e tendências de apreensão da realidade social enquanto espaço de interação de diferentes sujeitos sociais, cada um com suas necessidades e suas demandas, reconhecendo as simetrias e assimetrias do cenário local para vinculá-lo ao cenário macrossocial, no qual as questões econômicas, políticas, sociais e culturais se expressam e influenciam a vida social.

As novas formas de ser do mundo do trabalho buscam minimizar e limitar a capacidade do pensar do trabalhador, que é denunciada no âmbito da atuação das políticas sociais pela reduzida articulação do contexto sócio-histórico de redução dos direitos, no qual o desemprego, o subemprego e o empobrecimento geral da população, as vis soluções democráticas que aportam uma cidadania de segunda classe com vistas a mascarar os conflitos existentes e minar as possibilidades de luta.

Como parte de um trabalho coletivo, a atuação do assistente social nas expressões da questão social reivindica a vinculação com outras instituições e movimentos que projetem, como metas, proposições e estratégias articuladas aos valores e prescrições jurídico-normativas, inscritas no projeto ético político da profissão e que, nesse terreno de reconhecimento de outros sujeitos políticos, a bandeira de luta seja a defesa de políticas sociais universais, equânimes e integrais, enquanto princípios norteadores e orientadores da

construção de novas práticas e ações no campo social. Nessa direção, as políticas e programas sociais deverão ser coordenados, formulados e operacionalizados a partir dos processos sociais locais, vivenciados no cotidiano dos espaços ocupacionais, e das demandas sociais com suas formas peculiares de nascer, viver, reproduzir a existência social e morrer. Deve evidenciar os estilos de vida, os meios e estratégias de sobrevivência a partir dos quais se compreende os modos de ser dos destinatários dos serviços.

A atuação do assistente social deve pautar-se na criação e fortalecimento das instâncias reguladoras e fomentadoras de novas ações e serviços sociais, pensadas no contexto em que emergem, articuladas a medidas que melhorem as condições de vida e de trabalho da população assegurando também, o acesso aos serviços públicos que sejam necessários. Para isso ocorrer é necessário que o profissional de serviço social evoque, no plano técnico—operativo, o resgate da cidadania como um fundamento central da ação, enquanto um instrumento que confere aos sujeitos, nas suas expressões individual e coletiva as possibilidades de exercerem seus direitos através de práticas que resguardem a titularidade do direito a essas pessoas.

Pensar e propor intervenções dessa natureza reflete uma postura profissional que indica as possibilidades de sensibilização de uma luta política dos sujeitos sociais em torno da construção de novas práticas sociais, as quais denunciem a negação dos direitos sociais ou a sua racionalização, e que os defendam como um direito de cidadania. A sustentação de uma nova cultura do fazer profissional exige a ampliação do seu potencial de negociação, de proposição, de criatividade, de conhecedor da realidade institucional, articulada ao quadro das contradições resultante dos projetos societários em disputa.

Nesse cenário, a mediação se coloca como instrumento indispensável para atuação do assistente social no conjunto de práticas sociais que buscam superar os obstáculos interpostos na implementação das conquistas sociais asseguradas na Constituição de 1988. Imputa a necessidade como afirma Pinheiro *et al* (2005, p. 19)

“Exercitar ao máximo a sua criatividade e combinar forças técnicas, políticas e administrativas existentes à realidade de cada local com os aspectos da necessidade tal como expressada pelos usuários, reconhecendo-os como sujeitos políticos dotados de intencionalidades, de teleologia, representações e subjetividade, capazes de transformar ou ultrapassar as realidades presentes por meio da inserção destes na luta jurídica e política no resguardo de seus direitos”. (PINHEIRO, et al, 2005, p. 19)

A construção de uma prática efetivamente social impõe, ao assistente social, a criação de estratégias para resistir e ultrapassar os desafios, e inscrever-se nas lutas e mobilizações

contra os projetos societários fundados em valores contrários àqueles defendidos pela categoria. Requer um profissional com um perfil que saiba dialogar, negociar, mediar, argumentar, antecipar, propor e apresentar saídas para os problemas e desafios.

Recoloca-se aqui a premissa de que o aprimoramento intelectual é condição fundante e fundamental no planejamento e formulação de atuações que resguardem direitos, pois exige um aprender a reaprender a analisar o significado social da intervenção profissional nos limites da democracia burguesa, que interferem significativamente no cotidiano, naturalizando os conflitos e contradições (IAMAMOTO, 1999), pois a constituição da intervenção do assistente social reclama clareza na apreensão das particularidades da expressão da questão social e como estas interferem na vida dos sujeitos, nas suas formas de organização e luta, no quadro das tensões entre a defesa dos direitos e a mercantilização dos bens e serviços públicos.

O desafio profissional paira sobre o pensar, planejar e efetivar intervenções qualificadas numa forma de sociabilidade que insistentemente tem buscado privar o homem, enquanto ser humano genérico das suas qualidades pessoais, mentais e cognitivas, reificando-a, transformando a sua força de trabalho em mercadoria, alijando-a da sua concepção racional. Como essas questões são encaminhadas pelo assistente social frente às condições e relações de trabalho postas no século XXI no campo social com destaque para a saúde.

A precarização que assolou e assola a oferta de ações, serviços e contratação da força de trabalho para o SUS, nas duas últimas décadas do século XX e a primeira do novo milênio, vem impondo desafios à intervenção dos assistentes sociais no âmbito da saúde. Verifica-se que categorias pertencentes ao mundo da produção, identificadas e estudadas por Marx no século XIX, como a reificação, capturada pelo autor no processo da expropriação da mais valia do trabalhador, tem se reconfigurado no cenário contemporâneo sendo encontrada na relação de venda da força de trabalho em saúde, sob o discurso da qualificação da polivalencia em que os trabalhadores desta área, na maioria das vezes, são recrutados pelas suas habilidades técnicas e, não pela sua capacidade de pensar, planejar, conceber e intervir no processo saúde doença.

Tem-se verificado, na era pós-fordistas uma sólida intensificação das formas de organização do trabalho em que a dissociação entre mente e corpo é parte constitutiva, eliminando a capacidade humana, substituído o pensar, projetar, e fazer apenas pelo executar como evidencia (SENNET, 2009. p.57).

Ao impor processo de capacitação ao homem trabalhador como aferidores do trabalhador para que permaneçam ajustados ou calibrados como se fossem equipamentos, máquinas instrumentos ou ferramentas para a produção, anulam a racionalidade e a formação humana.” é este o ponto crítico, no problema da capacitação: a cabeça e a mão não são separadas apenas intelectualmente, mas também socialmente. (SENNET, 2009. p.57).

Observa-se que o mundo do trabalho e o mercado de trabalho em saúde reorganizam os meios de produção de forma a destituir o sentido racional do trabalho enquanto atividade humana, por meio da adoção do discurso da flexibilidade, que ganha, segundo Bauman (1999) a concepção de princípio universal de sanidade econômica do mercado de trabalho. O mercado de trabalho e alguns setores produtivos aparecem aqui como rígidos e burocratizados, e que para crescer e desenvolver economicamente é necessário flexibilizar, significando dizer tudo aquilo que impede novas formas de acumulação de capital deve ser recomposto independente dos danos causados ao trabalhador.

As reformas de Estado, a desregulamentação dos direitos trabalhistas e a terceirização, entre outros, entram em cena aqui como os mecanismos de flexibilização necessários à acumulação flexível, sem pensar nos danos causados ao trabalhador. É no mercado de trabalho flexibilizado que o assistente social tem sido requisitado para vender a sua força de trabalho na prestação de serviços sociais públicos e privados, muito embora apresente uma formação e proposta de atuação contrária à lógica capitalista em curso na sociedade.

Associa-se à esta situação a reflexão seguinte: sendo as políticas sociais um dos maiores agentes empregadores dos assistentes sociais e ao mesmo tempo resultado das lutas e conquistas travadas pela classe trabalhadora, assumem um caráter contraditório, podendo incorporar as demandas dos trabalhadores e impor significativas limitações, ainda que parciais à forma de acumulação capitalista. Nessa perspectiva, ao garantir direitos sociais, as políticas sociais podem contribuir para melhorar as condições de vida e trabalho das classes que vivem do seu trabalho, ainda que não possam alterar estruturalmente o capitalismo.

Assim, o trabalho do assistente social em tempos de acumulação flexível é pleno de antagonismos e contradições, pois a sua intervenção e posição no processo de reprodução das relações sociais está na contracorrente, ainda que a sua atuação ocorra no terreno de precarização das condições e deteriorização das relações trabalhistas. Mas essa situação não é garantia de que a contraposição da categoria seja infinita, pois é um processo em permanente disputa que, cotidianamente, deve ser enfrentado e superado.

O assistente social, ao planejar formular a sua ação, deve apreender as estratégias manipulatórias introduzidas via políticas sociais que confirmam a defesa do SUS para os

pobres e a refilantropização da assistência social para camadas empobrecidas que encontram-se abaixo da linha da pobreza, com intensa expansão da participação do setor privado na prestação de serviços públicos com forte indução à mercantilização desses serviços. O trabalho do assistente social no mundo da sociabilidade do flexível está voltado à defesa e resistência materializada e visualizada em muitas intervenções, de não se sujeitar, ajustar ou adequar suas ações à lógica da produção de resultados, competitividade, utilitarismo para manter-se empregado.

É fato que o trabalho do assistente social em sua maioria, ainda que em condições degradáveis, não sucumbiu ao discurso flexível, isso porque a formação profissional não foi contaminada e necessita de uma cultura política democratizante, fundada na cidadania na igualdade, na universalidade de acesso e plena efetivação dos direitos humanos fundamentais, entre eles o direito ao trabalho, sem escravizar ou ser escravizado.

4.4 O PACTO PELA GESTÃO NO SUS E SUAS REPERCUSSÕES NA SAÚDE E NO TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL

De acordo com Humberto Costa, então ministro da saúde do primeiro mandato do governo Lula, o pacto pela gestão configurou-se numa estratégia de repolitização com o intuito de adequar e solidificar o SUS que a população brasileira vinha merecidamente exigindo por meio das conferências municipais, estaduais e nacional de saúde, incluindo a participação nesse debate de vários setores da sociedade. (MS, 2005).

O pacto pela Gestão deriva de um conjunto de compromisso políticos para reorganização e afirmação do SUS, proposto pelo Ministério da Saúde do Brasil em 2006, através do nominado Pacto pela Saúde. Essa nova estratégia de gestão apresentou a possibilidade de pactuação de ações e serviços de saúde levando em consideração tanto as prioridades de saúde quanto as não prioridades, no sentido de enfrentar e corrigir as iniquidades e disparidades em saúde de um Estado para outro. Nesse sentido, o Pacto pela Saúde é composto por três ordens de pactuação, o Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

As premissas que deram origem ao pacto pela saúde foi o amplo processo de negociação entre os diferentes entes federados na tentativa de romper os problemas, políticos, técnicos, administrativo e de gestão que impossibilitavam o exercício da autonomia dos municípios na gestão do SUS. A portaria n.º 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006 consolidou

o compromisso instituindo a possibilidade de criação de novos mecanismos que permitissem a criação e ampliação de novos instrumentos que qualificassem a gestão pública e as ações e serviços de saúde.

O PACTO PELA VIDA estabelece compromissos de atingir metas sanitárias entre os gestores do SUS, com base na definição de prioridades que resultem em real impacto no nível de vida e saúde da população brasileira. O PACTO EM DEFESA DO SUS estabelece compromissos políticos envolvendo o Estado, ou seja, o governo e a sociedade civil, a fim de consolidar a efetivação do processo da Reforma Sanitária Brasileira, nos moldes em que foi inscrito na Constituição Federal. O PACTO DE GESTÃO define as responsabilidades sanitárias de cada gestor municipal, estadual e federal para a gestão do SUS, nos aspectos da gestão do trabalho, educação na saúde, descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação das ações e serviços, monitoramento e avaliação, auditoria e participação e controle social (BRASIL, 2006).

O pacto pela saúde adotou, como metas sanitárias, três conjuntos de responsabilidades que foram assim estruturados: no primeiro conjunto compromete-se com as questões voltadas ao controle de doenças e melhoria a produção de cuidados destinados a segmentos populacionais de grupos específicos que exigem tratamento diferenciado e o cumprimento da equidade; o segundo está direcionado ao campo da gestão, serviços administrativos e de regulação buscando superar a fragmentação no financiamento e custeio das ações e serviços de saúde; Já a terceiro conjunto volta-se para a mobilização da sociedade em defesa do SUS frente à ofensiva do capital através da mercantilização da saúde e os exageros tecnológicos provocados pelo complexo medico industrial.

Configuram-se os pactos um compromisso de mudanças e profundas alterações no âmbito do SUS, cujo de maior impacto e contradição será o campo da gestão que, de um lado, buscará a superação da fratura e engessamento que impedem a qualificação e ampliação da oferta de serviços e, de outro, impõe limitações e retrocessos no campo da força de trabalho em saúde.

No âmbito do SUS, a gestão é apreendida como um conjunto de atividades, responsabilidades e procedimentos para dirigir o sistema de saúde, sendo composto pelo processo de planejamento, formulação e implantação de ações, programas e políticas de saúde. Brasil (2006). Pressupõe-se, a partir do exposto, que o pacto pela gestão vem no sentido de redefinir e readequar o planejamento, a organização o financiamento e, até mesmo, a execução de serviços, de forma a atender às necessidades de saúde da população, de forma equitativa, com a prerrogativa de atender às especificidades locais e regionais.

A gestão do SUS deve ser estratégica e participativa. Estratégica, porque deve ser capaz de adotar mecanismos permanentes de regulação, controle, acompanhamento, monitoramento e avaliação, garantindo fiscalização e auditoria. Participativa, porque requer decisões compartilhadas entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS. O controle social realizado por meio dos conselhos tem relevante papel na gestão participativa do SUS. As ouvidorias têm o papel de retratar permanentemente para os gestores e gerentes dos serviços a situação do atendimento que está sendo oferecido. (BRASIL, 2006)

Os instrumentos que deveriam ser qualificados para melhorar o campo da gestão são aqueles que encampam os princípios organizativos do SUS, sendo eles a descentralização e a regionalização, porém sem perder de vista os princípios doutrinários e a participação da comunidade no exercício do controle social. O que se propõe através do pacto é uma nova forma de gestão voltada para o compartilhamento de responsabilidades e solidária entre os entes federados, favorecendo uma ampla autonomia dos municípios através da simplificação e abertura do financiamento, imputando, pela primeira vez na história da política de saúde, um tratamento diferenciado para a gestão.

São consideradas diretrizes do pacto pela gestão a descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada e integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho e da educação na saúde.

A proposta instituída através do pacto pela gestão busca qualificar e reorientar dois dos princípios organizativos que permitam ampliar as possibilidades dos municípios assumirem e executarem metas sanitárias de longo alcance, a curto e médio prazo. São esses princípios a descentralização que, desde a criação do SUS, vem sofrendo distorções quanto a seu sentido, papel e intenção no interior do sistema; e a regionalização instrumento até então pouco utilizado no âmbito da política de saúde devido a ausência de implementação do artigo 35 da LOS nº 8.080/90 que, entre outras coisas, deverá permitir a inclusão na composição e financiamento do sistema de saúde em âmbito local e regional, o perfil demográfico e epidemiológico da região, as características quantitativas e qualitativas da rede de saúde da região, introduzindo o ressarcimento de procedimentos prestados por outras esferas de governo, confirmando a construção de sistema de saúde que privilegie e contemple as características dos processos sociais que influenciam as formas de adoecer, morrer ou estar saudável das populações em nível local.

Há que considerar que o grande desafio do pacto pela gestão é o de reordenar o sistema de saúde em nível local às demandas e necessidades de saúde da população através da criação das regiões de saúde, sem onerar os municípios que têm sofrido drasticamente com a

descentralização de ações e serviços não acompanhados dos devidos recursos financeiros para custeio; e implantar uma regionalização que destoe daquilo que vem sendo implementado atualmente em que as necessidades e prioridades locais de saúde nem sempre são privilegiadas, e outras tantas vezes o princípio é utilizado e implantado na sua dimensão de educação permanente, o que parece estar longe de constituir-se em uma região sanitária.

As regiões de saúde são criadas para garantir a integralidade da atenção à saúde, garantindo ao cidadão uma rede de proteção e cuidado, na atenção básica, nos ambulatórios, nos hospitais e demais ações e serviços de saúde. O Pacto de Gestão assume o desafio de avançar na regionalização e descentralização do SUS, com base em seus princípios, mas operando-os de forma a respeitar as especificidades regionais, fortalecendo a solidariedade e cooperação entre os municípios e entre gestores, apoiando e qualificando a participação popular (BRASIL, 2006).

Outro componente significativo do pacto pela gestão é a proposição de uma nova política de cofinanciamento que procura readequar o anterior previsto na Norma Operacional de Assistência a Saúde (NOAS), e passa a contar somente com 5 blocos de financiamento, aportando de fato ao município a prerrogativa de definir as prioridades a partir de suas necessidades de saúde locais. Os blocos de financiamento para o custeio são as ações e serviços ficaram assim organizados: Atenção Básica, Atenção de Média e Alta Complexidade, Vigilância em Saúde, Assistência Farmacêutica, Gestão do SUS.

O financiamento para a gestão destina-se ao custeio de ações específicas relacionadas com a organização dos serviços de saúde, à facilitação do acesso da população e à aplicação dos recursos financeiros do SUS, apoiando iniciativas de fortalecimento da gestão, sendo composto pelos seguintes sub-blocos: a) Regulação, controle, monitoramento, avaliação e auditoria, b) Planejamento e orçamento, (no segundo sub-bloco) Programação, a) Regionalização, b) Participação c) Controle Social, d) Gestão do Trabalho, e) Educação em Saúde, f) Incentivo à Implementação de Políticas Específicas, g) Planejamento no SUS. (BRASIL, 2006)

A reordenação desses mecanismos foi a forma encontrada pelo Ministério da Saúde para inovar e repolitizar a gestão do e no SUS, de maneira a favorecer a participação de todos os segmentos da sociedade nos processos de pactuação, considerando os fatores determinantes e condicionantes do processo saúde doença que estão relacionada à formação social de cada região e seus nexos com as estruturas social, econômica, política entre outros no âmbito local regional, nacional e internacional para os casos de municípios de linha de fronteira.

As medidas pensadas e adotadas que passaram a fazer parte do sistema de saúde a partir do pacto de 2006 têm, como grande mola propulsora e inovadora, a regionalização, pois a implantação sistemática desse princípio organizativo permitirá aos gestores definirem suas prioridades de saúde de acordo com as características locais e regionais e constituir as regiões de saúde. Lembrando que essas mudanças dependerão não somente da capacidade de gestão de cada município, mas fundamentalmente da postura ético-política do gestor em compreender as novas concepções e tendências que figuram na política de saúde a partir de então.

Embora o pacto pela gestão introduza novas diretrizes que poderiam inovar o SUS, verifica-se a manutenção de uma estrutura rígida e etapista adequada aos preceitos da reforma de Estado; Identifica-se nas pactuações o engessamento do processo de financiamento que deveria assumir uma tendência desburocratizante do sistema para facilitar a ampliação da rede de ações e serviços e, conseqüentemente, o acesso da população. Vislumbra-se uma gestão formulada dentro de preceito rígido referenciado em uma lógica de otimização de regulação cuidadosa e amplamente monitorada.

Encontra-se ainda, como diretriz do pacto de gestão, o eixo denominado de Gestão do Trabalho que tem a prerrogativa de tratar das necessidades exigidas para a estruturação das carreiras na saúde, que devem respeitar as especificidades da atuação do trabalho em saúde, considerando a necessidade de qualificação dos gestores e técnicos a partir de uma perspectiva de educação permanente.

O eixo gestão do trabalho talvez seja o nó mais emblemático e problemático da diretriz do pacto pela gestão, pois os indicativos designados para o trabalho colocam em pauta os mecanismos para consolidar, no âmbito do SUS, os ajustes e parâmetros recomendados ainda na década de 90, pelo Consenso de Washington para as políticas sociais na América Latina, que subsidiaram as reformas do setor saúde na contrarreforma do Estado. A redução da gestão do trabalho a breves itens no pacto retirou de foco o debate e institucionalização da Política Nacional para a Gestão do Trabalho e Educação Permanente no SUS, que foram consubstanciadas nos princípios e diretrizes para a Gestão do Trabalho no SUS (NOB/RH-SUS) 2005.

A proposta formulada em 2005 para a gestão do trabalho no SUS se coloca como uma orientação política nova centrada na contraposição a precarização das condições e relações de trabalho que afetam a saúde dos trabalhadores de saúde, ainda que evidencie somente a preocupação com o adoecimento do trabalhador e não com o ambiente de trabalho.

Gestão do Trabalho no SUS: para efeitos desta NOB, considera-se Gestão do Trabalho no SUS a gestão e a gerência de toda e qualquer relação de trabalho necessária ao funcionamento do Sistema, desde a prestação dos cuidados diretos à saúde dos seus usuários até as atividades meio necessárias ao seu desenvolvimento. Inclui as ações de gestão/administração em geral do trabalho; de desenvolvimento do trabalhador para o SUS; de saúde ocupacional para o trabalhador do SUS; de controle social da Gestão do Trabalho no SUS, dentre outras. (BRASIL, 2005).

Muito embora os trabalhadores de saúde se constituam o instrumento fundamental na organicidade do SUS, na nova proposição de gestão do trabalho não são tratados ou reconhecidos como devem no processo de produção de cuidados em saúde; evidencia-se o crescente desmerecimento do humano e a exaltação do uso da tecnologia como o grande responsável pela recobra da saúde. O quadro apresentado demonstra que as reformas realizadas na saúde têm levado a um violento e descabido processo de desregulamentação trabalhista que tem deteriorado as condições de trabalho, instaurando um movimento de desestímulo profissional, de jornadas duplas e triplas de trabalho, com salários vis e a transgressão de normas e também a imposição de autoritarismo para obter a submissão.

São sob essas condições que os Assistentes Sociais, conjuntamente com outros trabalhadores, vêm sendo requisitados para vincular-se ao campo da saúde e, concomitantemente, sofrendo as mesmas inflexões originárias das formas de ser do trabalho na era pós-fordista. Os Assistentes Sociais não muito diferentes das demais categorias profissionais, pois defrontam-se com condições e relações de trabalho indignas para os trabalhadores do setor saúde como relatada na II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a saúde, ocorrida em Brasília no ano de 2003.

A II Conferência Nacional de Recursos Humanos afirma que: "... as oportunidades de capacitação são escassas. Os salários são aviltantes. Os trabalhadores convivem no mesmo local de trabalho e com as mesmas funções, com salários profundamente desiguais. Não existe, na maioria das instituições, um plano de carreira, cargos e salários compatível com as responsabilidades, riscos e encargos inerentes ao processo de trabalho da área de saúde. Esta situação conduz a uma enorme e explicável desmotivação dos profissionais de saúde e ao descompromisso ético e social com os usuários e com o serviço público. Os trabalhadores querem assumir o seu papel de protagonista na transformação do setor". (BRASIL, 2005, p.49).

Observa-se que, embora o pacto pela gestão tenha buscado refuncionalizar e repolitizar o SUS, essas alterações ocorreram num sentido inverso daquela pleiteada pelos trabalhadores de saúde, incluso os assistentes sociais. Sob o manto da luta pela desprecarização dos processos de trabalho no setor, o pacto tratou de adequar o sistema de saúde às reformas necessárias e a serviço do capital, introduzindo o gerencialismo empresarial como mecanismo capaz de quebrar a rigidez e burocracia na prestação serviços

públicos, praticando sem precedentes o uso de dispositivos inconstitucionais na gestão do trabalho.

A perversidade das relações e condições de trabalho, que vêm gradativamente tomando conta do setor saúde, incidem sobre os espaços de trabalho dos assistentes sociais de forma intensa e profunda, considerando que as mudanças no mundo do trabalho impõem uma nova dinâmica na vida social, metamorfoseando as expressões da questão que tensionam a vida dos sujeitos que buscam os serviços desse profissional na saúde.

Nesse cenário, é possível encontrar assistentes sociais que desenvolvem atividades em um mesmo nível de complexidade da saúde com vínculos, remuneração, jornadas de trabalho, contratos trabalhistas e demandas diferenciadas devido à utilização de dispositivos constitucionais que permitem o uso da flexibilização como mecanismos de garantia da eficiência das empresas que têm na terceirização, no trabalho cooperado e nas fundações a sua materialidade. Essa multiplicidade de fatores que diferencia as formas de vinculação do assistente social a um mesmo setor ou unidade produtiva, tem levado a categoria a uma fragilização da capacidade de aglutinação e luta por direitos, pois os profissionais que prescindem de condições e relações de trabalho com qualidade se furta ao engajamento na mobilização e movimento contra a precarização, por uma questão de sobrevivência.

É no bojo do quadro apresentado que os Assistentes Sociais vêm adoecendo, pela intensa e profunda exploração, precariedade e hipersolicitação da sua força de trabalho decorrentes do aumento da produtividade do trabalho, sem o acréscimo do número de oferta de emprego, situação que acompanha as concepções e tendências da mercantilização da força de trabalho especializada dos profissionais de serviço social na sociedade contemporânea. Esse movimento, por vezes, não é apreendido na cotidianidade do exercício profissional pelas condições inerentes do trabalho alienado que coloca a categoria em uma relação de exterioridade e não de pertencimento à classe trabalhadora.

No século XXI, esse movimento é visceralmente intensificado se comparado ao século anterior, não exclusivamente para a categoria de assistentes sociais, mas para toda classe trabalhadora, devido à nova órbita assumida pela sociabilidade capitalista que em nome da necessidade de recomposição dos índices de acumulação, tudo aquilo que impede a expansão do capital deve se tornar, flexível, instável, adaptável e polivalente.

O Serviço Social regulamentado como profissão liberal dispõe de certa autonomia e, como trabalhador de saúde, faz parte de um trabalho coletivo de formulação, coordenação, operacionalização, implantação e execução de projetos, ações e serviços de saúde destinados à população em ambientes adversos compostos por trabalhadores com múltiplas variações de

vínculos, modalidades de convênios e contratações, sob a alegação do interesse e excepcionalidade do interesse e necessidades do setor público, sendo esse um dos fatores que impactam na sua saúde e conseqüentemente nas respostas profissionais.

A relativa autonomia da qual o profissional dispõe no exercício de suas atividades é tensionada pelo perverso mercado de trabalho pós-fordista que requisita do assistente social sua força de trabalho especializada sob certas condições e relações de trabalho para responder à frações da questão social, as quais são de interesse dos agentes empregadores. Nesse cenário os efeitos deletérios, tanto da condição de trabalhador assalariado do assistente social, que permite a interferência e regulação do agente empregador no exercício de suas atividades, quanto os mecanismos de organização do trabalho na era pós-fordista, tais como o medo da perda do emprego, leva à submissão do trabalhador e a condição de exploração influenciando no adoecimento e respostas dos assistentes sociais.

Verifica-se que os mecanismos de gestão e organização do trabalho, adotados a partir da denominada era pós-fordista em tempos de acumulação flexível, não são enfrentados e tratados na proposta de gestão e desprecarização do trabalho no SUS. Observa-se a persistência da instabilidade dos instáveis e a institucionalização da permanente insegurança entre o emprego e o desemprego, fatores proeminentes da precarização que também afeta o SUS.

Embora a política nacional de gestão do trabalho no SUS seja garantida constitucionalmente no inciso III do artigo 200 da Constituição Federal de 1988, para aperfeiçoamento e melhoria das condições de trabalho dos servidores, estas não se reverteram em qualidade das relações de trabalho, haja vista as distorções vivenciadas na sua implantação a partir da adoção de instrumentos que desoneram a arrecadação fiscal e o orçamento financeiro, a exemplo das terceirizações.

Assim como os demais trabalhadores de saúde, os assistentes sociais não têm protagonizado, no âmbito da saúde, ações e serviços de contraposição ao modelo de gestão imposto a partir da reforma de estado, muito embora a profissão tenha uma fecunda leitura do movimento de desregulamentação das políticas sociais face aos ajustes e orientações neoliberais, pois a intensificação do ritmo de trabalho gerado pelo aumento dos demandatários das políticas públicas e a expansão das jornadas e turnos de trabalho, com do encolhimento dos salários e contratos trabalhistas precários, tem subtraído dos trabalhadores de saúde a capacidade de reflexão sobre os processos de trabalho em que se inscrevem e de vinculação desses processos ao movimento macrossocietário, face à fadiga e ao estresse, entre outros.

No processo de reprodução social no âmbito da saúde, significa dizer que o aumento do ritmo, produtividade e intensidade do trabalho dos assistentes sociais face a crescente expansão das políticas, programas e benefícios sociais têm sido absorvidos e roubados a subjetividade mergulhando os profissionais no processo aviltante de alienação próprio da orbita da sociabilidade capitalista contemporânea. É nesse processo contraditório vivido na cotidianidade do exercício profissional que as múltiplas e complexas determinações do mundo do trabalho podem se evidenciar a partir da ampliação da produtividade sem, no entanto, contratar novos trabalhadores, o que intensifica o processo de adoecimento.

Esse processo de alienação dos assistentes sociais ocorre em detrimento do sofrimento humano no processo saúde x doença, e da imprevisibilidade da atenção integral que coloca o usuário numa situação de suscetibilidade que deve ser atendido na sua necessidade, uma vez que a vida e a saúde são produtos inalienáveis.

Relegada a esfera da negociação, a definição de recursos específicos para qualificar a gestão do trabalho no âmbito do SUS não foi introduzida na discussão dos pactos, fator que evidencia a longa e arrastada permanência das situações de precarização da força de trabalho no âmbito dos sistemas de saúde, com fortes impactos no adoecimento dos trabalhadores de saúde.

O debate sobre a definição orçamentária para a gestão do trabalho foi circunscrita na necessidade da instituição de pactos interfederativos, e as questões relativas à saúde do trabalhador reduziram-se à dimensão ocupacional deixando à mostra o retrocesso da proposição voltada à saúde dos trabalhadores do SUS frente ao processo de precarização. O foco na saúde ocupacional dos trabalhadores de saúde restringiu-se à implantação de ações de biossegurança de acordo com as particularidades de cada serviço e o uso de equipamentos de proteção individual e coletiva, demonstrando preocupação apenas com a doença.

Mesmo havendo um movimento de requisição da instituição de protocolos de atenção integral à saúde dos trabalhadores públicos com equidade e equiparação em relação aos trabalhadores de outros setores produtivos, as ações e serviços, no campo da saúde do trabalhador, não conseguiram se afirmar no interior do SUS, pois a política adotada para o setor restringiu-se à disciplina e normatização de aspecto relativo à segurança na prestação de serviço.

A restrição e limitação das ações e serviços de atenção à saúde do trabalhador a poucas normas e disciplinas, que não enfrentam e combatem a precarização das condições e relações de trabalho, têm contribuído para o aprofundando das situações de hipersolicitação de serviços nos locais de trabalho dos assistentes sociais. O cenário em tela acresce e intensifica

a produtividade do trabalho, levando os profissionais ao desgaste mental, à fadiga, à perda da capacidade cognitiva de reflexões sobre as situações demandadas, consolidando a captura da subjetividade dos trabalhadores.

Observa-se que o pacto pela gestão não conseguiu enfrentar a lógica perversa que assola as condições e relações de trabalho dos trabalhadores de saúde, pois firmou-se com o formato de negociação consensual e instrumento interfederativo, com repasse de recursos fracionados e subfinanciados vinculados a pagamento de procedimentos de determinados programas, o que mantém a organização dos processos de trabalho em saúde numa lógica taylorista/fordista com traços flexíveis.

A forma como o pacto pela gestão foi sendo materializado na sociedade brasileira no século XXI, tem causado um exaurimento das forças e capacidade de luta dos trabalhadores de saúde, com destaque para os assistentes sociais, que vêm sofrendo um duplo e significativo impacto, pois, de um lado, a refilantropização da assistência social tem assumido uma tendência patologizante das necessidades sociais, demandando intervenções dos profissionais que atuam na saúde, e de outro, o aumento significativo da demanda não tem sido acompanhado da contratação de novos profissionais, e quando ocorre a inserção de novos trabalhadores é de forma precarizada, o que fragiliza a união e parcerias entre os profissionais

Pode-se dizer que o pacto pela gestão encontra-se engessado pelos seus próprios princípios organizativos, considerando que se tem a descentralização fundada no centralismo não acompanhada da descentralização de recursos financeiros; a participação popular com precária condição social, cultural e intelectual; ausência de transparência na gestão e a falta de dotação orçamentária legal para operacionalização da política de gestão do trabalho no SUS, fator que vem colocando o debate dos direitos trabalhistas em termos de negociação consensual entre o agente público e o trabalhador, contribuindo definitivamente para legitimidade das formas precárias de relações e condições de trabalho no setor saúde.

5 A SAÚDE DO TRABALHADOR NA FRONTEIRA IGUAÇUENSSE: AS RESPOSTAS PROFISSIONAIS E INSTITUCIONAIS DO SERVIÇO SOCIAL NO ENFRETAMENTO DO ADOECIMENTO E ACIDENTE DE TRABALHO

A partir deste item, serão introduzidas no corpo do trabalho falas dos sujeitos pesquisados no sentido de referenciar a análise, expondo os resultados obtidos e algumas reflexões pautadas no referencial teórico anteriormente apresentado.

As falas dos sujeitos foram extraídas e reproduzidas a partir dos dados empíricos coletados²⁴ no período compreendido entre abril e outubro de 2006 e, 2007 e 2008 na pesquisa realizada pelo Colsat-Mercosul, e 2009 a 2011 Projeto SIS-Pacto e SIS-Fronteira além de um ultimo instrumento de coleta de dados aplicado pelo pesquisador no período de agosto 2011 a julho 2012. Os sujeitos que constituíram a amostra da pesquisa foram as assistentes sociais, gestores, conselheiros e, demais profissionais de saúde que exercem ou tenham vínculo com ações e serviços de saúde na fronteira de Foz do Iguaçu, município brasileiro localizado na região do extremo oeste do Estado do Paraná que faz fronteira com Paraguai, mais especificamente com a cidade de Ciudad del Este.

A análise empreendida resulta do confronto entre as categorias analíticas previamente estabelecidas com os dados empíricos coletados juntos aos oito (08) assistentes sociais, dos nove (09)²⁵ que fazem parte do quadro funcional da Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu e demais sujeitos políticos com algum vinculo com a política de saúde. A Secretaria de Saúde do referido município constitui-se em uma rede de serviços estruturada em 20 Unidades de Saúde²⁶, em algumas das quais funcionam conjuntamente o Programa Saúde da Família, 5 Núcleos de Saúde²⁷, 02 Pronto Atendimentos com funcionamento 24 horas por dia, 01 Hospital Municipal, 01 Centro de Especialidade Médicas, 01 Centro Materno Infantil

²⁴ Os dados apresentados foram coletados a partir de entrevista de grupo, discussão em grupo tipo foco e aplicação de formulário em reuniões e encontros realizados durante seis (6) quintas feiras, com os sete (8) profissionais do Serviço Social, que atendem em diferentes espaços institucionais, localizados no Município de Foz do Iguaçu em 2006 para elaboração da dissertação de mestrado do autor. Em 2012 o banco de dados foi revisitado mediante previa autorização conforme consta nos anexos, para realização da análise de dados desta Tese.

Os dados utilizados fazem parte do acervo de informações coletadas por projetos de pesquisa desenvolvidos entre 2003 a 2011, pelo Grupo de Pesquisa Estado Sociedade Civil ,Políticas Sociais e Serviço Social –NEPSS ligado ao departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina.

²⁵ - Uma das nove assistentes sociais que atuam na Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu é a autora deste trabalho, que participou do processo de coleta de dados no papel de entrevistadora e moderadora das discussões.

²⁶ As Unidades de Saúde são responsáveis pela realização de ações e serviços destinados à atenção básica.

²⁷ Os Núcleos de Saúde, além de oferecerem ações e serviços da atenção básica, dispensam ainda atendimentos e procedimentos voltados a assistência especializada.

destinado ao atendimento de gestantes brasiguaias ²⁸, 01 Centro de Reabilitação Auditiva, 01 Centro de Reabilitação Física, Motora e Social, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento, 01 Unidade de Pronto Atendimento _UPA, 01 Serviço de Atendimento Especializado, 04 Clínicas de Fisioterapia, 01 Hospital Geral, 01 Centro de Nutrição Infantil²⁹, sendo todos conveniados ao SUS.

A rede de serviços apresentada encontra-se organizada e pautada numa lógica distrital, com base territorial. Assim, o município, em termos de organização sócio-espacial na área da saúde, encontra-se dividido em cinco grandes Distritos Sanitários, onde todos comportam 05 unidades e um Núcleo de Saúde e alguns prontos atendimento como é o caso da Região Nordeste local de construção e funcionamento da UPA. O distrito Sanitário Leste também se destaca na sua estruturação por abarcar o maior contingente populacional e, por esta razão, mantém um serviço de Pronto Atendimento 24h para urgência e emergência, e um hospital dia para dependência química, além do Centro de Atenção Psico Social- CAPS. O distrito central, ou região oeste comporta, além das unidades e núcleo de saúde, todos os demais serviços incluindo o Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas- CAPSad.

Partindo-se desta lógica organizativa das ações e dos serviços no município, os assistentes sociais (que se constituíram nos sujeitos entrevistados) realizam suas atividades profissionais basicamente na assistência especializada, sendo 05 deles nos Núcleos de saúde, 01 no serviço de Atendimento Especializado e no Centro Testagem e Aconselhamento, 01 em Unidade de Saúde e 01 no Centro de Nutrição Infantil. Esses profissionais participaram sistematicamente dos processos de discussão, realizados sob a forma de encontros com uma (1) a duas (2) horas de duração, que geraram os dados que subsidiaram a análise e se colocaram a disposição e participaram da coleta de dados 2011 e 2012.

5.1 SERVIÇO SOCIAL E A ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR EM FOZ DO IGUAÇU

A saúde do trabalhador, defendida pelos sanitaristas, firma suas análises na preocupação com a determinação social do adoecimento, acidente e morte no trabalho, reconhecendo que um conjunto de relações e variáveis produzem e condicionam o estado de

²⁸ Criado no Município de Foz do Iguaçu em. Julho de 2006, com recursos provenientes da Itaipu Binacional. Este centro destina a prestar atendimento a gestantes brasileiras que residem no Paraguai, durante a gestão, podendo o atendimento ser estendido até doze (12) meses posterior o parto.

²⁹ A subvenção repassada pela Secretaria Municipal de Saúde ao Centro de Nutrição Infantil, para prestação de serviços pelo SUS, dá-se em forma de destinação de profissionais de saúde para a execução das ações e serviços.

saúde e doença de uma população, e que esses fatores podem variar nas diferentes conjunturas históricas e de desenvolvimento científico da humanidade, reiterando que tal interpretação prescinde dos fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais entre outros.

Assinala-se que, no Brasil, existem dois projetos em disputa no campo da saúde do trabalhador, um que defende os ideais da reforma sanitária como visto anteriormente, e outro que se preocupa apenas com as questões relativas à dimensão biológica, a denominada saúde ou medicina ocupacional.

É sabido que, no Brasil, a saúde do trabalhador foi garantida como uma política do SUS na Constituição Federal de 1988, sendo regulamentada pela lei 8080/90 e demais instrumentos jurídicos legais, que buscaram dar materialidade ao setor na sociedade brasileira. Já no Estado do Paraná a saúde do trabalhador surgiu na segunda metade dos anos 1990 atrelada ao Departamento Estadual de Epidemiologia por meio do Centro de Doenças não Transmissíveis, que iniciou as atividades a partir da análise da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), identificando os acidentes e doenças do trabalho.

Nos anos 90, a Secretaria de Estado de Saúde do Paraná (SESA) estruturou o serviço nominado de Coordenação de Saúde do Trabalhador. As ações e serviços prestados pelo Grupo de Coordenação em Saúde do Trabalhador e o Centro Metropolitano de Apoio à Saúde do trabalhador (CEMAST) restringiam-se a ações de capacitação técnica para os profissionais das Vigilâncias Sanitárias das Regionais de Saúde em todo o Paraná.

A coordenação em Saúde do Trabalhador em nível de estado, era formada por trabalhadores da Vigilância Sanitária e Epidemiológica, o que remetia à compreensão de que os treinamentos e capacitação focaliza-se apenas as questões de higiene e segurança no trabalho, e a identificação dos fatores de risco e agravo no adoecimento e morte no trabalho, embora esse grupo tivesse como meta organizar uma rede de serviços subsidiada por uma visão de vigilância à saúde.

Visão de Vigilância em saúde significa complementar ações; por exemplo, a vigilância epidemiológica faz a análise dos agravos à investigação epidemiológica e a Vigilância Sanitária faz a inspeção local e nos ambientes de trabalho (SESA, 2006, s/p).

A estrutura criada na SESA para desenvolver as atividades destinadas à saúde no trabalho, desde o seu início foi deficitária, pois contava apenas com seis profissionais para organizar e operacionalizar as ações e serviços em todo Paraná, demonstrando a falta de priorização do setor. Nesse início, o grupo de trabalho optou pela implantação do modelo formulado pelo Estado, implantando nos municípios do Paraná ações básicas de treinamento

nas áreas de produtos e serviços, alimentos e saúde ambiental, focalizando apenas a atenção nas demandas da vigilância sanitária, não incorporando efetivamente questões relacionadas ao adoecimento, acidente e morte no trabalho.

No ano de 1996, a SESA instituiu, em nível do Estado do Paraná, a Comissão Intersetorial de Saúde do Trabalhador (CIST), que tinha a responsabilidade, naquele momento, de formular um diagnóstico acerca dos ambientes de trabalho em todos os municípios pertencentes à federação paranaense, de forma a permitir que as características epidemiológicas se mostrassem e contribuíssem na elaboração de políticas e diretrizes de enfrentamento e prevenção dos riscos nocivos a saúde nos ambientes de trabalho.

Juntamente com o Conselho Estadual de Saúde (CES), a CIST propôs que as ações e serviços de saúde voltados à saúde do trabalhador deveriam ser incorporados a rotina dos trabalhadores de saúde no âmbito do SUS, considerando o movimento de deflagração da municipalização da saúde em andamento na sociedade brasileira nessa conjuntura.

E criado ainda no início da segunda metade da década de 1990, o Centro Metropolitano de Apoio a Saúde do Trabalhador (CEMAST), cujo objetivo era capacitar os técnicos das vigilâncias sanitárias dos municípios do Paraná em temas da área em questão, a partir do modelo definido pelo Estado. A justificação para a criação do CEMAST foi que os dados informados nas CATs eram insuficientes para referendar e definir as ações prioritárias em saúde do trabalhador; desta forma fazia-se necessário à existência de um setor ou órgão que arregimentasse informações do Instituto de Saúde do Paraná (ISEPR), Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) e CAT.

Dos 399 municípios existentes no Paraná, o CEMAST atuava apenas em 45 sendo responsável pelo acolhimento e encaminhamento das solicitações das entidades parceiras, tais como Ministério Público e sindicatos dos trabalhadores, que demandavam sua intervenção. O centro tornou-se o eixo articulador e integrador das instituições que desenvolviam atividades na área de saúde do trabalhador, devido à sua atribuição de capacitação, informação epidemiológica, diagnóstico de tratamento e reabilitação profissional, o que lhe permitia ter uma circulação e acesso a todos os municípios e instituições no interior do Estado. A centralização dos dados e informações no CEMAST, possibilitou o aglutinamento de empregados, empregadores e órgãos de saúde promovendo o conhecimento sanitário e epidemiológico das demandas em saúde do trabalhador no Estado.

Ao final da segunda metade da década de 90, foi criada a Divisão de Saúde no Trabalho no âmbito da SESA, na estrutura do Centro de Saúde Ambiental, cujo objetivo era

coordenar as ações de Saúde do Trabalhador no Estado, passando as atividades do CEMAST a serem coordenadas por esse setor. (SESA, 2001).

A SESA, no ano de 2000 celebrou convênio com a Coordenação de Saúde do Trabalhador (COSAT/MS) para captar recursos financeiros com vista a melhorar as condições materiais para operacionalizar as ações de saúde e trabalho, pois o financiamento permitiria a aquisição de equipamentos e capacitação de recursos humanos em saúde do trabalhador.(SESA, 2001).Essa ação veio ao encontro ao disposto na Portaria n.º 1679/GM-MS/19/09/02 que regulamentava a estruturação de um Sistema de Atenção à Saúde do trabalhador no SUS, que deu origem a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador (RENAST)³⁰.

Em 2002, é promulgado no Paraná o Decreto n.º. 5.711³¹ que regulamentou a organização e o funcionamento do Sistema Único de Saúde no âmbito do Estado. Nesse decreto, estavam previstas as normas para promoção, proteção e recuperação da saúde além de dispor sobre as infrações sanitárias. O decreto, entre outras coisas outorgava às empresas a responsabilidade de adequação às legislações como forma de prevenção dos riscos de acidentes e adoecimento no trabalho.

Concomitante ao evento do Paraná, no cenário brasileiro era criado o RENAST, que assumia a tenra responsabilidade de fortalecer e impulsionar a saúde do trabalhador com financiamento diferenciado e específico, numa órbita de articulação dos diferentes níveis de complexidade. O RENAST apostava, como bandeira de luta, a proposta de implantação dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST).

Os CERESTs teriam como incumbência operacionalizar ações técnico-políticas de assessorar, capacitar e mobilizar os municípios para a implantação das ações e serviços em saúde do trabalhador, incorporando os Ministérios do Trabalho, a Previdência e os polos de educação permanente, agente responsável pela formação. No mesmo ano de 2002, a SESA elaborou um plano de trabalho de saúde do trabalhador e enviou ao RENAST. Como resultado, obteve-se a habilitação de três (03) CERESTs, sendo localizados na cidade de Londrina, Cascavel e Curitiba respectivamente.

³⁰ RENAST: A política da RENAST dá atenção integral à Saúde dos Trabalhadores, articulação intra e intersetoriais, informações em saúde do trabalhador, apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas, capacitação permanente em saúde do trabalhador, participação da comunidade na gestão das ações em saúde do trabalhador. Deve orientar as Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal a instituírem e fortalecerem a Coordenação Estadual de Saúde do Trabalhador (CESAT), criando, sob a sua coordenação, o Grupo Estadual de Implantação e acompanhamento da RENAST

³¹ As normas para a organização, fiscalização e controle das ações de saúde do trabalhador estão estabelecidas no Código de Saúde do Estado do Paraná, capítulo II, seção III, artigos 34 e 35 (Lei n.º 13.331, de 23 de novembro de 2001) e Capítulo II, seção V, do artigo 100 ao 153 (Decreto n.º 5.711, de 23 de maio de 2002).

No ano de 2006, o CEMAST, por não figurar na estrutura organizacional do Estado foi extinto, surgindo assim Centro Estadual de Saúde do Trabalhador (CEST). Ao longo de 10 anos de trabalho no Estado do Paraná, o CEST e os CEREST, não conseguiram deixar a mostra sua função devido à ausência de materialização de ações e serviços concretos destinados à saúde do trabalhador, restringindo suas atividades à Vigilância Sanitária que, por sua vez, mantém a ênfase no aspecto fiscalizatório institucionalizado nos regulamentos e marcos jurídicos normativos.

Verifica-se que a saúde do trabalhador no Estado do Paraná até 2006 polarizou as suas intervenções na capacitação dos técnicos das vigilâncias sanitária e epidemiológica, para as inspeções fiscalizatórias dos ambientes de trabalho, longe de incorporar no rol de suas atividades o objeto real da saúde e trabalho, o processo saúde x doença dos grupos humanos em sua relação com o trabalho.

É sabido que o projeto de Saúde do Trabalhador, formulado e defendido pelos adeptos do projeto de reforma sanitária, referenda que as ações de vigilância deveriam pautar-se na identificação e reconhecimento dos fatores de risco dos diversos agravos à saúde, procurando conhecer as possíveis causas dos danos à saúde, ainda que esses não se circunscrevam nas marcos jurídico.

A falta de compromisso e engajamento na formulação de um projeto de saúde do trabalhador fica evidente na afirmação contida na nova Política Estadual de Saúde do trabalhador reelaborada em 2011 e disseminada no interior do Estado. “De 1998 a 2007, foram realizadas capacitações em serviço para as vigilâncias municipais” voltados para inspeções em ambientes de trabalho que expõem o trabalhador a doenças de notificação compulsória. (SESA, 2011, p. 57).

A partir do movimento de instituição do RENAST, inicia-se no âmbito do Paraná, um processo de descentralização dos CERESTs, obedecendo ao princípio de regionalização adotado pelo Estado. Inicialmente esses equipamentos públicos mantiveram-se sob a gestão das Secretarias Municipais de Saúde que, devido à impossibilidade de prover atenção considerando a abrangência macro regional em 2009, a gestão passa então a ser de responsabilidade da SESA, por deliberação da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) e Conselho Estadual de Saúde (CES).

Em 2010, o governo do Paraná inicia a movimentação de redefinição da Política Estadual de Saúde do Trabalhador e formula a Política Estadual de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador do Paraná, que foi aprovada em 15/12/2010. Essa nova proposta incorpora os

indicativos do Pacto pela Saúde de 2006, em especial Pacto pela Vida, que estabelece a saúde do trabalhador como uma das prioridades, vide Portaria nº 91/GM-MS/10/01/07.

Apesar de todos os esforços da SESA ao longo dos quase 20 anos de trabalho técnico, a saúde do trabalhador no Paraná não alçou sucesso, e muito tem a avançar e amadurecer, pois o baixo investimento na área tem revertido em deficiências de todas as ordens que vão desde a dificuldade de organização e hierarquização das ações e serviços, que tem repercutido na baixa resolutividade, até a ausência de instrumentos que obriguem aos profissionais no Paraná, a utilização da notificação compulsória.

À situação exposta soma-se uma série de entraves por exemplo a falta de recursos humanos, pois, desde 1988, a SESAPR não realiza concursos públicos e tem ausência de capacitação que qualifiquem os técnicos a estabelecer os nexos causais entre a determinação social e acidente, adoecimento e morte no trabalho. Não se conseguiu institucionalizar a obrigatoriedade do preenchimento do sistema de referência e contra-referência no âmbito da saúde do trabalhador, assim como inexistem equipamentos públicos de referência que garantam efetivamente o acesso à recobra da saúde e à reabilitação profissional, quando necessário.

Toda precariedade existente no âmbito da saúde do trabalhador em nível do Estado do Paraná reverteu-se para os municípios de sua jurisdição, considerando que a gestão estadual tem por responsabilidade assessorar e capacitar as secretarias municipais de saúde para implantação e incorporação das ações e serviços voltados à saúde do trabalhador na rede de atenção básica, assistência especializada de média complexidade e alta complexidade.

Foi com o lastro desse processo de precarização que as ações de saúde do trabalhador foram institucionalizadas e operacionalizadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu em 1998. Considerando que saúde do trabalhador no Paraná sempre restringiu a inspeção sanitária, pode-se deduzir que em, Foz do Iguaçu, as atividades voltadas para o tema em exposição mantiveram-se na esteira das recomendações das regionais de saúde, ofertando ações e serviços que atendessem o preconizado pelo Estado.

Desta forma, o debate da saúde do trabalhador de saúde em Foz do Iguaçu, de 1998 a 2010, esteve relegado à dimensão da vigilância sanitária e epidemiológica, ou seja, reduziu-se à preocupação com as notificações e sub-notificações, e com as fiscalizações e inspeções dos ambientes de trabalhos naquelas empresas, cujo trabalhador era exposto a riscos e agravos que levam ao adoecimento, acidente ou morte por doenças relacionadas ao trabalho, de notificação compulsória. As ínfimas ações em saúde do trabalhador são realizadas pelos técnicos da vigilância sanitária num debate e rotina solitárias entre os departamentos municipais de vigilância e a Regional de Saúde.

Mesmo o município aderindo ao pacto pela saúde, essa adesão não se reverteu em ganhos na redefinição das ações e serviços destinados à saúde do trabalhador, pois se evidencia que saúde e trabalho não têm sido preocupação das gestões municipais, e tal se deve ao desconhecimento da política. Embora havendo o desconhecimento sobre a saúde do trabalhador em 2010, Foz do Iguaçu cria Secretaria Municipal de Gestão de Pessoas e Políticas de Recursos Humanos (SMGPRH) com as seguintes atribuições:

Art. 26-C. A Secretaria Municipal de Gestão de Pessoas e Políticas de Recursos Humanos é o órgão ao qual incumbe coordenar os assuntos de política de recursos humanos, seu provimento e movimentação, bem como gerir e administrar as políticas voltadas ao bom desempenho do servidor no exercício da função, exercendo as atividades relacionadas ao desenvolvimento de políticas que assegurem um sistema de gestão de pessoas, proporcionando a qualificação e a motivação dos servidores públicos municipais, bem como promover a integração, o desenvolvimento e a capacitação no sentido de potencializar suas competências, visando sempre a excelência de seu desempenho... (ÓRGÃO OFICIAL DO MUNICIPIO /FI, 2010,Pp.14 - ANO XIII Nº.1249).

A secretaria de Gestão de Pessoas, mesmo incorporando algumas designações da política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Gestão do Trabalho no SUS, originou-se para assegurar um conjunto de ações e serviços restritivos aos servidores públicos, fato que aponta a visão reduzida e limitada das questões relacionadas à saúde a ao trabalho da classe trabalhadora usuária do SUS, ao mesmo tempo em que endossa a incorporação do gerencialismo empresarial na administração pública como forma de acabar com a inoperância dos órgãos públicos pela falta de capacitação dos servidores.

[...] criar nas equipes de trabalho uma consciência profissional, proporcionando meios para o resgate da auto-estima; implantar e intensificar o treinamento de pessoal; investir no desenvolvimento profissional e pessoal não só por intermédio de cursos, mas também de inovações no sistema de trabalho; reconhecer por meio de prêmios, citações elogiosas, o desempenho destaque do servidor em sua área de atuação; estimular o servidor a interagir com a comunidade, enfatizar a responsabilidade social da organização e do trabalho de cada um (DIÁRIO OFICIAL DO MUNICIPIO/FI,2010,p.11)

No campo da gestão as diretrizes da Secretaria longe de incorporar os princípios de organização do trabalho sugerem a adoção de instrumentos de precarização do trabalho que instituem a competitividade e a individualidade, pressupostos contrário à Política Nacional de Gestão do Trabalho e Política Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS. A proposta em tela não apresenta diferenciação e especificação de como serão tratado os trabalhadores de cada unidade ou setor produtivo, considerando que os riscos, danos e agravos à saúde variam

de acordo com o tipo de ocupação e inserção do trabalhador no mundo do trabalho conforme previsto no arcabouço jurídico de regulamentação das normas específicas para cada área.

O tratamento homogêneo no campo da saúde do trabalhador, limitado a ações e serviços no ambiente físico de trabalho proposto pela Secretaria de Gestão de Pessoas e Políticas de Recursos Humanos a todos os servidores públicos, depõe contrariamente às recomendações jurídico-legais que determinam tratamentos, notificações, ações, serviços, inspeções e políticas diferenciadas para cada setor produtivo, considerando o fator ao qual o trabalhador está exposto.

[...] propor e supervisionar a aplicação de políticas e diretrizes relativas à saúde ocupacional dos servidores, a fim de criar ambientes físicos de trabalho seguros e agradáveis, com a atuação da equipe da saúde do trabalhador; disponibilizar recursos (materiais, tecnológicos equipamentos, entre outros) essenciais à execução dos trabalhos; promover um clima organizacional positivo o que inclui estimular as relações interpessoais; intensa formação e instrução absolutamente concentrada naquelas capacidades primordiais da instituição; (DIÁRIO OFICIAL DO MUNICÍPIO/FL, 2010, p.11)

Outra lacuna visualizada nas diretrizes propostas pela Secretaria de Gestão de Pessoas e Políticas de Recursos Humanos de Foz do Iguaçu, é a extinção das formas de vinculação e acesso aos cargos públicos, não há menção ou reiteração dos atos prescritivos no Plano de Carreira do Servidor, verifica-se a exterminação da responsabilidade e competência das contratações de profissionais, assim como não estabelece as formas de regulação para recomposição dos quadros profissionais comprometidos pelas aposentadorias.

Nas diretrizes estabelecidas pela SGPRH, não se localiza questões pertinentes à saúde do trabalhador na órbita das recomendações legais, o que ratifica a máxima de que as proposições apresentadas, longe de serem uma direção a ser seguida, se colocam como propostas administrativas superficiais que não contemplam as complexas determinações que envolvem o serviço público, desaparecendo com os compromissos e responsabilidades federativas do município em implantar, coordenar, operacionalizar e executar políticas públicas com traços distintos, que exigem qualificação e ambientes diferenciados, ou seja, não se identifica preocupações e respeito à multiplicidade de fatores que condicionam e determinam a materialidade das políticas.

Para desenvolver as ações no âmbito da gestão de pessoas e recursos humanos a secretaria é composta de um gabinete do secretário, e de três departamentos quais sejam: I - Departamento de Relações de Trabalho e Saúde Ocupacional; II - Departamento de Consolidação e Pagamento de Pessoal; III - Departamento de Desenvolvimento de Pessoal e

Capacitação Funcional.” (DIARIO OFICIAL DO MUNICIPIO, 2010). Esses departamentos agregam suas respectivas divisões e tem por função gerir a política de recursos humanos, uma vez que gestão de pessoas envolve recursos humanos. No ato da criação das secretarias, foram somente instituídos os departamentos sendo que a alteração do Decreto Municipal 19.684/2010, um mês após deu origem às supervisões finalizando a estrutura hierárquica do respectivo setor.

No âmbito da SGPRH, o Serviço Social esta alocado em uma das divisões pertencentes ao Departamento de Relações de Trabalho e Saúde Ocupacional; a nominada divisão de Atendimento Psicossocial (DVATP). As atribuições atinentes ao setor, além de serem genéricos , não abrangem os indicativos, tanto da política nacional de saúde do trabalhador quanto da política específica de gestão do trabalho no SUS, o que leva à conclusão que as ações propostas não contemplam a dimensão social, política, econômica, ambiental e organizacional que demanda as políticas de prevenção, proteção, recuperação, controle e vigilância dos riscos decorrentes das condições, relações, ambientes e processo de trabalho, que promovam a recobra e reabilitação da saúde e da capacidade de trabalho do servidor.

1. Propor estratégias no campo da organização do trabalho, cujos temas abranjam as relações sociais entre os servidores e as responsabilidades dos diferentes cargos de concurso; 2. Manter o acolhimento a servidores que demonstrem sofrimento nos processos de trabalho; 3. Estabelecer estratégias de intervenção para mediar relações conflituosas nos locais de trabalho; 4. Implementar atividades de grupo que consolidem a prática de gestão de pessoas; 5. Fomentar estratégias preventivas voltadas à saúde e bem estar social dos servidores. (DIARIO OFICIAL/FI,2010,p.13)

Partindo da exposição anterior, pode-se inferir que o Serviço Social não tem sido protagonista na implantação da rede de atenção integral à saúde do trabalhador em Foz do Iguaçu, isso porque não existe, no interior da Secretaria Municipal de Saúde, aparato institucional e interesse na materialização dessa política. A assertiva tem fundamento ao revisitarmos o banco de dados do projeto fronteira MERCOSUL, um estudo do direito a saúde nas fronteiras do arco sul do Brasil. Essa revisitação identificou, naquele momento, os assistentes sociais que compunham o quadro funcional, dos quais nenhum desenvolvia atividades voltadas à saúde do trabalhador.

Partindo-se desta lógica organizativa das ações e dos serviços no município, os assistentes sociais (que se constituíram nos sujeitos entrevistados) realizam suas atividades profissionais basicamente na assistência especializada, sendo 05 deles nos Núcleos de saúde, 01 no serviço de Atendimento Especializado e no Centro de

Orientação e Apoio Sorológico, 01 em Unidade de Saúde e 01 no Centro de Nutrição Infantil (SILVA, 2006, p. 53).

Outro fato que atesta a baixa e recente inserção do assistente social no campo da saúde do trabalhador é a consulta ao banco de dados do COLSAT/Mercosul, para a pesquisa intitulada A Saúde do Trabalhador no Mercosul: um estudo do sistema de proteção social no cenário fronteiriço, na qual constatou-se a ínfima vinculação do assistente social na participação da rede de proteção social à saúde do trabalhador em municípios de linha de fronteira, sendo comum identificar, enfermeiros médicos engenheiros e técnicos em segurança no trabalho, dentre outras formações ligados à rede de serviços pertinentes ao tema em questão.

Nas seis cidades pesquisadas foram entrevistados seis gestores municipais de saúde, seis profissionais de saúde e 12 usuários dos sistemas públicos de saúde dos dois países. Na fronteira Brasil-Paraguai, em todas as cidades pesquisadas, foi possível entrevistar os sujeitos previstos no cronograma estabelecido. (...)Em relação ao perfil dos gestores municipais de saúde entrevistados afirma-se que três desses possuem formação em medicina. Outros três gestores possuem formação em outras áreas, como: bacharelado em língua portuguesa, administração de empresas e pedagogia. Os profissionais de saúde entrevistados têm suas formações na área da enfermagem, auxiliar de enfermagem e administrativo, e o tempo de trabalho na área da saúde na região de fronteira variou entre dois meses e 23 anos. (COLSAT, 2009. p.35).

Portanto, o debate do Serviço Social sobre a saúde e as políticas setoriais como a saúde do trabalhador em Foz do Iguaçu está centrado na formulação de instrumentos jurídicos normativos no âmbito do MERCOSUL que podem subsidiar e orientar uma defesa concreta do direito à saúde em área fronteiriça, agregando uma profunda reflexão que associe ao tema viagens, migrações, importação e difusão de doenças, combinando aspectos sociais, culturais, econômicos, jurídicos, políticos, vigilância e controle de doenças; abertura de novos espaços (fronteira de ocupação); o surgimento e recrudescimento de doenças; processo de difusão espacial de doenças e epidemias; e particularidades do acesso a saúde nos sistemas públicos municipais em área de fronteira, tendo como fundamento a noção da geografia de limites. (SILVA, 2009)

Junta-se a essa situação de parcas contribuições do Serviço Social no debate da saúde do trabalhador em Foz do Iguaçu, a ausência de estruturação no âmbito do MERCOSUL de uma política no interior dos sistemas de saúde voltadas ao trabalhador. Embora os países apresentem algum tipo de segurança social ao trabalhador em suas legislações, essas evidenciam claras distinções, concepções e tendências que requisitam o desafio de superar as assimetrias conceituais existentes no âmbito da saúde e trabalho. (DAL PRA, 2009).

Embora a Política Nacional de Gestão do Trabalho no SUS defina e oriente como deve ser implementada e operacionalizada a política de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde do trabalhador do SUS, essas diretrizes em Foz do Iguaçu não são consideradas, contrariando preceitos jurídico-legais que informam que serão executados por equipe multiprofissional com formação e capacitação técnica em Saúde do Trabalhador as ações e serviços de saúde dos trabalhadores do SUS (Serviços de Saúde Ocupacional). Porém, a SGPRH tem reduzido as políticas nesse campo a vis treinamentos que atendem as demandas do setor público e não dos usuários desses serviços conforme exposto nas atribuições do órgão municipal publicizado em diário oficial.

Por fim, considera-se que a saúde do trabalhador pode ser considerada espaço ocupacional do assistente social, porém, na região da fronteira de Foz do Iguaçu, essa área não tem se caracterizado campo de intervenção e destaque da profissão, ao contrário, o Serviço Social pouco tem se relacionado com o setor e talvez essa situação se deva aos resquícios da visão biologista e instrumentalista centrada na doença que, embora tenha avançado com a política de gestão do trabalho no SUS, ainda se faz presente no debate da saúde do trabalhador.

5.2 CONDIÇÕES E RELAÇÕES DE TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE NA FRONTEIRA DE FOZ DO IGUAÇU

Foz do Iguaçu é um município situado na fronteira do Brasil com o Paraguai e Argentina. Localizado na região do extremo oeste do Estado do Paraná. O município ocupa uma posição geográfica privilegiada: ao sul, faz divisa com Puerto Iguazu – Argentina, e a oeste, com Ciudad Del Este - Paraguai. Esse limite territorial que demarca as divisas com os dois países caracteriza o município como linha de fronteira e uma cidade gêmea. Desta localização geográfica é que se originou a denominação tríplice fronteira.

O Brasil se liga ao Paraguai pela Ponte Internacional da Amizade e à Argentina pela Ponte Tancredo Neves, a Ponte da Fraternidade. Paraguai e Argentina usam o território brasileiro como ligação. Ônibus regulares de linha circular urbana internacional fazem o transporte de passageiros entre as três cidades há muitos anos, como se fizesse uma rota de bairro/centro/bairro de qualquer cidade (ACIFI, 2003, p.6).

Considerando a classificação adotada pelo Ministério da Integração Nacional (MI), Foz do Iguaçu é uma fronteira que integra o Arco Sul do território nacional. É considerada a

cidade mais importante da região da tríplice fronteira, contando com um afluxo turístico de diversos países, de outras regiões do Estado brasileiro e do Cone Sul, apresentando as melhores condições de acessibilidade da fronteira do sudoeste. (PEITER, 2005).

As primeiras preocupações com a fronteira brasileira (nacional) e paraguaia (internacional) datam da segunda metade da década de sessenta, são decorrentes do reclame da posse do rio Paraná pelos dois países (Brasil e Paraguai), devido aos anúncios da construção de um mega-empreendimento, denominado Usina Hidroelétrica de Itaipu (UHI), a qual transformaria a riqueza hidráulica em fontes permanentes de divisas associada à fatura de trabalho e de dinheiro (MAZZAROLLO, 2003).

Verifica-se que a cidade, até meados da década de 1960, caracterizava-se como um “paraíso perdido”, capaz de responder a todas as solicitações demandadas pelos seus municípios. Porém, com o início da construção da UHI, a pacatez de cidade interiorana começou a se desintegrar dando lugar a novas estruturas que se moldavam rapidamente à fronteira, a partir das novas relações sociais produzidas com a chegada da Itaipu.

Por fim, como resultado dessa modernidade implementada na selva subtropical, na fronteira do Brasil com o Paraguai e Argentina, expressa, em sua configuração acabada, pela usina de Itaipu e pelo poder que dela emanava e que a todos envolvia, buscamos destacar aquilo que mais marcante sobrou como herança da implantação daquele projeto para a cidade e sua população: a transformação do espaço urbano de forma radical e abrupta; a emergência de uma população pobre, que passou a buscar alternativas de sobrevivência através de empregos informais, de expedientes ilegais, que desembocam num incremento significativo da criminalidade (CATTÀ, 2002, p.21).

Foz do Iguaçu foi rapidamente transformando-se num polo receptor de pessoas vindas de todas as regiões do Brasil e de outros países que, seduzidas pelas possibilidades trazidas pelo projeto modernista de construção da UHI, chegavam à cidade em busca de melhores condições de vida e trabalho. Catta (2002) e Mazzarollo (2003), afirmam que a grande densidade populacional concentrada no espaço da fronteira proporcionava, aos olhos das pessoas residentes em Foz do Iguaçu, um cenário grotesco. Cenário demarcado pela falta de higiene e pelo número excessivo de ambulantes revendendo produtos adquiridos no Paraguai, além de índios argentinos e paraguaios que ali faziam ponto para vender seus artesanatos.

A partir dos anos 70, o município foi rapidamente constituindo-se em uma zona fronteira marcada pelo distanciamento da vida nacional da qual fazia parte, por estar muito distante do governo central, pólos de tomada de decisão da vida nacional (MULLER, 2003a).

Tem-se um Estado brasileiro que estabelece divisa nacional com o Paraguai através do município de Foz do Iguaçu, marcado por particularidades distintas influenciadas pela organização do espaço, base econômica e fluxo inter/transfronteira que proporcionam características particulares à formação de uma identidade cultural e fronteiriça (MULLER, 2005b).

O trânsito desses estrangeiros sempre foi livre e constante entre as cidades vizinhas da fronteira, Foz do Iguaçu, Ciudad Del Este e Puerto Iguazú. Assim, observamos que nessa fronteira as inter-relações culturais, econômicas, sociais e políticas não poderiam ser senão de tal frequência e intensidade que costumes, experiências, gostos, moedas e língua se intercambiavam e se misturavam, num hibridismo digno de uma mini-Babel do Século XXI. Ou, quem sabe “uma reedição tardia, talvez” uma caricatura da tradição do século XIX, num espaço de fronteira onde de fato a fronteira inexistente, onde tudo é possível, desde transitar, até engajar-se no mercado de trabalho (CATTA, 2002, p. 30).

Para os municípios de Foz do Iguaçu, a fronteira nunca existiu. A situação desencadeada gerou um novo complexo urbano aprofundando a transnacionalização pela facilidade do trânsito inter/transfronteira decorrente do livre acesso e circulação, tanto de pessoas quanto de mercadorias. Esse espaço passou a contar com um alto índice de indivíduos binacionais ou transfronteiriços, em que os binacionais são aqueles cujo domicílio está situado de um lado da fronteira, mas que, por motivos diversos, transitam permanentemente entre fronteiras. Já os transfronteiriços são cidadãos ou famílias da mesma nacionalidade, mas que vivem de lados diferentes da fronteira (brasileiros que residem no Paraguai e considera-se também a situação inversa). (ASTORGA, 2002, p.29).

Pois o complexo urbano formado pelas três cidades da fronteira que supera a casa dos 770.000 habitantes, banhadas pelos rios Iguaçu e Paraná, formam um conjunto *sui generis* que mescla nações, raças, línguas, costumes e moedas que convivem em harmonia. Assim a integração, faz parte do dia-a-dia dessas cidades de tal sorte que parece não haver fronteiras. De maneira geral as pessoas transitam como se estivessem no seu próprio bairro, bastando portar um documento de identidade que muitas vezes não é preciso exibi-lo. (ACIFI, 2002, p.3).

Foz do Iguaçu pode ser classificada como uma “fronteira viva”, a qual Padrós (1994, p.76) denomina como” caracterizada por uma presença demográfica relativamente importante e por uma estrutura social complexa,” manifestando uma “integração informal que sobrevive às conjunturas políticas e de corte”. As relações e processos sociais construídos nesses espaços derivam da forma de organização e fortalecem as economias locais e regionais, levando o homem fronteiriço a criar estratégias para sobrevivência nestas regiões.

Deve-se destacar que, pela intensa troca entre as populações fronteiriças, Foz do Iguaçu se caracteriza como uma interação transfronteiriça do tipo *Sinapse*, na qual os grupos que se situam além da linha de fronteira têm maior alcance da extensão territorial. Potencializa a interação tipo *Sinapse* o intenso e permanente intercâmbio transfronteiriço ativamente apoiado pelos Estados, por acordos binacionais e, até mesmo, por pactos verbais.

A fronteira de Foz do Iguaçu deve ser apreendida como um fenômeno social, fundada numa visão crítica de território portador de peculiaridades inerentes à sua formação sócio-espacial, nas quais as identidades fronteiriças são formadas em função dos processos sócio-históricos e de suas instituições (PEITER; 2005; SANTOS, 2001). Assim, debater sobre a fronteira significa:

Pensar o fenômeno fronteira requer uma reflexão ampla que atenda vários fatores colocados de modo imbricado e que fazem parte das dinâmicas sociais de diferentes contextos. Ao definirmos um espaço específico para analisar tal fenômeno é fundamental acionar uma série de dispositivos que dêem conta da questão tratando-a como processo. Trabalhar sobre tal perspectiva pressupõem um engendramento entre os diversos campos que constituem o tecido social, em especial, o tecido social urbano, levando em conta a diferença, considerando que esta é essencial para o significado e que este é crucial a cultura (MULLER, 2005, p.3).

A fronteira de Foz do Iguaçu com o Paraguai apresenta uma dinâmica permanente de superação de desafios para a criação de uma identidade fronteiriça, marcada pela diversidade de culturas e modos de ser distintos, afastada do rótulo do comprismo, contrabando, narcotráfico, através da construção cotidiana de estratégias de aproximação. Nesse espaço, criam-se alternativas de articulação para possibilitar maior aproximação entre os homens fronteiriços.

No âmbito do Serviço Social, a fronteira vem sendo introduzida e ganhando merecido destaque no debate da saúde, através do Grupo de Pesquisa Estado Sociedade Civil, Políticas Públicas e Serviço Social, vinculado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e o Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (URGRS).

É incontestável que as investigações desenvolvidas por esses grupos despontam como uma iniciativa de significativa relevância e notável reconhecimento que tem colocado em discussão a temática fronteira, saúde, serviço social e intervenção profissional através projetos de pesquisas de diferentes envergaduras, direções e objetos como pode-se identificar pelas indicações a seguir; Projeto: Edital Universal 01/2002 - *Fronteira MERCOSUL: um*

estudo sobre o direito à saúde – 2003-2005; Edital MCT/CNPq 61/2005 - Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas - *Fronteira MERCOSUL: A institucionalidade dos sistemas municipais de saúde e o direito a saúde-2006 -2008*; Edital MCT/CNPq 02/2006 – Universal - *O direito à saúde na perspectiva da população residente na linha da fronteira MERCOSUL – 2006 -2008* e, por fim o projeto a implementação dos Programas Sis Fronteira e Pacto Pela Saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul Edital MCT/CNPq 14/2009 – Universal, essas propostas investigativas foram desenvolvidas nos municípios brasileiros que fazem fronteira com os países do Arco Sul, e seus dados serão revisitados com a prerrogativa de subsidiar o desenvolvimento da tese.

Os projetos acima mencionados trouxeram inúmeras contribuições que ampliaram a compreensão e subsidiaram a implantação de políticas de saúde nas regiões fronteiriças, além de retratar precisamente as peculiaridades de cada *faixa e linha de fronteira*; a organização do serviço social nesses espaços; as características da intervenção assistente social, além de condensar dados sobre as condições e relações de trabalho dos assistentes sociais que, à época, não se constituíram objeto de análise; e ainda a oportuna situação face à formulação da tese de doutoramento da autora, no tempo presente o banco de dados dos respectivos projetos e grupos de pesquisas serão a base empírica da pesquisa considerando as devidas autorizações pelos líderes. (Vide anexo).

Com a execução do projeto Fronteira Mercosul, identificou-se, em 2005, os assistentes sociais atuantes no sistema de saúde pública na linha de fronteira de Foz do Iguaçu, em sua maioria apresentavam relações de trabalho contrárias às presenciadas na era pós-fordista, ou seja, contratos de trabalho com vínculos instáveis, precários com baixa remuneração e proteção social. Para fins desse trabalho, considera-se relação de trabalho todos os mecanismos de regulação que filia uma pessoa a uma empresa numa relação de compra e venda da força de trabalho para desempenhar determinada função. O mecanismo de regulação consiste em: contrato de trabalho, no qual se regulamenta e fixa o valor da força de trabalho vendida, tempo de utilização diária, semanal e mensal da força de trabalho pelo empregador, horário em que a força de trabalho estará à disposição para uso da empresa, e outros benefícios figurados no sistema de proteção social brasileiro.

Assim, a relação de trabalho constitui-se na regulação necessária para segurança, tanto do empregador quando do empregado, considerando que esse instrumento jurídico institui certa estabilidade para ambos. No Brasil as relações de trabalho são orientadas pela

consolidação das Leis Trabalhista (CLT), e pela Lei Complementar 9.527/97 que constituem o regime jurídico único para os servidores públicos civis.

Os assistentes sociais sujeitos da pesquisa desenvolvem suas atividades profissionais na rede de serviços públicos de saúde de Foz do Iguaçu, nos níveis da atenção básica e assistência especializada. Participaram das discussões e entrevista, oito (09) profissionais que se encontram assim distribuídas no quadro funcional. Seis (06) desempenham função na média complexidade, duas (02) prestam serviços ligados a atenção básica, e uma (01) em uma entidade não governamental na condição de cedida. Foram incorporadas ao quadro funcional da Prefeitura do município via concurso público e desempenham suas atividades nesta instituição entre 7 e 16 anos aproximadamente. (SILVA, 2005, p.68).

Verifica-se que as relações de trabalho do assistente social, em 2005, eram caracterizada por vínculos estáveis, uma vez que a inserção dos profissionais no sistema de saúde do município deram-se via concurso público, e todos já estavam seguindo carreira considerando o tempo de vinculação à secretaria de saúde que ultrapassava o período de estágio probatório.

Na execução do projeto Sis Fronteiras e Sis Pacto, iniciado em 2009 e finalizado em dezembro de 2011, a situação de predominância das relações de trabalho estáveis já haviam se alterado, pois identificou-se a adesão do municípios às novas formas de gestão e organização do trabalho para contratação de trabalhadores na área da saúde. Constatou-se a inserção do trabalho cooperado e terceirizado na media e alta complexidade, com vínculos de trabalhos instáveis, precários e acompanhados de jornadas de trabalho extenuantes para os trabalhadores de saúde inclusos os assistentes sociais.

Hoje há uma preocupação da secretaria de saúde em Foz do Iguaçu é extinguir, acabar com os serviços terceirizados principalmente no hospital municipal, mas o município ainda não tem recurso nem quadro de pessoal para gerir o hospital sozinho, assim temos que terceirizar pelo baixo custo. (KA, 2012)

A fala do gestor, num primeiro momento, revela que, na conjuntura de 2005 o município ainda não fazia uso dos instrumentos de gestão e organização do trabalho, típicos do modelo pós-fordista, que levam à precarização, respaldado pelo uso inadequado e com sentido inescusável da categoria trabalho, enquanto atividade que se realiza em função do atendimento das necessidades humanas para justificar a utilização deliberada e indiscriminada de dispositivos inconstitucionais.

No momento seguinte a arguição do gestor aponta que, no limiar de seis anos, (período compreendido entre 2005 a 2011 quando da coleta de dados do projeto Sis Fronteira

e Sis Pacto), houve a incorporação pela gestão municipal dos mecanismos introduzidos no mercado de trabalho brasileiro pela reestruturação produtiva, que tem a terceirização como estratégia de recomposição do lucro e da acumulação.

A incorporação, ainda que inconsciente, da terceirização pelo gestor do sistema municipal de saúde de Foz do Iguaçu, por seus efeitos deletérios e perversos nas condições de vida e de saúde do trabalhador, endossa a adesão e cumprimento dos preceitos da reforma de Estado que, considerando a saúde como uma atividade não exclusiva do Estado, é resguardada ao ente federado, em caráter de complementaridade e suplementaridade, repassar a terceiros, ou seja, à sociedade civil organizada, a prestação de ações e serviços de saúde.

A terceirização no âmbito da saúde vem sendo utilizada desmedidamente sob a justificativa da necessidade do saneamento econômico-financeiro da máquina pública, e, por se constituir uma alternativa para a oferta de serviços a baixo custo, tornar mais viável ao gestor terceirizar ao invés de solicitar a realização de concursos públicos.

A forma como a terceirização vem sendo utilizada pelos gestores de saúde tem ocultado o seu real e perverso significado, pois essa estratégia, em alta na era pós-fordista, altera as relações de trabalho por meio da desregulamentação do mercado e da força de trabalho, da flexibilização das legislações trabalhistas, da fragmentação do trabalho coletivo, obstruindo a construção da consciência de classe, fator que favorece ao empresariado o aumento do controle sobre o trabalho.

Outras indicações de significativa relevância evidenciadas na revisitação do banco de dados dos projetos foram as características distintas derivadas da mobilidade humana na região fronteiriça, pois o permanente e fácil acesso transfronteira acresce o número de usuários que buscam e pretendem ser atendidos no sistema municipal de saúde de Foz do Iguaçu. Essa situação tem gerado preocupações de variadas dimensões, dentre as quais duas nos interessam, a primeira é o acréscimo de usuários no sistema de saúde não acompanhados de recursos financeiros, pois os brasileiros que residem no Paraguai ou Argentina não são considerados munícipes iguaçuense pelo censo do IBGE; no entanto, não prescindem da cidadania brasileira, o que gera uma contradição entre os indicadores utilizados pelos repasses de recurso financeiro *per capita* na saúde e a dinâmica fronteiriça, tornando-se uma incontestável justificativa para adoção da terceirização.

A segunda dimensão consiste na intensa procura dos serviços de saúde no sistema público de Foz do Iguaçu brasileiro por estrangeiros, principalmente paraguaios e argentinos, face às discrepâncias e assimetrias da saúde pública entre os países. Os estrangeiros, sabedores da gratuidade dos serviços de saúde no Brasil, em sua maioria, valem-se de

diversificadas estratégias para serem atendidos na emergência. Uma das alternativas mais utilizadas é permitir propositalmente o agravamento das doenças, considerando que a situação, além de aportar um senso de urgência frente ao risco iminente da morte, obriga à emergência atender, sob pena de responder civil e criminalmente, já que a recusa de atendimento caracterizado emergência ou urgência é caracterizado negligência.

Essas situações na ótica do gestor tem onerado o sistema local de saúde, pois obriga o município a atendê-los, mesmo na condição de estrangeiro irregular, elevando os gastos com os serviços de média e alta complexidade. Diante da complexa situação vivida no sistema de saúde brasileiro na região de fronteira, muito mais que uma estratégia, a terceirização torna-se uma medida de alívio ao gestor que, ao repassar para a iniciativa privada a prestação de serviços, serão essas organizações que ficarão no prejuízo por atender estrangeiros com quadros clínicos agravados, na emergência. Verifica-se uma terceirização dos problemas de financiamento e custeio das ações e serviços para a iniciativa privada.

A procura é intensa pelos brasiguaios por serviços de saúde gratuitos que não maioria das vezes são negados, não levando-se em conta o risco de morte. Há pressão para o não atendimento ao brasiguai. O aumento constante da demanda é, também, em função da valorização ou desvalorização do dólar. Pois se o dólar sobe muito a cidade esvazia e as pessoas não tem dinheiro e buscam o SUS, para o atendimento. Se o dólar baixa muitos brasileiros vem do Paraguai para passar muamba na ponte e também acabam usando os serviços de saúde aqui e nem sempre conseguem (RJ, 2006).

A alteração das relações de trabalho na região fronteira teve pouco ou quase nenhum impacto direto nas condições de trabalho dos assistentes sociais e demais trabalhadores de saúde. Isso porque em 2005, na elaboração do relatório de conclusão do projeto de pesquisa Fronteira Mercosul, deparou-se com condições de trabalho deterioradas, estressantes, com jornadas extenuantes que ainda foram identificadas em 2011 com a realização do programa Sis Fronteira e Sis Pacto.

Neste trabalho o termo condições de trabalho está sendo empregado para designar, o ambiente físico, o ambiente físico, o ambiente biológico as condições de higiene e segurança no trabalho, as características antropométricas dos postos de trabalho e a capacidade cognitiva, mental e intelectual de responder às demandas do setor.

O exercício profissional do assistente social na região fronteira apresenta peculiaridade distinta, em que a própria fronteira aparece como condição de trabalho por apresentar uma dinâmica diferenciada materializada na conjunção local e internacional,

impondo dilemas e desafios à intervenção de ordem jurídica, política, técnica, ética, geográfica, financeira que tensionam e impactam na intervenção da categoria.

Eu vejo que é muito diferente trabalhar numa região de fronteira, primeiro porque a problemática social é muito diferenciada né. A gente trabalha com carências sociais de países que a gente não conhece a cultura, não conhece a política, a gente não conhece também as legislações. A gente trabalha também com direitos Internacionais. Como é trabalhar com direitos internacionais. Esta é a grande diferença de se trabalhar na região de tríplice fronteira (RE, 2006).

Verifica-se que as questões culturais, econômicas, financeiras e políticas não são homogêneas ao longo da fronteira, com destaque relevante a dimensão cultural, considerando que os grupos de nacionalidades distintas que habitam essa região preservam as tradições hábitos e costumes que associados ao desenvolvimento e crescimento econômico desigual, vem repercutindo no trato das situações relativas à saúde.

A forma como a população fronteiriça, em especial os brasileiros residentes no Paraguai, denominados de brasiguaios,³²concebem a saúde, a doença e o tratamento das patologias têm intensas repercussões na prestação dos serviços socioassistenciais na área da saúde, pois a dimensão cultural, nesse cenário, emerge como agente obstaculizador na produção de cuidados em saúde ainda que seja na condição de emergência. Esse segmento populacional transfronteiriço reconhece as tradições: o sobrenatural, os benzimentos e a fitoterapia como os meios oficiais para recuperação da saúde, rejeitando as orientações e recomendações dos profissionais que trabalham no setor e, nesses casos, os usuários são encaminhados ao serviço social para as devidas providencias.

Não há na minha compreensão interesse da gestão em responder a demanda “circulação de pessoas na fronteira”, o que acarreta no desgaste físico, e mental do profissional que esta na chamada ponta e que busca responder a essa demanda (SC, 2012)

As peculiaridades da realidade social vividas na cotidianidade da fronteira é condição de trabalho inerente à intervenção do assistente social que, associadas a outras clivagens pertencentes aos postos de trabalho, evidenciam espaços ocupacionais marcados por características que extrapolam a dimensão material, exigindo habilidades e conhecimentos que se adquirem nas relações sociais travadas no mundo da produção próprias da sociabilidade capitalista.

³² Nome e identidade política atribuída aos brasileiros campesino que residem no Paraguai. Nogueira e Silva (2007)

Essas características da intervenção do assistente social na região de fronteira, próprias da capacidade do trabalho criar os processos de socialização entre os homens, tem sido utilizado inversamente na manutenção da presença dos conteúdos taylorista/fordista na organização e gestão do trabalho em saúde, através da intensificação dos processos de trabalho, pela adoção das tecnologias de informação presentes nas diretrizes do Pacto pela Gestão, pela cobranças e exigências de produtividade, pelas peculiaridades do trabalho intelectual solicitado contemporaneamente, levando os trabalhadores do setor ao exaurimento das suas capacidades mentais e intelectuais na apreensão da demanda e dos encaminhamentos devidos.

Outra questão que, quando associada à situação anterior, alarga a piora das condições de trabalho são os apontamentos realizados pelos assistentes sociais em 2011 dos riscos potenciais, para os trabalhadores de saúde da região estudada, de adoecimento no trabalho, no contexto das novas formas de gestão e organização do trabalho que vêm sendo adotadas no âmbito do SUS pelos gestores municipais.

As jornadas extenuantes de trabalho de 40h; ritmos intensos de trabalho X qualidade; o baixo numero de profissionais para atendimento por habitante; a baixa oferta de serviços para demandas expressivas; ambiente de trabalho inadequado, violência física e psicológica da população contra os trabalhadores excesso de atividades de natureza diversas e; a pressão dos usuários estrangeiros por atendimento ante o risco eminente da morte. (SC, 2012).

O quadro exposto traz como característica marcante a carga de trabalho como componente das condições de sua realização, que leva o trabalhador à fadiga, ao estresse e à insatisfação, considerando que esse formato de organização do trabalho e a sua consequente gestão confronta-se com a vida mental do trabalhador. Desta forma, a precarização presente na dinâmica dos locais de trabalho dos assistentes sociais na fronteira tem contribuído para a perda das motivações, aspirações e do desejo de pensar e encaminhar suas intervenções aumentando a insatisfação, o sentimento de indignidade e desqualificação que elimina as possibilidades de utilização das potencialidades do trabalhador. (DEJOURS, 1992).

No caso dos assistentes sociais trabalhadores de saúde, essa perversa forma de organização e gestão do trabalho em saúde, conjuntamente com a disposição das políticas sociais posteriores à incorporação dos dispositivos recomendados pelas agências internacionais, impactam nas condições de trabalho, favorecendo a agregação do fatalismo e do messianismo nas ações encaminhadas a partir dos processos de trabalho em que se inscrevem esses profissionais.

Na dinâmica institucional presenciada, o adoecimento do corpo e da mente do trabalhador é uma constante devido ao sofrimento psicossomático decorrente da situação que adensa a contradição entre as condições materiais para o exercício profissional, e as condições subjetivas que constituem-se na capacidade mental e intelectual de apreensão do contexto em que as demandas são produzidas e reproduzidas na órbita do capital.

A incursão realizada no banco de dados dos projetos de pesquisa, agregada à coleta de dados realizada em 2012 para elaboração da tese, revela que os assistentes sociais em Foz do Iguaçu padecem de condições marginais para o exercício profissional que são agravadas pela pressão exercida, tanto pela demanda quanto pelo gestor, que extrapolam o campo da correlação de forças, levando o trabalhador ao adoecimento e sofrimento no trabalho e à perda da capacidade de identificar, no terreno contraditório das relações institucionais, as reais e potenciais possibilidades de superação das condições dadas.

Chega ao cúmulo muitas vezes de se pressionar o assistente social a dar alta a um brasiguaió que necessitou de um atendimento de emergência, mas que ainda necessita de observação, em função de desocupar um leito para um morador de Foz. (MS, 2006).

De um lado fica patente que há uma superexploração do trabalho do assistente social nos moldes tayloristas/fordistas somada às precárias formas de inserção sócio-laboral peculiar à era pós-fordista e de outro, verifica-se que a instauração da precarização no cenário brasileiro, adensou a exclusão social confirmada pelo aumento dos índices de desemprego, empurrando um enorme contingente populacional, antes não usuários da política social, a recorrerem à proteção social pública, situação que acresceu a demanda por serviços públicos gratuitos sem elevar os recursos financeiros ou alterar as condições do trabalho. O crescimento do número de mandatários das políticas sociais sem mudanças nas condições de trabalho tem repercutido no agravamento das vivências subjetivas do trabalho, que colocam em risco, tanto o profissional quanto o usuário dos seus serviços.

As formas de ser das condições de trabalho dos assistentes sociais na fronteira sem qualquer arremedo obedece à lógica que reduz o trabalho humano a um simples componente do processo produtivo, e a atenção à saúde como mero investimento que eleva a produtividade e permite sanear as questões econômicas e financeiros do custeio dos serviços. Corroboram com esse quadro o estabelecimento da sujeição da força viva de trabalho aos imperativos dos processos de produção comandados pela lógica de acumulação que busca maximizar os níveis

de produtividade sem levar em conta a saúde do trabalhador, o que denota a convivência contraditória de novas e velhas formas de exploração da força viva de trabalho.

Verifica-se que a utilização de mecanismos de “repressão explícita”³³ vem e continua sendo utilizado, no sentido de tensionar o assistente social a pensar, planejar e projetar ações que atendam as necessidades da gestão e não do trabalhador, criando uma forma de submissão mantida pela violência psicológica decorrente de uma um policiamento interno de cumprimento dos regramentos e normatização geralmente executados pelas chefias imediatas que em sua maioria no município de Foz do Iguaçu não possuem condições intelectuais para fazê-lo. Nesse movimento os assistentes sociais tem-se colocado num lastro de dor e sofrimento no trabalho, provocados por mecanismos de naturezas diversas sendo as mais comuns àqueles instrumentos mais explícitos ou selvagens e os mais sutis. As pressões tanto da gestão quanto dos usuários, constroem-se estratégia de dominação pela via do medo de perder o emprego, pela transferência para postos de trabalhos muitos longínquos de suas residências atuais, prejuízo na carreira por depender de avaliações de desempenho, desvalorização profissional, exemplos de maus exemplos caracterizando atitudes éticas como insubordinação entre outros.

Ainda que regido por relações de trabalho estáveis, essas não têm se convertido em condições de trabalho materiais objetivas e subjetivas de qualidade esses profissionais carecem de meios condignos para desempenhar a suas funções no atendimento das necessidades de saúde dos sujeitos, e tais somente poderão ser alcançadas a partir da implantação de uma Política de Gestão do Trabalho no âmbito do SUS que sugere à adoção de medidas desprecarizantes que erradique de fato o uso da força de trabalho como mecanismo de aumento da produtividade que tem levado a degradação do trabalho e do trabalhador, além de favorecer a falência dos serviços públicos de saúde, expressados no funcionamento precário, na ociosidade ou no adoecimento, acidente e morte dos usuários pelas vis condições de trabalho que coadunam, ora atendimento massivo de baixa qualidade, ora ausência de atendimento.

³³ São formas de disciplinamento da organização e gestão de trabalho em que o medo é o principal sentimento gerado e manipulado. Geralmente são normas, regramentos disciplinas repassados pelas chefias imediatas e funcionam como uma polícia interna para obter a submissão (SELIGMANN-SILVA, 2012)

5.3 A IMPLANTAÇÃO DO PACTO PELA GESTÃO E SUAS REPERCUSSÕES NA INTERVENÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO CENÁRIO DA FRONTEIRA

O Pacto pela Gestão configura-se como uma das dimensões do Pacto pela Saúde formulado e promulgado pelo Ministério da Saúde em 2006, por meio da assinatura da portaria nº 699/GM, determinando a implantação do Pacto pela Saúde. Encontra-se expresso ainda na portaria as diretrizes operacionais e a processualidade dos demais vetores concernentes à gestão do SUS. O avanço mais significativo trazido por esse instrumento jurídico na ótica dos gestores, foi a instituição e definição do Termo de Compromisso de Gestão – TCG.

O TCG figurou-se como o instrumento pelo qual os gestores assumem compromissos entre si definindo as responsabilidades, metas, custeio da prestação das ações e serviços de saúde por meio de pactuações consensadas entre os entes federados. O Termo enfatiza ainda significativo papel das gestões municipais ao definir como responsabilidades a definição clara e concisa dos seus compromissos e metas sanitárias.

Essas responsabilidades obedecem basicamente a sete eixos;1) Responsabilidades Gerais da Gestão do SUS;2) Regionalização;3) Planejamento e Programação;4) Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria;5) Gestão do Trabalho;6) Educação na Saúde;7) Participação e Controle Social. (CEBES,2010, p.55).

Embora a gestão do trabalho se configure um eixo do TCG e do pacto pela gestão, este tema não tem sido incorporado às agendas e debates no âmbito da saúde; esses espaços vêm sendo ocupados por discussões voltadas ao planejamento e programação com forte ênfase na regionalização, sem incorporar preocupações às questões relativas às regiões interestaduais e de fronteira.

Tem-se observado atualmente no âmbito do pacto pela gestão, uma profunda e intensa preocupação com os quesitos pactuação e financiamento, isso decorre dos efeitos da crise de 2008 que repôs em debate o papel e função do Estado no cenário internacional, considerando a massiva intervenção dessa instituição nas economias capitalistas centrais para reequilibrar o mercado financeiro. A situação vivida recupera e repõe em debate as responsabilidades e o papel do Estado de agente interventor e financiador de políticas públicas.

Mesmo não sendo excessivamente rigoroso, com relação a esse componente – de defesa do SUS – nenhuma mudança efetiva vem de fato acontecendo. Persiste o subfinanciamento crônico e os outros grandes obstáculos que dificultam a consolidação do SUS e, conseqüentemente, a implementação do pacto ocorre em uma conjuntura difícil, caracterizada por grave insuficiência de recursos das mais

diversas ordens – financeiras, de profissionais de saúde, de condições de governança para a gestão descentralizada, de suporte logístico, de investimentos em infraestrutura etc. (CEBES, 2010, p. 36).

A gestão do trabalho no SUS no cenário nacional não tem ganhado centralidade nos debates e encontra-se, na fila de espera face aos esforços de superação das formas de pactuação formal/burocráticas instituídas na NOAS e, lamentavelmente, reeditadas no próprio Pacto pela Gestão. Mesmo que os pactos conttenham dimensões distintas que devem estabelecer uma interlocução entre si o trabalho e o trabalhador do SUS não têm sido inseridos nas discussões, evidenciando uma clareza suspeita de que é possível concretizar essas proposições sem a existência dos recursos humanos em saúde.

Nas análises realizadas pelo MS, Cebes e CEAP, as poucas remissões ao campo da gestão do trabalho resumem-se ao desafio e necessidade da realização de pesquisas sobre o financiamento das três esferas de governo para recomposição do quadro de trabalhadores de saúde anteriormente entendido apenas como responsabilidade do âmbito municipal. Temas como saúde, condições e relações de trabalho do trabalhador do SUS ainda encontram-se longe de serem explorados.

No que se refere à gestão do trabalho, é necessário desenvolver estudos sobre o financiamento tripartite de reposição da força de trabalho anteriormente cedida aos municípios, bem como uma proposta para a sua execução, além de promover um debate e implementar de forma tripartite soluções para a questão de recursos humanos nos SUS, de forma concomitante à avaliação do efetivo impacto das diversas ações que estão em andamento (CEBES, 2010, p. 44).

As ações e serviços implementados a partir do Pacto no campo da gestão não evidencia no cenário contemporâneo, relevância e interesse no debate no debate da saúde sobre a gestão do trabalho, saúde dos trabalhadores do SUS, isso porque não se identifica menção governamental em enfrentar a precariedade na qual se encontra o trabalho neste início de século. Isso porque a precariedade é uma indumentária própria e permanente do trabalho na era pós-fordista.

O investimento em legislações que enfrentam o tema no sentido de combatê-lo e erradicá-lo, na atual conjuntura, não são de interesse do capital, portanto, também não o é governamental, pois o processo gradual de desmonte das legislações trabalhistas tem se tornado o mecanismo de adequação do trabalho às demandas do agente empregador, ou seja, na situação apresentada, a empresa patenteia a condição de usar a força viva de trabalho de acordo com as suas necessidades e interesses. (VASAPOLLO, 2005).

Para além disso, a gestão a ser perseguida a partir do pacto de gestão é apresentada como uma proposta de governo e não de Estado, evidenciando que a mudança de governo poderia interromper e por fim nas ações e serviços fator que é agravada pela escolha de gestores incapacitados para tal função devido a existência dos cargos comissionados ou de confiança.

O conceito de gestão em saúde introduzido pela NOB e reforçado pelo pacto potencializa as questões inerentes a essa condição: ser gestor da saúde implica implantar novos modos de atenção, baseados na territorialidade e voltados para atender as necessidades sociais demandadas e percebidas; significa participar de um projeto de governo como ator social envolvido no interesse coletivo; significa ter governabilidade (pacto social e sustentabilidade) e capacidade de gestão (dirigente, mediador de interesses, executor e avaliador), ou seja, compartilhar um projeto que exige competência política, capacidade técnica e sustentabilidade. Todos somos, portanto, gestores (SANTOS, 2010, p.145).

São esses gestores, em sua grande maioria desqualificados para o exercício da função, não no sentido pejorativo, mas da limitada compreensão dada à complexidade do SUS, que na atual conjuntura têm assumido a condução da gestão dos sistemas de saúde nos municípios e estados brasileiros, recorrendo à terceirização pelo baixo custo das propostas de convenio apresentadas, e pelo aumento da capacidade de manipulação e exploração do trabalhador em condições de trabalho precário, decorrentes da eficiência que essas alternativas empresariais demonstram congregam.

Verifica-se que, se o Pacto pela Gestão é convincente na sua elaboração teórica, ou seja, em sua estrutura e concepção jurídico-político, na sua implantação e prática ocorre o inverso, pois a operacionalização tem sido conturbada, controversa e radicalmente empobrecida devido aos projetos sanitários em disputa no interior do SUS, que sofrem tensionamentos de diversas ordens e sentidos que vão desde a relação público-privado, passando pela reforma de Estado, chegando à crise de 2008 e às transformações do mundo do trabalho e seus impactos na saúde.

E nessa tensa conjuntura que o Pacto em defesa do SUS foi formulado, pactuado, aprovado e vem sendo implementado em Foz do Iguaçu. O Termo de Compromisso de Gestão foi elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu apresentado na reunião ordinária do Conselho Municipal de Saúde nº. 387/07, realizada em 09/08/2007 e por meio da resolução 032/07,

O Conselho Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas e em cumprimento aos dispositivos constantes do seu Regimento Interno, aprovado pelo Decreto Municipal nº 16.586 de 27/06/05,

RESOLVE: Aprovar, por unanimidade e sem ressalvas, o “Termo de Compromisso de Gestão Municipal – Pacto pela Saúde” do Município de Foz do Iguaçu, documento esse que é parte integrante da presente Resolução 032, expedida pela COMUS em Foz do Iguaçu, 10 de agosto de 2007.

No ato da aprovação do pacto representantes da Secretaria de Saúde esclareceram que a promulgação da Portaria nº 399/06 instituindo o Pacto pela saúde de 2006, instaurou um novo momento de afirmação do SUS, mais do isso, aprovam as diretrizes operacionais do pacto. O documento não obriga os municípios a assinarem o termo de adesão, no entanto o município que não assumir o pacto terá problemas de financiamento, considerando que houveram alterações nas formas de pactuação e repasses.

No tocante ao Pacto pela Gestão, a Secretaria de Saúde evidenciou que o grande compromisso está centrado nos aspectos da descentralização, regionalização, financiamento, planejamento, programação pactuada integrada, regulação, participação social e gestão do trabalho em relação à saúde. Todas as ações de readequação da rede de serviços de saúde para que se pudesse assinar o termo de compromisso de gestão, foi assessorada pela Secretaria Estadual de Saúde do Paraná, que elaborou uma série de programações para discutir e encaminhar as devidas orientações junto aos municípios por meio das regionais de saúde.

[...] a SESA/PR já está programando discussões internas dessas Portarias, para que possam ser dadas as devidas orientações aos municípios, através das Regionais, trabalhando em conjunto com o COSEMS/PR. Lembrou que no Congresso de Secretários a discussão será totalmente voltada para o pacto pela saúde, principalmente visando definir os encaminhamentos que permitam cumprir com essa nova organização e operacionalização do SUS. Observou que o Estado deverá construir 400 pactos, sendo 399 dos municípios e 01 do Estado, onde serão estabelecidos os conjuntos de procedimentos que terão que cumprir para a sua população própria e para a referenciada, com a respectiva definição dos recursos (ATA CONSELHO ESTADUAL DE SAUDE, 2006, p. 2)

Na fase de discussão para formulação do termo de compromisso de gestão na reunião extraordinária do Conselho Municipal de Saúde datada de 28/09/06, ata nº355, o presidente do conselho em exercício questionou como seria tratada e analisada a questão da fronteira no pacto, considerando que os indicativos dos documentos apresentam apenas preocupação com o lado nacional da fronteira não contemplando diretrizes para o brasileiro que mora no exterior ou para o estrangeiro que mora no Brasil.

As regiões fronteiriças obrigatoriamente há um envolvimento especial do Ministério da Saúde que deve invidar esforços no sentido de promover articulação entre os países e órgãos envolvidos na perspectiva da implementação do SUS e conseqüentemente organização da atenção nos municípios fronteiriços, coordenando e fomentando a Constituição dessas regiões e participando do colegiado de gestão

regional, cita o plano operativo do Hospital Municipal é o primeiro do Brasil (ATA CONSELHO MUNICIPAL DE SAUDE, p.08)

Quando questionados acerca do tratamento destinado a condição fronteiriça no pacto pela gestão os representantes da gestão municipal teceram ponderações evasivas, que insinuam uma preocupação similar ao que vem sendo dada, ou seja, nenhuma, e nessa falta de respaldo os gestores vêm encaminhando os problemas e inchaços dos sistemas nacionais de saúde nas cidades de linha de fronteira como podem e os recursos permitem.

Quando se trata do cidadão brasileiro que mora no exterior, ou seja, no Paraguai, o colegiado de gestão regional é o espaço permanente de pactuação visando uma rede regional de ações e serviços de atenção à saúde integrada e resolutive, o colegiado de bipartite regionais deverá ser constituído por todos os gestores municipais da regional, devendo instituir o processo de planejamento regional que expresse as responsabilidades do gestor com a saúde da população. Ata conselho estadual de Saúde

Trata-se de uma postura de incivilidade perante o gestor de saúde e os moradores da fronteira, pois a ausência de apontamentos concretos sobre as possibilidades de criação de macrorregiões de saúde pactuadas entre gestores das cidades de linha de fronteira num acordo local de natureza internacional que os permita enfrentar a problemática difusa da saúde na fronteira, ainda não transcenderam o espaço fronteiriço. O debate, a formulação e o estabelecimento das diretrizes, ainda que agreguem avanços aos sistemas de saúde, continuam sendo deliberados de forma verticalizada, pensada pelo alto, e situações como a vivida pelo município de Foz do Iguaçu e demais cidades de linha de fronteira continuam sem uma resposta plausível.

Outro dado significativo identificado nas atas do conselho municipal de saúde de Foz do Iguaçu sobre o Pacto pela Gestão é a ausência de qualquer menção ao eixo e componente específico gestão do trabalho. É inegável que a questão fronteiriça, como condição de trabalho inerente ao trabalho nas cidades de linha de fronteira, tem um impacto direto sobre os trabalhadores de saúde dessa região, haja vista as discrepâncias entre os sistemas de saúde que elevam o contingente de estrangeiros que procuram os serviços de saúde no Brasil como identificado nas fala dos trabalhadores de saúde.

Levando em conta que nosso município tem melhor estruturado o serviço de saúde de Ciudad Del Este, cidade gêmea a demanda por esse serviço é grande e a resposta a demanda muitas vezes é de interesse do Assistente Social do que de interesse da gestão, resultando no adoecimento. (SC,2012)

Não há na minha compreensão interesse da gestão em responder à demanda “circulação de pessoas” na fronteira o que acarreta no desgaste físico e mental do profissional que está na chamada ponta e que busca responder a essa demanda. (RJ, 2012)

A gestão do trabalho no SUS, enquanto um dos eixos estruturantes do pacto pela gestão, não conseguiu enfrentar a crise dos padrões de regulação e de gestão que gera e perpetua inúmeras desigualdades sociais que condicionam alguns setores da sociedade, como o caso a saúde, a manter-se submissa no processo de reprodução social de uma nova forma de sociabilidade que se funda no horizonte de uma coesão social mantida via consumo, e não subordinada ao trabalho.

Considera-se que a gestão do trabalho constitui o instrumento capaz de associar os determinantes sociais de saúde e as necessidades de saúde dos trabalhadores para o enfrentamento do adoecimento e morte no ambiente ocupacional, por elevar a compreensão de que o ser humano, ao longo de sua existência, viverá situações de saúde x doença, de acordo com suas potencialidades e, com a produção e reprodução de sua existência e a cadeia de relações sociais desenvolvidas a partir daí. Assim, as condições de saúde são determinadas pelas relações sociais estabelecidas em sua vida cotidiana, ou seja, pela realidade social, de tal forma que se pode dizer que, a partir da dinâmica social, apreendemos e podemos definir as necessidades de saúde de cada setor produtivo e da população que a ela se relaciona.

Desse modo as repercussões do Pacto pela Gestão na intervenção do Assistente Social, como os demais trabalhadores nos sistemas nacionais de saúde na fronteira reside na ausência de uma política de saúde do trabalhador com aportes heurísticos que permitam a compreensão que mecanismos diversificados determinam as condições de vida das pessoas, bem como as suas vivências em saúde x doença. Dentre os diversos fatores determinantes das condições de saúde incluem-se: os condicionantes biológicos (idade, sexo, características herdadas pela herança genética); o meio físico (que inclui condições geográficas, características da ocupação humana, disponibilidade e qualidade de alimento, condições de habitação); os meios sócio-econômico e cultural (expressam os níveis de ocupação, renda, acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamentos interpessoais); a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade de atenção pelo sistema prestado. Tais características devem ser associadas às formas de apreensão dos modos de ser da saúde e do trabalho do trabalhador da saúde.

É importante destacar que os determinantes sociais têm forte inter-relação, uma vez que são produtos da estrutura social e nela se reforçam, mantém relação de

propriedade, garantem a acumulação e produzem desigualdade. Outros determinantes de peso na má-qualidade de vida e de saúde da população são os diferentes níveis de desenvolvimento regional, o confisco salarial da classe trabalhadora e a concentração de terra, uma das mais aviltantes entre países de potencialidades e tradição agrícola (ESCODA E LIMA, 1992, p. 3).

A ausência da centralidade da gestão do trabalho no SUS, a partir da formulação do Pacto pela Saúde, retirou de cena o compromisso teórico-crítico de recomposição e redefinição das condições e relações para os trabalhadores do SUS em Foz do Iguaçu, por manter estagnada a estrutura, regulação e funcionamento do exercício das atividades profissionais, de acordo com o estabelecido em 1998 no ato de credenciamento e habilitação do município na gestão plena do sistema municipal de saúde.

A avaliação procedida pelos assistentes sociais trabalhadores no sistema municipal de saúde de Foz do Iguaçu, referente às condições e relações de trabalho evidenciou:

Regular adequação do número de profissionais por habitante; Ruim os tipos ou formas de contratação; Regular ambiente de trabalho; Ruim o plano de carreira; Regular o numero exigido de procedimento dia; Ruim qualificação profissional; Ruim a jornada de trabalho. (SS, 2012)

As ponderações efetuadas pelos assistentes sociais evidenciam o demérito da gestão na compreensão e incorporação de todos os componentes pactuados ao assinarem o Termo de Compromisso de Gestão pactuado entre união, Estado e Município, e na melhor das hipóteses, demonstra a falta de interesses nos temas que abordam trabalho e conseqüentemente a saúde do trabalhador de saúde, uma vez que a pactuação financeira e a regionalização como instrumento de racionalização do uso e oferta de serviços são questões mais relevantes por envolver o repasse de recursos.

Em contrapartida os gestores não se preocupam se os trabalhadores terão saúde e capacidade operativa para, planejar, coordenar, operacionalizar e executar a rede de ação e serviços organizados e ofertadas a partir dos escassos recursos repassados aos municípios. Verifica-se uma clara dissociação, por parte da gestão, do pensar e do fazer, que confirma a não priorização, instituição e qualificação da gestão do trabalho na saúde.

Os assistentes sociais da região de fronteira coadunam com os princípios e valores que pensar e intervir no sistema de saúde em região de fronteira significa considerar como as condições de vida e de trabalho interferem de diferentes modos nos “estados de saúde”, porém, com a imposição e permanência das características taylorista nos processos de trabalho em saúde, os princípios e ideais ficarão somente no plano das abstrações.

O arcaísmo que paira sobre a intervenção do assistente social na região de fronteira, nada mais é que a expressão da compreensão reduzida da gestão municipal da saúde sobre eixos e desdobramentos do Pacto pela Saúde, com destaque do Pacto pela Gestão, pois o foco ainda centrado apenas nas questões pertinentes ao financiamento, custeio, regulação e controle das ações e serviços de saúde não são ou serão capazes de melhorar a estrutura, a oferta e qualidade de serviços à população, pois a clássica separação entre o pensar e o fazer já comprovou que esse método pode trazer resultados por certo tempo, mas não para todo tempo.

A pesquisa revelou que a implantação do Pacto pela Gestão não impactou ou repercutiu na intervenção dos assistentes sociais em região de fronteira, seja pelo desconhecimento dos profissionais, considerando que todos os trâmites relativo às adequações para assinatura do termo de compromisso em adesão limitou-se à esfera do primeiro escalão da gestão municipal mesmo que tais alterações ocorreram apenas a nível de reformulação e adequação dos instrumentos de gestão que na prática não se concretizaram.

Por fim, observou-se que a adesão ao pacto pela Gestão na prática não se converteu em mudanças para os trabalhadores do sistema público de saúde de Foz do Iguaçu; não houve e não se identifica alterações, reordenamentos ou ampliação da oferta de serviços, mas sim a manutenção da mesma estrutura já inaugurada em 1998, que hoje encontra-se defasada, com imensas fraturas. É com essa estrutura que os trabalhadores de saúde vêm enfrentando a escassez da oferta de serviços públicos na mesma medida em que a queda do padrão de renda tem levado à migração de novos e potenciais usuários dos planos de saúde para o SUS, entre outras inflexões próprias da política.

5.4 O EFEITOS DA PRECARIZAÇÃO, DO PACTO PELA GESTÃO NO EXERCÍCIO E NA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL.

É observável, a partir das reflexões anteriores, que o Pacto pela Gestão no município de Foz do Iguaçu passou despercebido pelos trabalhadores de saúde, embora o termo de compromisso assinado no ato da adesão ao Pacto pela Saúde que engloba os demais, constitua-se uma declaração pública de compromisso dos gestores municipal com os demais gestores dos respectivos entes federados e com a população usuária do SUS, representada nas suas devidas proporções pelos conselheiros municipais de saúde.

Ainda que o Pacto reforce a necessidade de regulamentação do artigo 35 da lei 8.080/90 ampliando a capacidade de aporte de recursos levando em consideração as características demográfica e epidemiológica e o perfil sanitário a nível local, essas recomendações não se transformaram em ações práticas regulamentadas, assim como o pacto não definiu um padrão de integralidade a partir do qual possa nivelar as ações e serviços colocados à disposição da população, pois tal postura seria comprometer-se publicamente com um modelo oficial de rede de ações e serviços assistencial regionalizada que atendesse à todas demandas e necessidades de saúde.

Considerando que, no desenho da assistência à saúde no Brasil a gestão municipal no contexto atual é plena de responsabilidades, e tem assumido, ainda que não isoladamente mas quase individualmente, o compromisso com a prestação de ações e serviços à população que no seu território reside, o não enfrentamento contundente do pacto pela gestão, das situações envolvendo a gestão do trabalho no SUS e a definição dos percentuais de aporte financeiro dos estados brasileiros no custeio dos serviços de saúde, têm contribuído para a afirmação da precarização do trabalho no âmbito dos sistemas de saúde municipais.

O Pacto pela Gestão, ainda que buscasse romper com a cultura organizativa do Estado brasileiro, centrada no personalismo patrimonialista, autoritário, burocrático direcionada pelos interesses privados, esse instrumento de repolitização do SUS, não conseguiu estabelecer um modelo gerencial que articule financiamento e execução, e que apreenda as iniquidades e disparidades entre os municípios que exigem ações, aporte de recursos e organização de redes de serviço diferenciadas frente aos díspares perfis epidemiológicos.

O modelo de gestão adotado no Brasil a partir de 2006, e espreado pelos municípios em 2007, padeceu do mesmo problema presente nas legislações anteriores: o engessamento da gestão, fundado e respaldado no discurso da escassez de recurso financeiro e nos marcos jurídicos regulatórios dos gastos públicos, impedindo a possibilidade de instituição de uma nova cultura de gestão na qual a gestão do trabalho seja peça fundamental.

O “engessamento” da gestão, por conta das limitações legais estabelecidas em função da política econômica, a exemplo da Lei de Responsabilidade Fiscal, a inadequação das “alternativas” subsidiárias das reformas gerencialistas, que geram a fragmentação do processo de gestão, o marcado amadorismo decorrente da insuficiência de quadros profissionalizados, a reprodução de práticas clientelistas e corporativas na indicação de ocupantes dos cargos de direção em todos os níveis, caracterizam a política de saúde no Brasil . (PAIM e TEIXEIRA, 2007, p.05).

No enfrentamento dessas questões, surge o debate sobre as fundações estatais de direito privado, instrumento inovador no campo da gestão que comportam estratégias e

alternativas capazes de resolverem todos os problemas vividos pelos gestores municipais no território brasileiro. As fundações se apresentam como uma forma ilusória para criar a relação com e de mercado nas políticas sociais” (GRANEMANN, 2008, p. 39). Porém o desconhecimento e arcaísmo próprio dos gestores levam à incorporação dessas instituições como a saída única e possível para resolução dos problemas do SUS.

Em Foz do Iguaçu, houve, sem qualquer reserva por parte da gestão, a agregação das medidas sob a justificativa do “caráter complementar” na implantação da rede de ações e serviços de saúde, respaldada na “reserva do possível”³⁴, sob a alegação da responsabilidade civil e criminal pela recusa de dispensação.

As parcerias estabelecidas com as fundações em muito têm corroborado com a manutenção da iniquidade em saúde nos municípios brasileiros, pois transforma os compromissos e responsabilidades dos gestores municipais em fixar as prioridades de saúde, em contratos emergenciais de curta duração, que não atendem às demandas de saúde dos usuários e, sem vínculo efetivo com a população.

Outra questão latente nesse jogo é a manipulação do complexo médico-industrial que emerge nesse contexto como fundações públicas de direito privado implantando seus projetos de interesse privado com a pretensão de mercantilizar e vender, e não de produzir cuidados preventivos e de promoção da saúde, enfatizando mais a doença do que o estar saudável.

As situações levantadas evidenciam a manutenção dos mecanismos de precarização do trabalho, instituídos no sistema de saúde pelo via da gestão, que modificam e deterioram radicalmente os processos de trabalho e compromete a prestação dos serviços à população, pois tais modalidades ofertam empregos de baixa qualidade, remuneração e vínculo trabalhista flexibilizado, forçando o trabalhador de saúde a ocupar-se de vários vínculos.

Nesse sentido, o pacto pela gestão incide drasticamente nas condições e relações de trabalho dos assistentes sociais trabalhadores em Foz do Iguaçu, na medida em que não agrega a proposta de desprecarização do trabalho, ao contrário, se coloca como estratégia de sua implantação desconsiderando as especificidades das situações de trabalho locais, os saberes construídos, a interdisciplinaridade e a intersetorialidade, princípios reclamadas na discussão da gestão no Brasil.

Ao centrar a contenda do pacto pela gestão no financiamento, os gestores no município de Foz do Iguaçu preocuparam tão somente com o repasse de recursos financeiros,

³⁴ A reserva do possível é um dispositivo jurídico utilizado pelos municípios para justificar a ínfima ou precária oferta de ações e serviços públicos. Esse dispositivo permite evidenciar o caráter prestacional dos direitos fundamentais, que tem sua eficácia diretamente ligada e dependente da implementação de políticas públicas pela administração público, o que não se faz a curto prazo (GANDINI *et al*, 2010).

não restando qualquer resquício de comprometimento com a necessidade de redesenhar a rede de ações e serviços de saúde e, de forma contemplar, todos os eixos do pacto para o cumprimento das metas sanitárias. Tal afirmação é identificada na fala dos assistentes sociais ao evidenciarem o desconhecimento das diretrizes e eixos da nova forma de gerenciar a saúde aderidos pelo município ainda em 2007, conforme constatado em ata, tanto do conselho municipal quanto do estadual.

Com relação ao Pacto pela Gestão desconheço e não tenho conhecimento de programa, das diretrizes relacionadas à gestão e organização do trabalho na saúde. (SS, 2012).

A implantação do pacto pela Gestão não trouxe melhorias das condições e relações de trabalho no município. Gestão do Trabalho se esta deve ser entendida como a busca a valorização dos trabalhadores da saúde e humanização, em nosso município o desrespeito a lei 12317 de 26/08/2010 é o exemplo disso (SC, 2012)

A reduzida articulação e compartilhamento das propostas de mudanças que deveriam ser efetivadas a partir da adoção do pacto pela saúde em todos os seus eixos e dimensões e em todos os segmentos do setor, denunciam a ausência da construção de uma rede de serviços com a efetiva participação dos trabalhadores de saúde, demonstrando a implantação dos alicerces para a construção de um sistema de saúde fortemente enlaçado aos interesses privados.

Essas características corroboram para a manutenção de um sistema de saúde em Foz do Iguaçu que não apresenta distribuição de serviços e de trabalhadores equitativa que atenda as expectativas dos usuários, alterando os processos de trabalho na sua organização e gestão refletido no número de procedimentos realizados por turnos pelos assistentes sociais que desqualificam os atendimentos voltados a população e, como consequência, tem levado os profissionais do setor nas cidades gêmeas, ao adoecimento no trabalho.

Essa precarização é intensificada pela ausência de capacitação para os trabalhadores dos serviços públicos de saúde, tanto sobre as mudanças quanto sobre o atendimento às demandas estrangeiras, considerando, incontestavelmente, que o fator cidade gêmea ou município de linha de fronteira é um agravante nas condições de trabalho, seja pela intensa procura por atendimento de emergência e urgência face às assimetrias entre os sistemas de saúde nacionais e a gratuidade, seja pela discrepância das tecnologias de saúde e diagnósticos de um país para outro.

A escassez de informação aos trabalhadores sobre as inovações no campo da saúde, próprias do amadorismo das gestões, incidem na ausência de avaliação de impacto; falta de

sistematização; difusão e intercâmbio de conhecimentos sobre conceitos e metodologias e experiências que podem melhorar ou minimizar os efeitos da precarização no exercício profissional dos assistentes sociais. Porém, a forma taylorista de organização e gestão do trabalho em saúde revela a opção por uma administração antidemocrática não interessada em formular e projetar políticas específicas para as situações particulares de saúde que afetam certos segmentos populacionais, sem desvincular ou desconsiderar a totalidade da assistência.

O fenômeno da precarização, que assola não somente os profissionais de saúde mais o conjunto da classe trabalhadora duramente, têm repercutido e deteriorado as condições de trabalho dos assistentes sociais; de um lado, pela sua condição de trabalhador assalariado e, de outro, pelas metamorfoses das expressões da questão social e o crescente empobrecimento da população que faz aumentar cada dia mais o contingente populacional que procura os serviços sociais públicos.

No âmbito das condições de trabalho, a atuação do assistente social, por se inscrever no terreno do trabalho improdutivo que não gera mais-valia, e por não criar diretamente valor para o capital e, conseqüentemente, não ter valor de troca, sofre os efeitos deletérios da precarização em duplo sentido. O primeiro efeito está relacionado à prestação de serviços considerando que as suas ações têm uma dimensão abstrata, pois ao mediar relações, litígios e conflitos sociais, promoção da saúde, prevenção entre outros, os resultados dessas intervenções não são materiais e essa imaterialidade, em muitas situações coloca-a como dispensáveis no âmbito da saúde. O segundo efeito, resultante do primeiro, e a falta de materialidade na maioria das ações, na leitura de outros trabalhadores de saúde, colocam o serviço social numa situação periférica no âmbito da saúde, por restringir o espaço de participação da profissão nos processos de trabalho em saúde.

A classe-que-vive-do-trabalho engloba também os trabalhadores improdutivos aqueles cujas formas de trabalho são utilizadas como serviço, seja para uso público ou para o capitalista, e que não se constituem como elemento diretamente produtivo, como elemento vivo do processo de valorização do capital e de criação de mais-valia. São aqueles em que, segundo Marx, o trabalho é consumido como valor de uso e não como trabalho que cria valor de troca. O trabalho improdutivo abrange um amplo leque de assalariados, desde aqueles inseridos no setor de serviços, banco, comércio, turismo, serviços públicos etc., até aqueles que realizam atividades nas fábricas mas não criam diretamente valor (ANTUNES, 2003, p. 102).

Desta forma o adensamento das características tayloristas na gestão e organização do trabalho, o engajamento periférico, e a redução dos espaços de participação e inserção dos assistentes sociais nos processos de trabalho em saúde, têm se colocado definitivamente como um elemento que interfere nas respostas e no resguardo e atenção ao direito à saúde dos

nacionais e não nacionais que vivem no entorno da fronteira, seja pelo desgaste mental, físico e social que lhes rouba a criatividade e possibilidades de antecipar repostas; seja pela pressão na intensidade e ritmo de trabalho com a expansão do atendimento não acrescido do número de profissionais que exaure o potencial criador com impactos na sociabilidade e na saúde geral do trabalhador, levando-o a condição de tarefeiro; ou pelo regular funcionamento do sistema de saúde no município, imposto através de políticas e práticas organizacionais racionalizadoras que violam os valores éticos e morais dos trabalhadores por meio da instauração do medo e da incerteza nos locais de trabalho, denunciado por alguns autores como a “nova servidão”.

Em termos de repercussão e ganho para os trabalhadores da saúde com a implantação do Pacto pela Saúde e Gestão nos quatro anos que estou no serviço público municipal não consigo identificar ações e serviços que realmente demonstram efetivamente e, materializam o pacto pela saúde, não significa que não ocorreram mudanças, reformas, inovações na gestão mas não consigo compreendê-las como positivas (SS, 2012).

Partindo da premissa que o pacto pela Saúde passou a ser o instrumento jurídico normativo de delimitação do funcionamento do SUS, condensando as formas de financiamento e de responsabilidades e as metas sanitárias entre gestores, regulamentado por um termo de compromisso tal, não alçou e nem alçará mudanças caso temas considerados relevantes na conformação e afirmação do SUS, como a gestão do trabalho, o padrão de integralidade a ser destinado à população, e a equalização e elevação do debate dessas questões ao patamar de importância destinada às discussões sobre financiamento, controle social, auditoria, controle e avaliação.

Ficou evidente, na fala dos sujeitos de pesquisa, que as mudanças promovidas com a adesão ao Pacto pela Gestão deram-se apenas no âmbito do termo de compromisso de gestão, pois as transformações previstas e que deveriam ocorrer com a implantação do pacto passaram despercebidas tanto pelos trabalhadores quanto pelos conselheiros de saúde em Foz do Iguaçu. Pois ao centrar a discussão do pacto apenas no aspecto do financiamento, houve uma baixa a participação dos trabalhadores e usuários na formulação e definição das responsabilidades e metas sanitárias, cabendo aos conselheiros uma participação tutelada para conhecimento da proposta e posterior aprovação, como constatou-se nas atas investigadas.

O não reconhecimento do trabalhador de saúde como parte integrante do processo de implantação do pacto pela Gestão, instituído no município de Foz desde 2007 agride os profissionais pela falta do reconhecimento da luta e trabalho destes em prol da organização do

sistema de saúde no município. Essas situações, enfrentadas institucionalmente pelos assistentes sociais a partir dos seus locais de trabalho, têm levado a distúrbios psíquicos como fadiga, depressão, doenças psicossomáticas, frustração, desgaste mental, doenças contemporaneamente reconhecidas como decorrentes do trabalho. (SELIGMANN-SILVA, 2012).

Outras repercussões que podem ser assinaladas ainda como derivadas do pacto pela gestão nas situações, condições e relações do trabalho dos assistentes sociais no sistema de saúde de Foz do Iguaçu, são conflitos interpessoais gerados pelos variados vínculos trabalhistas, pelas diferenças de remuneração, carga horária e jornada de trabalho, que criam vivências de autodesvalorização e acusações de um profissional para outro, sem a devida apreensão de que as manifestações desta forma de ser do trabalho, que aliena, precariza, enfraquece e fragiliza, é própria da sociabilidade capitalista contemporânea.

A nova sociabilidade plasmada pela reestruturação produtiva que atinge o mundo do trabalho favorecendo a efervescência da precarização, reconfigurando o trabalho em dimensões e circunstâncias por meio da inclusão de novas modalidades de ocupação, tais como, o trabalho sazonal, o teletrabalho que, muitas vezes, resulta na migração, constantes deslocamentos, a exigência da produtividade que invade o espaço da vida privada, tem levado à ruptura dos laços sociais que ocasionam a indiferença, a desresponsabilização e a consequente pulverização das lutas da classe trabalhadora.

O pensamento neoliberal se apoia numa complexidade de mecanismos que permite a exploração e expropriação da subjetividade dos trabalhadores que pelo instinto de sobrevivência não identifica outra saída a não ser continuar exposto a precarização que conflui para instituição de uma visão fatalista da situação. O mercado de trabalho do serviço social determina a sobrevivência dos assistentes sociais por meio do estatuto do assalariamento, ou seja, os profissionais” são despossuídos dos meios de produção, não tendo alternativas de sobrevivência senão vender sua força de trabalho sob a forma de assalariamento”. (ANTUNES, 2002, p. 109).

Outra questão de considerável relevância que aqui deve ser mencionada é o corte de gênero que atravessa os trabalhadores de saúde dentre as quais se destaca o serviço social, ao se furta nos locais de trabalho do debate sobre a gestão do trabalho no SUS, no âmbito do pacto, as clivagens como o gênero continua sendo duplamente precarizado, uma vez que questões relativas a adoecimento e morte da mulher no trabalho não são discutidas, ao contrário, verifica-se a intensificação das cobranças patronais e dos agentes empregadores

que exigem cada vez mais por parte desse segmento, a interlocução e consenso entre as demandas domésticas e emprego assalariado.

Verifica-se que as lacunas deixadas tanto no âmbito nacional quanto municipal na implantação do pacto pela gestão, mantiveram, para os assistentes sociais, uma auto-representação do trabalho como “guerra e luta”, em que a guerra é instaurada como medida de enfrentamento e erradicação dos preceitos pós-fordistas, e como a manutenção do emprego estável e da participação dos trabalhadores de saúde e usuários na afirmação e democratização de um SUS pleno de cidadania. Nesse confronto, a luta se coloca pela sobrevivência, para escapar dos perigos do ambiente de trabalho, capazes, potencialmente, de ocasionar danos irreparáveis, luta para manter o autocontrole e pela preservação da dignidade. (SELIGMANN, 2012, p. 349).

O Pacto pela Saúde, quem faz é a Secretária de Saúde, X. Toda e qualquer informação vocês conseguirão com ela. Nós estamos mais na ponta do atendimento mesmo. Não temos essas informações porque é a Secretária de Saúde que faz todo esse processo (SIS_PACTO_2011).

Eu acredito que há falta de envolvimento da equipe. As pessoas não conhecem o programa e o pouco que eu sei é porque procurei sozinha, porque não tem essa política de integração. Ontem eu lia o texto “Planejamento de saúde para não especialistas” do Jair Paim, e ele fala que quando a informação circula entre os profissionais as ações se tornam mais eficazes. E é aí que eu vejo o porque do fracasso das nossas ações e do nosso planejamento. Trabalhar com saúde tem muitos imprevistos e ações que necessitam imediatismo, mas não pode ficar só nisso, tem que ter um norte, tentar planejar, ter objetivos e avaliar os resultados. (SIS PACTO, 2011).

O Pacto pela Gestão, ao privar a participação dos trabalhadores e usuários na sua formulação e implantação, ainda que reduzida ao campo do financiamento, trouxe um conjunto de efeitos perversos para os assistentes sociais que trabalham no sistema de saúde em Foz do Iguaçu. Em primeiro lugar, o mais significativo e ao mesmo tempo danoso, não somente para os assistentes sociais mas para o conjunto de trabalhadores de saúde, foi a omissão da regulamentação e debate da gestão do trabalho. Essa omissão impediu o enfrentamento de questões como a precarização, a inclusão do campo da saúde mental e da clivagem de gênero no âmbito da saúde e do trabalho no setor.

[...] Não chegou a todos. Chegou para os funcionários que cuidam da auditoria e relatórios de gestão, mas nem essas pessoas sabem nos dizer o que é o Pacto. Nós sabemos o que é o Pacto e como funciona porque fomos fazer a pós, porque nem as pessoas que trabalham aqui e são responsáveis pelo Pacto sabem realmente o que é o Pacto e seus objetivos e importância. (SIS PACTO, 2011)

Enfatiza a situação apresentada que o Estado permanece com um papel de fundamental importância na manutenção das situações de precarização no trabalho e do próprio SUS, considerando que, no próprio pacto, não se encontram regulamentadas as formas de condução e os instrumentos que resguardam o efetivo comprometimento dos entes federados com a implantação e operacionalização de todos os eixos nele descritos.

A baixa, ou quase nenhuma, referência no pacto das questões direcionadas à gestão do trabalho na saúde, reduz essa parcela da classe trabalhadora à condição meramente de executores habilitados na produção de cuidados em saúde, além de reforçar a precarização, não somente das condições e relações de trabalho, mas as relações interpessoais que afeta a vida privada, evidenciando que o Estado, além de manter a precarização do trabalho, ainda dispõem de um arsenal jurídico para introduzi-la nos marcos do SUS, via a complementaridade, que tem se tornado uma saída viável e possível para a inserção das fundações e organizações sociais na prestação e produção de ações e serviços de saúde.

Este aumento em relação ao mercado de trabalho do assistente social pode representar uma falsa idéia, de quanto esta classe trabalhadora não é afetada pelo desemprego estrutural, como a maioria dos trabalhadores vivencia. É necessário esclarecer que tal fenômeno ocorre para atender uma das determinações da lei, uma imposição do projeto neoliberal, para responder as diretrizes impostas pelo Banco Mundial. (MENESES, 2010, p. 123)

Embora essa última estratégia governamental amplie o mercado de trabalho para os assistentes sociais essas ocupações novas mascaram o processo de precarização a que estão submetidos sob a falácia da expansão da oferta de emprego em tempos de crise financeira, mesmo que venha acompanhado de relações e condições de trabalho aviltantes, com alta propensão ao adoecimento, acidente e morte no trabalho.

Em segundo lugar, um aspecto relevante, que não o poderia deixar escapar da análise das repercussões do Pacto pela Gestão no trabalho e do adoecimento dos assistentes sociais, é a importância do princípio da regionalização no enfrentamento das situações peculiares das regiões fronteiriças. A interpretação empobrecida da gestão, sobre a implantação e operacionalização da regionalização na elaboração do pacto pela gestão, limitou e impediu o aprofundamento do debate sobre saúde na fronteira, mantendo estagnada a situação de estrangulamento da rede de serviços que repercute negativamente na saúde dos trabalhadores de saúde.

Elevado número de brasileiros residentes no Paraguai (brasiguaios) dos quais somente uma pequena parcela está legalizada – que retornam ao Brasil em busca de

atendimento a saúde, tendo Foz do Iguaçu como referência. O impacto da população Paraguaia nos serviços e ações de saúde do município é de aproximadamente 11%, e o impacto da população brasileira é de 25% (DAL PRA, COLSAT, 2005)

As discrepâncias e assimetrias nos sistemas nacionais de saúde, vividos nas regiões de linha de fronteira tem impactado não exclusivamente mas também, na atuação dos assistentes sociais, pois exigem o aumento da intensidade do trabalho gerados pelo crescente número da população flutuante e transeuntes transfronteiriços que procuram os serviços de saúde no lado brasileiro da fronteira, pela qualidade e gratuidade. Nesse caso a compreensão mais alargada do gestor sobre o pacto pela gestão poderia ser utilizada como resposta à problemática da fronteira. A regionalização prevê a formação das regiões de saúde, instrumento a partir do qual poderia ser pactuado entre países um conjunto de ações de serviços que atendessem as necessidades de saúde dessa população.

Na verdade, nós fazemos dentro das pactuações que são realizadas. Teve uma época que nós não éramos convidados, depois começamos a ser chamados para fazer parte das pactuações até para colocar a realidade da saúde em geral dentro do município, dentro da fronteira. É tudo junto. Tudo é um pacote só. Só que nós acabamos dividindo, na verdade está tudo junto. E às vezes cada um sabe só do seu setor e muitas vezes não tem conhecimento do que está acontecendo na volta, dentro de outras áreas de vigilância, de dados. Eu acredito que precisa ser mais divulgado ainda, que as pessoas tem que buscar participar mais, porque é muito só naquele momento bem pontual assim, na hora da pactuação (SIS PACTO, 2011).

Em terceiro e último lugar, o pacto pela gestão assim como a contrarreforma do Estado brasileiro, se consagram, com as devidas ponderações, em uma estratégia de implantação de novas formas de gestão e organização pós-fordista do trabalho no âmbito do SUS, que traz, no seu bojo, a flexibilidade, a terceirização e a precarização como processos inerentes das condições e relações de trabalho na sociedade contemporânea. O produto dessas alterações, para os assistentes sociais que atuam no sistema de saúde de Foz do Iguaçu, é a realização do seu trabalho alijado da sua dimensão humano-afetiva, que pressupõe o estabelecimento de vínculos com os demandatários dos seus serviços; os usuários são vistos e tratados na ótica de mais um procedimento executado pelas condições precárias em que as ações são operacionalizadas.

Eu acredito que um ponto positivo seja trazer a discussão e limitar as responsabilidades. “Hoje é o município que atende, é o Estado que atende, quem é que atende e que financia?” Acredito que isso seja um ponto positivo. O ponto negativo é que isso não está claro nem no Pacto. A proposta já não diz de quem é a responsabilidade. Só fala que tem que assumir. Nós assumimos, já fazemos e às vezes sem auxílio de ninguém (SIS PACTO, 2011).

Essas questões que o gestor municipal não confrontou no pacto pela gestão em Foz do Iguaçu confirmam que a implantação do pacto não repercutiu nas respostas profissionais dos assistentes sociais, e a prova cabal pode ser visualizada na falta de menção às demandas peculiares das regiões fronteiriças e as possibilidades de enfrentamento via defesa da regulamentação da regionalização no termo de compromisso de gestão. O pacto dilapidou as condições e relações de trabalho dos trabalhadores, na medida em que as proposições nele contidas em relação à gestão do trabalho caminham na direção oposta a Política Nacional de desprecarização do trabalho no SUS, corroborando para que sentimentos como a dor, prazer e sofrimento, adoecimento, acidente e morte no trabalho permaneçam como temas de pouca relevância, e espetaculares instrumentos de exploração, dominação e submissão do trabalhador aos domínios do capital.

O pacto pela gestão abriu os caminhos para a regulamentação de uma gestão de trabalho no âmbito do SUS que recrudescer a participação do trabalhador de saúde, que o torna fragilizado, vulnerável, responsável individualmente por questões que são coletivas, que seja capaz de adaptar-se à organização flexível contemporânea em nome da produtividade e da competitividade.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta proposta investigativa pretendeu desenvolver estudos relacionados às condições e relações de trabalho do assistente social na atenção à saúde em áreas fronteiriças, anterior e posteriormente a implantação do Sis-Pacto tendo como eixo de análise a implantação Pacto pela Gestão no município de Foz do Iguaçu, linha de fronteira com Ciudad del Est, Paraguai.

Buscou-se desvendar, a partir da revisitação dos bancos de dados de quatro projetos de pesquisa já finalizados³⁵, de distintos núcleos de pesquisas com suas diversas áreas de concentração, a apreensão, implicações e efeitos da implantação do pacto pela gestão nas condições e relações de trabalho do assistente social, e os reflexos desse fenômeno na intervenção/atuação no resguardo do direito à saúde dos nacionais e não nacionais que residem na contiguidade das cidades gêmeas.

Verificou-se que as responsabilidades sanitárias pactuadas via Pacto pela Saúde, na sua dimensão pacto pela gestão, longe de incorporar, nem ao menos menciona, a gestão do

³⁵ O Projeto de Pesquisa Sis Pacto foi finalizado em dezembro de 2011.

trabalho enquanto componente de extrema significância para alçar mudanças concretas no âmbito da saúde, pois muito mais que os instrumentos de gestão do trabalho e tecnologias do SUS, a força viva de trabalho necessita ser resgatada e ocupar o ponto central do debate.

Constatou-se que a apreensão dos gestores sobre o pacto pela gestão limita-se às questões relacionadas ao financiamento e às formas de regulação para coibir ou inibir o acesso indiscriminado dos usuários aos serviços, a partir da formulação de uma proposta com participação restrita dos cargos de gestão do primeiro escalão, secretários, diretores e, no limite os chefes de divisão. Já os profissionais de saúde, inclusos os assistentes sociais, apresentam total desconhecimento sobre o tema, e as consequentes mudanças que a adesão ao Pacto pela Gestão poderiam ter causado nas suas intervenções, tal situação se confirma a partir da atestada incapacidade pronunciada pelos sujeitos de pesquisa de compreender ou mesmo identificar às diferenças no sistema de saúde anterior ou posterior à assinatura do termo de compromisso.

O Pacto pela Saúde foi apresentado no cenário brasileiro como uma estratégia de repolitização do SUS, no qual a dimensão Pacto pela Gestão assume papel de extrema significância. Na dimensão voltada à gestão, o pacto condensa um veio de contradição que pode corroborar, tanto com a concepção de um sistema de saúde alicerçado nos princípios e valores da reforma sanitária, quanto na direção oposta encampada pela proposta de mercantilização do setor.

Nessa lógica, o Pacto pela Gestão pode se consagrar no âmbito do SUS como um instrumento de afirmação, endosso e concretização dos preceitos da reforma do Estado, assim como poderá se plasmar como mecanismo de democratização e cidadania na saúde, reafirmando uma política de saúde de acesso universal, equitativo, integral a todos os cidadãos brasileiros que residem no país ou em seu entorno.

Ao deparar-se com a situação de pleno desconhecimento e não participação dos trabalhadores de saúde na formulação, encaminhamento, estabelecimento das metas sanitárias e nas pactuações, fica evidente que o gestor tem conduzido a implantação do Pacto pela Gestão numa órbita de descidadanização do SUS, ao apresenta-lo como um instrumento de adensamento e incorporação dos parâmetros aludidos na reforma do Estado, tendo como estratégia de fundo levar os profissionais à alienação e empobrecimento, características fundamentais para manutenção da acumulação privada que tem sido utilizada pelas grandes indústrias, e poderão ser adotadas pelas terceirizações, consolidando a mercantilização da saúde.

A assertiva tem fundamento quando, de um lado, verifica-se a criação pelo município de uma secretaria exclusiva para cuidar das tratativas relativas à Gestão de Pessoas e Políticas de Recursos Humanos, destinando um tratamento desigual aos servidores públicos pela homogeneização das diretrizes, sem respeitar as especificidades de cada setor, secretaria divisão, departamento. Essa prerrogativa retira da Secretaria de Saúde as responsabilidades de implantação da gestão do trabalho, uma vez que aquele órgão se estabeleceu e se firmou como capaz de implantar e operacionalizar uma política de gestão do trabalho para todos os serviços e servidores municipais, incluindo a secretaria de saúde .

Tal medida acentuou no âmbito da saúde municipal a separação entre o elaborar e o executar na produção do cuidado em saúde, considerando que o gestor restringe a participação dos trabalhadores da saúde a mera execução das ações e serviços pactuados no termo de compromisso.

Desta forma, a gestão municipal da saúde em Foz do Iguaçu vem combinando novas e velhas formas de organização e gestão do trabalho, afinadas ao desenraizamento produtivo, ampliação da força de trabalho excedente mediante as terceirizações de serviços para empresas de outras regiões, a externalização e esfacelamento dos processos de trabalho em prol do aumento da eficiência, produtividade e diminuição dos custos, a partir do uso de expedientes como trabalhos instáveis, parciais, precários e temporários, contexto que não coaduna com os preceitos da reforma sanitária.

A flexibilidade, nessas situações tem se colocado como palavra de ordem que há muito vem sendo utilizada na área da saúde por meio da “refamiliarização”, mecanismo de externalização e descentralização dos cuidados em saúde à família, principalmente no âmbito da saúde mental, do internamento e programas de atenção domiciliar, em que os cuidados são produzidos no domicílio dos pacientes, caracterizando mão-de-obra temporária em prol do recebimento de materiais, insumos e por vezes transferência de renda direta.

Nesse processo, constata-se uma franca ignorância do ordenamento jurídico-normativo, de proteção e fortalecimento das relações e condições de trabalho, pois tal estatuto normativo de segurança ao trabalho e do trabalhador se interpõe como um obstáculo ao equilíbrio do mercado, sendo necessário instituir um corpo regulatório flexível, passível de revisão para atender os interesses do capital. Nesse confronto, tem-se a remercantilização da força de trabalho.

A forma como o trabalho vem sendo gerenciado no âmbito do SUS em Foz do Iguaçu, não aponta qualquer tipo de comprometimento com os princípios da Política Nacional de Desprecarização do SUS e, muito menos, com o pacto. Tais indícios são identificados ao

apontarmos que a secretaria de saúde do município ainda mantém o mesmo quadro de assistentes sociais inaugurado no final dos anos 90 e, quando há uma recomposição de profissionais da área, estas se dão por meio de contratos de trabalho instáveis com baixa proteção social, via cooperativa ou terceirizados.

Mesmo sendo alvo de uma conjuntura expressa pelo aumento considerável de pessoas que vêm gradativamente migrando dos planos de saúde para serviços de saúde públicos, e a instalação da Universidade da Integração Latina Americana, que aportou um contingente populacional significativo de novos e potenciais usuários do SUS, que não vieram acrescidos de recurso para custeio operacional, seja de serviços ou mão obra, essas situações não tensionaram para a necessidade do repensar a gestão do trabalho no âmbito do sistema municipal, mesmo que o estrangulamento do setor seja um fato comprovado.

Nessas situações, os terceirizados e os cooperados são tidos como a estratégia de racionalização de mão de obra, havendo, porém, em determinados setores, a reorganização das relações de trabalho de forma que a nova composição favoreça o agente empregador, dotando-o de um poder maior de determinação da forma de uso da força de trabalho. Ou seja, o dispositivo que tem sido regularmente utilizado é a contratação de profissionais temporários para as conjunturas de superlotação e inchaço do sistema, entendido como: passada a fase, esses serão desvinculados da prestação de serviço.

Os servidores públicos de carreira nessas situações tornam-se, na visão dos cooperados e dos terceirizados os seus “piores inimigos”, haja vista que os trabalhadores com vínculos celetista sentem-se escravizados e humilhados, pela forma de alocação, remuneração, tempo de trabalho e intensidade do uso da força de trabalho, culpabilizando os estatutários pela situação. Tem-se nesse cenário trabalhadores de saúde fragilizados, numa luta travada entre a própria classe, com relações de trabalho esfaceladas, sem condições objetivas para realização do trabalho, com apenas uma certeza a insegurança e o medo de perder o emprego.

As relações e condições de trabalho aí originadas, sob as quais os assistentes sociais encontram-se submetidos no sistema de saúde na região de fronteira juntamente com os demais trabalhadores de saúde, evidenciam a dominância do trabalho explorado que, contemporaneamente, tem sido mascarado com a pulverização e fragilização dos trabalhadores, mediante a instauração de uma hipotrofia nos servidores estáveis, obrigando os trabalhadores a engajar-se na luta em contraposição ao trabalho precarizado. Logo, o cenário observado contempla situações laborativas adoecedoras que inibem a capacidade dos profissionais responderem tanto institucionalmente quanto aos usuários, as solicitações demandadas pelo sofrimento mental decorrentes do alto grau de vulnerabilidade no trabalho.

Essa vulnerabilidade é elevada ao expoente máximo quando o trabalhador é culpabilizando, criticado e rechaçado pelo agente empregador pelo seu adoecimento no trabalho e, conseqüentemente, pela sua inabilidade de racionalização e produtividade na produção dos cuidados em saúde. A situação em tela explicita as estratégias de fortalecimento de uma forma nova de regulação privada da relação capital-trabalho.

Atualmente, inexistem no município canais públicos nos quais as situações identificadas possam de fato ser discutidas, pois não foi instituída, ainda que seja inscrita no Pacto pela Gestão, a mesa de negociação, instrumento que permitiria ao trabalhador de saúde ter voz e voto, e, portanto, enfrentar o fenômeno da precarização. O espaço, hoje existente, para todo e qualquer debate relacionado às condições e relações de trabalho em Foz do Iguaçu, ainda é via sindical de forma homogeneizada, limitando-se apenas às questões dos dissídios e das perdas salariais, não adentrando mais profundamente na gestão do trabalho de fato.

Observou total falta de sintonia entre as prerrogativas estabelecidas no Pacto pela Gestão, que indica a adoção de vínculos de trabalho no sentido de garantir os direitos sociais e previdenciários, e as ações de adequação de vínculos nas situações necessárias às ações implantadas pelo gestor no âmbito municipal, mesmo considerando que as diretrizes do pacto não estabelecem o trabalho estável como condição imanente no SUS. O quadro apresentado indicou a existência de conflito de poder entre os próprios órgãos governamentais pelo desconhecimento e falta de compreensão das administrações municipais o que tem levado ao agravamento das dificuldades de implantação, gerenciamento e operacionalização dos instrumentos disponíveis para a gestão da força de trabalho.

Outra questão relevante do Pacto pela Gestão, que na região de fronteira resultaria no impacto direto na gestão do trabalho, mais especificamente nas condições e relações de trabalho dos assistentes sociais, é o princípio da regionalização. A regionalização como princípio organizativo do SUS, está intimamente ligada ao fenômeno da descentralização da prestação de serviços públicos, colocando-se na sua forma mais avançada por prescindir da cooperação dos entes federados na estruturação e oferta de ações e serviços de saúde no interior de uma determinada região, respeitando a autonomia de cada um dos membros estatais participantes.

O Pacto pela Gestão, como se observou no decorrer do trabalho, emerge como um instrumento agregador e facilitador de consensos no âmbito das instâncias colegiadas interfederativas que dará origem à regionalização, princípio que favoreceu a organização da atuação dos entes federados na prestação de serviços de saúde no âmbito regional, como enunciado no artigo 10 da LOS 8080/90, que irá resolver, se utilizado de forma bem

intencionada, no sentido de democratização do SUS , os estrangulamentos e inchaços dos serviços de saúde nas áreas de fronteiras.

Assim a regionalização figura como um componente que permitirá aos gestores constituir pactuações interinstitucionais, abrindo possibilidades de formalização de contratualidades entre os municípios de linha de fronteira, com as devidas ressalvas, quando considerada a desarmonização entre os princípios doutrinários e organizativos de cada Estado nacional. No Brasil, os incisos I e II do artigo 7º da LOS 8080/90 atribui obrigatoriedade ao estado brasileiro de oferecer ações de prevenção e proteção à saúde da população, e caso haja falha na oferta do serviço e a pessoa venha a adoecer caberá ao ente federado dispor de tratamento para a recobra da saúde. Nos demais estados nacionais, essa organização ainda não é de todo conhecida.

Mesmo sem contornos definidos e com diversas inflexões, a regionalização, na forma e proposição apresentada no Pacto pela Gestão, não logrou êxito nas discussões, para além da conformação dos consórcios intermunicipais no âmbito do território brasileiro. Nos documentos consultados no decorrer da investigação, em especial as atas dos conselhos Municipal e Estadual de Saúde, não houve referências à regionalização e às possibilidades de composição de região de saúde transfronteiriça; o que se evidenciou foram questionamentos acerca das vantagens financeiras que seriam aportadas aos municípios de linha de fronteira com adesão ao Pacto.

A ausência de nivelamento das discussões sobre o Pacto pela Gestão estabelecendo as possíveis simetrias e assimetrias nos processos de pactuações, devido às especificidades e iniquidades em saúde local e regional, não ratificou a regionalização como um componente privilegiado do pacto, tanto na esfera do debate quanto na sua operacionalização, pois a limitada qualificação dos sujeitos envolvidos, o desconhecimento da gestão, a falta de regulamentação do Ministério da Saúde para conformação das regiões de saúde, e o baixo interesse da gestão municipal na discussão tem relegado o Pacto a mais um instrumento normativo, que buscou apenas superar o engessamento do financiamento da saúde.

Os reflexos do quadro apresentado para as condições e relações de trabalho dos assistentes sociais é a manutenção da precariedade, seja pelo inchaço do sistema de saúde decorrente do número de brasileiros residentes nos países às margens da fronteira, e dos próprios estrangeiros pela gratuidade e sofisticadas tecnologias de saúde, seja pela implantação de ações pontuais como o serviço de atenção à gestantes brasileiras residentes na contiguidade da linha de fronteira, que vem acompanhada de ocupações atípicas.

A centralidade da União, associada ao desinteresse da gestão municipal em lograr êxito na implantação do Pacto pela Gestão, tem se colocado como os adversários mais perversos na manutenção de condições e relações de trabalho precarizadas que aviltam o corpo e a mente dos assistentes sociais trabalhadores de saúde na região de fronteira, favorecendo e intensificando o adoecimento e acidente no trabalho. O pacto pela gestão na sua concepção jurídico-normativa apresenta sintonia com a política nacional de gestão do trabalho e desprecarização do trabalho no SUS. Porém, essas simetrias não tem sido suficientes para resguardar a implantação do referendado, por prescindir da intencionalidade dos homens que nem sempre estão na direção de um projeto societário vinculado aos princípios que o projeto da profissão defende.

Essa subsunção do trabalho ao capital, que começa a ser evidenciada na Inglaterra com a revolução industrial, dissipa a *alienação e exploração* do trabalho, sob a condição do trabalho assalariado que desumaniza o trabalhador e determina novas formas de sociabilidade da classe trabalhadora.

Qualificar a gestão é condição fundamental para melhorar as condições e relações de trabalho no âmbito do sistema de saúde na fronteira, considerando que a saúde é um objeto dinâmico, composto por um alto grau de subjetividade e determinações históricas, dependendo de valores, conjuntura e referenciais que as sociedades em diferentes situações atribuem a ela, que, por vezes, extrapolam o conceito adotado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 1948.

7 REFERÊNCIAS

ADELANTADO, José; NOGUERA, José; RAMBLA, Xavier. El Marco de Analisis: **Las Relaciones Complejas Entre Estructura Social y Políticas Sociales**. In: ADELANTADO, José (org.). *Cambios en el Estado del Bienestar*. Barcelona: Icaria, 2000, p. 23–61.

AGUSTINI, Josiane. **A descentralização da política nacional de saúde e sua institucionalidade nos sistemas municipais na linha da fronteira Mercosul**. Dissertação (Mestrado) em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008.

ASTORGA, Ignácio J.; PINTO, Ana Maria; FIGUEROA, Marco M. **Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai**. 2001-2002. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

ALMEIDA, C. M. **Reforma do Estado e reformas de sistemas saúde: Experiências internacionais e tendências de mudanças**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

_____, **Crise econômica, crise do Welfare State e reforma sanitária**. In: GERSCHMAN, S.; WERNECK VIANNA, M. L. (orgs.). *A miragem da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997. 226 p.

_____, **Novos modelos de atenção à saúde. Base conceituais e experiências de mudança**. In: COSTA, N R.; RIBEIRO, J. M. (orgs.). *Política de Saúde e Inovação Institucional. Uma Agenda para os Anos 90*. Rio de Janeiro: ENSP/FIOCRUZ, 1996.

ALMEIDA, G.E.S. **Pra que Somar se a Gente pode Dividir**. Dissertação de Mestrado apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz. Rio de Janeiro, março de 2000.

ALMEIDA, G. R. **O governo Lula, o Fórum Nacional do Trabalho e a reforma sindical**. *Revista Katálysis*, v. 10, n. 1, p. 54-64, 2007.

ALVES, Giovanni. **O novo e precário mundo do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2000.

_____, **Trabalho e Subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. São Paulo: Boitempo, 2011.

ANDRADE, Odorico Monteiro de. SANTOS, Lenir. **SUS: O ESPAÇO DA GESTÃO INOVAÇÃO E DOS CONSENSOS INTERFEDERATIVOS**, Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2ªed. Campinas, SP: Saberes Editora, 2009.

ANTUNES, Ricardo. **O Que é Sindicalismo**. 18a Edição, São Paulo, Editora Brasiliense, 1991.

_____, Ricardo. **Adeus ao Trabalho?** – ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Editora da Universidade de Campinas, 1995.

_____, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

_____, Ricardo. **Os Sentidos do Trabalho** – ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª edição. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000.

_____, Ricardo. **Dimensões da Precarização Estrutural do trabalho**. In A perda da Razão Social do Trabalho. Druck, Graça e Franco, Tânia (Org.) Boitempo: São Paulo 2007.

_____. **A dialética do Trabalho**. Boitempo: São Paulo, 2007.

_____. **Os sentidos do trabalho: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Bomtempo, 2003.

_____, **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 8. ed, São Paulo: Cortez, 2002.

ARIAS, A. F. M. R. **Vivências de sofrimento e prazer no trabalho: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família de Campina Grande**. Dissertação de Mestrado/UEPB, 2005.

ASSOCIAÇÃO COMERCIAL E INDUSTRIAL DE FOZ DO IGUAÇU. **Primeiro Seminário da Tríplice fronteira**. Foz do Iguaçu: 2003. Disponível em <<http://www.acifi.org.br>>. Acesso em 25 set 2005.

ASTORGA, Ignácio J.; PINTO, Ana Maria; FIGUEROA, Marco M. **Estudo da Rede de Serviços de Saúde na Região de Fronteira Argentina, Brasil e Paraguai: 2001-2002**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2004.

BADARO, Marcelo. **Novos e Velhos Sindicalismos no Brasil**. Tese de Doutorado/História-UFF, Rio de Janeiro, Texto Impresso, 1998.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BARROS, Maria Elisabeth; BARROS, Regina Benevides de. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, Serafim; BARROS, Maria Elisabeth Barros de. (Orgs.). **Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde**. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 61-72.

BATISTA, A.S. **Os excluídos sociais: regulação e desregulação.** In: FERREIRA, M.C. et al (orgs.), A regulação social do trabalho, Paralelo XV, Brasília, 2003.

BARROS, Maria Elisabeth; BARROS, Regina Benevides de. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, Serafim; BARROS, Maria Elisabeth Barros de. (Orgs.). Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Unijuí, 2007. p. 61-72.

BATISTA, A.S. **Os excluídos sociais: regulação e desregulação.** In: FERREIRA, M.C. et al (orgs.), A regulação social do trabalho, Paralelo XV, Brasília, 2003.

BAUMAN, Zygmunt. **Globalização: as consequências humanas.** Tradução Marcos Panchel. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BEHRING, Elaine Rossetti. Trabalho e Seguridade Social: o neoconservadorismo nas políticas sociais. In **Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas.** Elaine Rossetti Behring e Maria Helena Tenório Almeida (org.) São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2008.

BERLINGUER, Giovanni. **Saúde nas Fábricas.** São Paulo: Hucitec, 1993.

_____. **A doença.** São Paulo: CEBES/HUCITE, 1988.

BERTANI, Iris Fenner. LOURENCO, Edvânia Ângela de Souza. **Saúde do Trabalhador no SUS: Desafios e Perspectiva frente à precarização do trabalho.** In Revista Brasileira de Saúde Ocupacional. São Paulo: 2007. P.121á 135.

_____ et al. Trabalho Saúde e Serviço Social. Textos apresentados no VII Seminário de Saúde do Trabalhador de Franca e V seminário O trabalho em Debate/Edvânia Lourenço, Iris Fenner Bertani et al (org.) Curitiba : Edição Editora CRV, Co-edição UNESP, FHDSS, Campus de Franca. 419 p.

BONAVIDES, Paulo. **A Constituição aberta: temas políticos e constitucionais da atualidade, com ênfase no federalismo das regiões.** 2. ed. São Paulo: Malheiros, 1996.

_____. **Ciências políticas.** 10. ed. 9ª tiragem. São Paulo: Malheiros, 2000.

_____. **Curso de Direito Constitucional.** 11. ed. São Paulo: Malheiros, 2001.

_____. **Do Estado liberal ao Estado social.** 5. ed. Belo Horizonte: Del Rey, 1993.

BONTEMPO, Alessandra Gotti. **Direitos sociais: eficácia e acionalidade à luz da Constituição de 1988.** Curitiba: Juruá, 2005.

BOSI, Maria Lúcia Magalhães; MERCADO, Francisco Javier (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

_____. **Notas para um debate: A pesquisa qualitativa (em saúde), entre o interesse e o questionamento**. In: pesquisa qualitativa de serviços de saúde. Maria Lucia Magalhães Bosi e Francisco Javier Mercado Martinez (org). Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Ed. Jorge Zahar editor. Rio de Janeiro, 1998.

BOURDIEAU, Pierre. **Contrafogos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.p.119-197.

BRAMBATTI, Eliane. **Direito à saúde na tríplice fronteira: um estudo sobre o acesso dos brasiguaios aos bens e serviços de saúde na rede de assistência especializada de Foz do Iguaçu - Paraná**. Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Faculdade União das Américas. Foz do Iguaçu: 2005, 82p.

BRASIL. **Consolidação das Leis do Trabalho**. Compilação de COSTA, A. et al. 29. ed. São Paulo: LTr, 2002.

BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011).

_____. **Constituição**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____, Ministério da Saúde. **Lei no 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília: 1990.

_____; _____. **Lei nº 8.142**, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/legislacao>>. Acesso em: 12. mar. 2010.

_____; _____. Conselho Nacional de Saúde. **Documento Parâmetros consensuais sobre a implementação e regulamentação da Emenda Constitucional nº 29**, de julho de 2001.

_____; _____. **Portaria nº 2.047**, de 05 de novembro de 2002. Dispõe sobre as Diretrizes Operacionais para a Aplicação da Emenda Constitucional nº 29, de 2000. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 22 nov. 2002.

_____; _____. **Portaria GM nº 95** de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2001 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; define o processo de regionalização da assistência; cria

mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União 2001. Brasília, 29 jan.2001.

_____;_____. **Portaria GM nº 373** de 27 de fevereiro de 2002. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde -NOAS-SUS 01/2002 que amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica; estabelece o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; cria mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procede à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios. Diário Oficial da União 2002. Brasília, 28 fev. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 545**, de 20 de maio de 1993. Dispõe sobre a NOB 01/93 – Norma Operacional Básica do SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 24 maio 1993.

_____;_____. **Portaria nº. 234**, de 07 de fevereiro de 1992, do Secretário Nacional de Assistência à Saúde do Ministério da Saúde e Presidente do INAMPS. Aprova a Norma Operacional Básica do SUS – NOB 01/92. Brasília, 1992.

_____;_____. **Portaria nº 2.023**, de 06 de novembro de 1996. Dispõe sobre a NOB 01/96 – Norma Operacional Básica do SUS. Diário Oficial da União. Brasília, 06 nov. 1996.

_____;_____. **Portaria/GM nº. 399**, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, 2006.

_____;_____. **Portaria GM/MS nº. 699**, de 30 de março de 2006. Regulamenta as diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. Diário Oficial da União. 03 de abril de 2006, Seção I, p. 49. Brasília, 2006.

_____;_____. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão** – Diretrizes Operacionais. Série Pactos pela Saúde 2006. v. 1. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006a.

_____;_____. Regionalização Solidária e Cooperativa. **Série Pactos pela Saúde 2006**. v. 3. Departamento de Apoio à Descentralização/Secretaria Executiva. Brasília, 2006b.

_____;_____. **Pacto pela Saúde**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1021>. Acesso em 12 ago. 2010a.

_____;_____. Secretaria Executiva, Departamento de Apoio à Descentralização. **Relatório do Seminário de Avaliação do Pacto pela Saúde**. Brasília, 2010.

_____;_____. Relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (CNS). Brasília, 2008.

_____. Secretaria de Gestão do trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: Perguntas e Respostas**. Editora Ministério da Saúde, 2006. 320p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS/Conselho Nacional de Secretários de Saúde**. Brasília: CONASS, 2003. 248 p.

_____, Ministério da Integração Regional. Secretaria de Programas Regionais. **Programa de Desenvolvimento da Faixa de Fronteira**. Proposta de reestruturação do programa de desenvolvimento da faixa de fronteira: bases para uma política integrada de desenvolvimento regional para a faixa de fronteira. Brasília: Ministério da Integração Regional, 2005.

_____, Ministério da Integração Regional. Ministério da Integração Regional. **Cidades gêmeas**. Disponível em <http://acd.ufrj.br/gruporetis/programafronteira/tiki-index.php?page_ref_id=141>. Acesso em 05 de set. 2010b.

_____, **Decreto Federal nº 7.508**, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Nº 8.080 de 1990, dispõem sobre a organização, do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 29 jun. 2011.

_____. **Caderno de saúde do trabalhador** : legislação / Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde do Trabalhador; elaborado e organizado por Letícia Coelho da Costa.– Brasília : Ministério da Saúde, 2001. 124 p. – (Série E. Legislação de Saúde ; 5)

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Departamento de Departamento de Apoio à Descentralização. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2005. 84 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde)

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2011. 291 p. (**Coleção Para Entender a Gestão do SUS 2011**, 1).

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. A degradação do trabalho no século XX. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1977.

BRAVO, M. I. S. et al (org.) **Modelos de gestão e agenda para a saúde**. Rio de Janeiro: Rede Sirius – ADUFRJ Sind, 2008 48 p. pp. 36-39.

BRESSER PEREIRA, L.C. **A A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Cadernos MARE da Reforma do Estado, v.1, 1997.

_____,. **A reforma administrativa do sistema de saúde.** Cadernos MARE da Reforma do Estado, v.13, 1998.

BUDÓ, Marília **Denardin.Flexibilização do Direito do Trabalho.** E a Justiça Social. Disponível em: [HTTP://www.ufsm.br/direito/artigos/trabalhos/flexibilização-clthtm](http://www.ufsm.br/direito/artigos/trabalhos/flexibilização-clthtm). Acessado em 25/02/2012.

CARELLI, Rodrigo. Terceirização.In **A perda da Razão Social do Trabalho.** Boitempo: São Paulo 2007.

CARLETTO, Adriana Estela Custódio. **No limiar da incerteza: as relações e condições de trabalho dos assistentes sociais no Espírito Santo.** Programa de Pós-Graduação Mestrado em Políticas Sociais da Universidade Federal do Espírito Santo. Centro de Ciências Jurídicas e Sociais. Dissertação de Mestrado. 398f. Espírito Santo:2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Saúde Pública e Saúde Coletiva:** campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciência e Saúde Coletiva* 5(2): 219-230 2000.

CARONE, Edgar. **A República Velha.** 1. Instituições e Classes Sociais. 4a edição. São Paulo, Difel, 1988.

CARVALHO, Antônio Ivo. **Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis.** In: Revista *Ciência e Saúde Coletiva*. ABRASCO, 1996.

CARVALHO, Guido Ivan de SANTOS, Lenir. **Comentários a Lei Orgânica da Saúde** (Leis nº 8.080/90 e 8.142/90) Sistema Único de Saúde. São Paulo: HUCITEC, 1995.

CATTA, Luiz Eduardo Pena. **O cotidiano de uma fronteira: a perversidade da modernidade.** Cascavel: EDUNIOESTE, 2002.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS EM SAUDE COLETIVA. **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde/** Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010. 324p.: 18x25 cm.

CECÍLIO, L.C. **As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde.** In: PINHEIRO, R. & MATOS,R.A. (orgs.) *Os Sentidos da Integralidade – na atenção e no cuidado à saúde.* Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001.

CHIZZOTTI, R. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais.** 3. Ed. São Paulo: Cortez, 1998.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Pistas da saúde nas fronteiras do Brasil.** Revista Conasems. Ano II, nº 16, Março/Abril, 2006.

_____, **Relatório executivo do Painel Saúde nas Fronteiras e o Processo de Integração Regional.** XXV Congresso do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde – CONASEMS. BRASÍLIA/DF – 11 a 14 de maio de 2009. Digitalizado.

COSTA, V.L.C.; SILVA, P.L. B.; BIASOTO, G. (Orgs.) **Efetividade das Políticas de saúde: experiências bem-sucedidas na América Latina.** São Paulo: Biruta, 2008.

COHN, A. & ELIAS, P. E. **Saúde no Brasil** – política e organização dos serviços. 2ª edição. São Paulo: Cortez - CEDEC, 1998.

_____, A. et al. **A Saúde como Direito e como Serviço.** 2ª edição. São Paulo: Cortez, 1999.

_____, **O Movimento Operário no Brasil (1877-1944),** Difel, 1988.

CORREIA, M. V. C. **O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais.** Recife, 2005. Tese de Doutorado em Serviço Social/UFPE, 2005.

DAHMER PEREIRA, L. **A gestão da força de trabalho em saúde na década de 1990.** Physis, v. 14, n. 2, p.363-382, 2004.

DAL PRÁ, Keli Regina. **Transpondo Fronteiras: Os desafios do Assistente Social na garantia do acesso a saúde no MERCOSUL.** 2006. 199f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2006.

_____. **O direito à saúde da população trabalhadora :Um estudo na linha das fronteiras do Brasil com os países Mercosul.**2009.195p.Tese(Doutorado em Serviço Social). Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre,2009.

DEDECCA, Claudio Salvadori. **TRABALHO, FINANCEIRIZAÇÃO E DESIGUALDADE.**In Trabalho em questão/Thaiz Braga, Francisco Vidal, Laumar Neves (orgs.).– Salvador: SEI, 2010. 348 p. il. (Série estudos e pesquisas, 86).p.29-41.

_____. < Notas sobre a Evolução do Mercado de trabalho no Brasil. In Revista de Economia Política. Vol.25, nº1 pp.94-11. São Paulo: Janeiro a Março 2005.

_____.
DIAS, Everardo. **História das Lutas Sociais no Brasil.** 2a edição, São Paulo, Alfa-Ômega, 1977.

DRUCK, Maria da Graça. **MONY, Theobald.Precarização Estrutural do Trabalho.In Perda da Razão Social do Trabalho .)** Boitempo: São Paulo 2007.

ENGELS, Friedrich, 1820 -1895. **A situação da classe trabalhadora na Inglaterra.** Tradução de Rosa Camargo Artigas, Reginaldo Forti. São Paulo: Global, 1985.

ESCODA, M.S.; LIMA, M.F. **Saúde, sociedade e governo**. Texto apresentado na IX Conferência Nacional de Saúde. Brasília, 1992. Mimeo. Disponível em <<http://www.ufrnet.br>>. Acesso em 12 ago. 2006.

ESCOREL, S. **Saúde uma questão nacional**. In: Teixeira, Sonia F. (org.) Reforma sanitária em busca de uma teoria. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. P. 181-193.

FAUSTO, Boris. **Trabalho Urbano e Conflito Social (1890-1920)**. São Paulo, Difel, 1976.

FERREIRA, Jorge e DELGADO, Lucília de Almeida Neves (orgs). **O Brasil Republicano**. O tempo do liberalismo oligárquico, volume 1. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 2003.

FRANCO, Raquel Veras. a justiça do trabalho entre dois extremos. Reflexões sobre a sua instalação. In **Informativo da Coordenadoria de Gestão Documental**. Edição Especial. Maio de 2011.

FRIEDRICH, D. B. de C. **O trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde da família em Juiz de Fora**. Rio de Janeiro, 2005. 151f. Tese (doutorado). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UFRJ, 2005.

FIORI, José Luis. **60 lições dos 90: uma década de neoliberalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

GALLO, Edmundo; COSTA, Laís; MORAES, Adnei. **A Integração dos Sistemas de Saúde que Atendem a População Fronteira dos Países do MERCOSUL – SIS – MERCOSUL**. In: _____; _____. (Orgs.). SIS – MERCOSUL: uma agenda para a integração. Brasília: OPAS/Ministério da Saúde, 2004. p. 41-54. (Série Técnica – Projeto de desenvolvimento de sistemas e serviços de saúde, v. 9).

GANDINI, João Agnaldo Donizete. A efetivação dos Direitos Sociais à Saúde e à Moradia por meio da atividade conciliatória do Poder Judiciário. In **Direito da Saúde No Brasil**. Lenir SANTOS(org.), Campina, SP: Saberes Editora, 2010. P.65-95

GIOVANELLA, Lgia. **Saúde nas fronteiras: estudo do acesso aos serviços de saúde nas cidades de fronteira com países do MERCOSUL**. 2004. Projeto de Pesquisa. Disponível em: <<http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/saudefronteiras/pdf/projeto.pdf>>. Acesso em: 16 nov. 2009.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. **Contratação e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família no Brasil**. IN: FALCÃO, A. (org.) Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. 458 p. pp.157-190.

GRANEMANN, S. **Para uma interpretação marxista da 'previdência privada'**. Tese de Doutorado. Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 2007.

_____. **Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital**. In: HARVEY, David. *Condição pós-moderna*. 6. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. **Integração europeia e políticas de saúde: repercussões do mercado interno europeu no acesso aos serviços de saúde**. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, p. 1795-1807, set. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n9/03.pdf>>. Acesso em: 15 ago. 2007.

GUIMARÃES, Luisa; GIOVANELLA, Lígia. **Processo de integração regional no Mercosul e as repercussões nos sistemas de saúde de cidades fronteiriças**. In: Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, 10, 2005, Santiago. *Anais*. Santiago: X Congreso del Clad, 2005, p. 18-21.

HARVEY, David. **A produção do espaço capitalista**. São Paulo: Annablume, 2005.

_____. **O novo Imperialismo**. São Paulo, Loyola, 2004.

_____. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo Loyola, 1992.

HIRATA, Helena. **A nova divisão sexual do trabalho**. São Paulo Boitempo, 2002.

_____. Subjetividade e produtividade: individuo e coletivo no processo de trabalho. **Anais do Seminário Internacional Políticas de Gestão**. São Paulo, 1989. p.425-36.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **Mercado de Trabalho: conjuntura e análise**. Brasília, DF: IPEA, 2002.

_____. **Emprego público no Brasil: comparação internacional e evolução recente**. Comunicado da Presidência, n. 19. Brasília, DF: IPEA, 2009.

_____. **Emprego e oferta qualificada de mão de obra no Brasil: impactos do crescimento econômico pós-crise**. Março de 2010. Comunicado do IPEA n. 41. Brasília, DF: IPEA, 2010.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez:, 2002.

_____. **O Serviço Social na contemporaneidade**. São Paulo: Cortez, 1999.

_____. As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo. **Coletânea de Textos da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS)**. Florianópolis, 2006.

_____. **Serviço Social: contribuição analíticas sobre o exercício profissional** In Revistas Katalisysis, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social .V.8, n.2, jul/dez2005. p 139-147.

_____. **Serviço Social em Tempo de capital Fetiche:**capital financeiro, trabalho e questão social.São Paulo: Cortez,2007.

_____.os espaços sócio-ocupacionais dos assistentes sociais. In **Serviço Social:Direitos Sociais e Competências Profissionais**.CFESS/ABEPSS,2009.760p.

IBGE. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat>>. Acesso em: 3 abr. 2011.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA, IPEA.Novos parâmetros para reorganização da Política Social Brasileira.Juarez Rubens Brandão Lopes.Serviço Editorial Brasília:DF, dezembro 1994.Tiragem, 200 exemplares. p. 85.

KAUFMAN, R. **A política da reforma do Estado:** um exame de abordagens teóricas.Revista do Serviço Público. Brasília, ano 49, n 1, p. 43-69, 1998.

KETTL, D. F. **A revolução global: reforma da administração do setor público.** In: BRESSER PEREIRA, L. C.; SPINK, P. (orgs.). Reforma do Estado e administração pública gerencial. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1998.

LACAZ, F.A.C. **Saúde do Trabalhador:** um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. Tese de Doutorado apresentada à Universidade Estadual de Campinas: Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, 1996.

_____, **Saúde dos Trabalhadores:** cenários e desafios. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, v.13, supl.02, p.07-20, 1997.

_____, O campo **Saúde do Trabalhador:** resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde.In cadernos de Saude Pública .Rio de Janeiro 23.p.757 a 766, abril de 2007.

LACAZ, F.A.C. et al. **Avaliação da Gestão do Trabalho como tecnologia em Saúde na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde no Estado de São Paulo.** Relatório final. São Paulo: Fapesp, 2008 [mimeo] [[Links](#)]

LACAZ, F.A.C.; FLORIO, S.M.R. **Controle Social, mundo do trabalho** as Conferências Nacionais de Saúde na virada do século XX. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2.123-2.143, dez. 2009. Disponível em http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=1846 Acesso em: 04 jun 2010. [[Links](#)]

LAURELL, A.C. & NORIEGA, M. **Para o estudo da saúde na sua relação com o processo de produção.** In: Processo de Produção e Saúde: Trabalho e Desgaste Operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAURELL, Asa Cristina. A Saúde- Doença como Processo Social. In Revista Latinoamericana de Salud, México, 2, 1982, p.7-25. Tradução, E. D. Nunes.

LEONARDI, Victor Paes. **Efeitos Sociais da Primeira Industrialização no Brasil.** In: "História do Século XX". São Paulo, Abril Cultural, 1991.

LIMA, Maria Alice Dias. MARQUES, Giselda Quintana. As tecnologias Leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. In Revista Gaucha de Enfermagem .Porto Alegre(RS) 2004 – ABRIL. P.17-25.

LOPES, **A flexibilização das relações de trabalho na saúde e a crise do capital**
III SEMINÁRIO POLÍTICAS SOCIAIS E CIDADANIA, Campinas, São Paulo:2010.

MACHADO, M. H. et al. **O mercado de trabalho em saúde no Brasil:** estrutura e conjuntura. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.

_____, Gestão do Trabalho no SUS. **In Cadernos RH Saúde.**Ministério da Saúde,Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília Ministério da Saúde, 2006 -188 p.: v.

_____, Regulação do Trabalho em Saúde. **In Cadernos RH Saúde.**Ministério da Saúde,Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília Ministério da Saúde, 2006 -188 p.: v.

_____, A Mesa de Negociação como Instrumento para a Gestão do Trabalho no SUS. **In Cadernos RH Saúde.**Ministério da Saúde,Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília Ministério da Saúde, 2006 -188 p.: v.

_____, Situação dos planos de carreiras das secretarias estaduais e municipais de saúde. **In Cadernos RH Saúde.**Ministério da Saúde,Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília Ministério da Saúde, 2006 -188 p.: v.

_____, Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. **In Cadernos RH Saúde.**Ministério da Saúde,Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília Ministério da Saúde, 2006 -188 p.: v.

_____, Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária.**In Cadernos RH Saúde.**Ministério da Saúde,Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Vol. 3, n. 1 (mar. 2006) -. Brasília : Ministério da Saúde, 2007 -188 p.: v.

MACAHADO, Cristiane Vieira. Novos modelos de gerencias nos Hospitais Públicos :experiências recentes. In Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janierio11 (1), 105-197, 2001.

MACHADO, Sidney. Trabalho Escravo e Trabalho Livre no Brasil: alguns paradoxos históricos do direito do trabalho. In Revista da Faculdade de Direito da Universidade Federal do Estado do Paraná. 151 a 158. 2010

MARANHÃO, Cezar Henrique, Capital e superpopulação relativa : em busca das raízes contemporâneas do desemprego e do pauperismo. In Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas. Elaine Rossetti Behring e Maria Helena Tenório Almeida (org.) São Paulo: Cortez, Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2008.

MARCH, C. **A contra-reforma do Estado e o trabalho em saúde nos serviços públicos.** Rio de Janeiro, 2007.

_____, **A contra-reforma e a retomada da proposição de privatização das políticas públicas de saúde: notas sobre transformismo,** o Partido dos Trabalhadores e o governo Lula. Rio de Janeiro, 2008.

_____, A contra-reforma do Estado e o trabalho nos serviços públicos: uma análise da realidade brasileira. In: XI Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva; 2009; Bogotá; Colombia. [capturado em: 05 set. 2010]. Disponível em: <http://www.alames.org.br/EJE02-72.pdf>.

MARTINELLI, Maria Lucia. O trabalho do Assistente Social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. In revista Serviço Social e Sociedade condições de trabalho e Saúde. São Paulo: Cortez julho a setembro de 2011. pg. 497-508.

_____. **Os métodos na pesquisa: a pesquisa qualitativa.** In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Pesquisa e conhecimento em Serviço Social. Ano V, nº 9, jan-jun 2005. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2005.

MARX, K. **Crítica da economia política.** São Paulo: Martins Fontes, 1977-1974.

_____. **A sagrada família.** São Paulo: Moraes, 1987.

_____. **A questão Judaica.** São Paulo: Moraes, 1987.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org.) **Direito, necessidades de saúde e integralidade.** In: Construção social da demanda; direito à saúde, trabalho em equipe e participação em espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (org) **Construção social da demanda em saúde e a integralidade: emancipação, necessidade e poder.** In: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

_____. **Integralidade e a formulação de políticas específicas de saúde.** In: Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Roseni Pinheiro e Rubén Araújo de Mattos (org). Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003. 228p.

_____. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos.** Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado de saúde. Roseni e Ruben Arujo Mattos (org.) Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2004,180p.

MATTOSO, Jorge Levi. O Brasil Desempregado. Como foram destruídos mais de três milhões de empregos no Brasil na década 90. Instituído pelo Diretório Nacional do Partido dos Trabalhadores. 2ª Reimpressão. Editora Fundação Perseu Abramo. Porto Alegre: Agosto 2000.

MEIRELLES. D. S. **O conceito de serviços.** Revista de Economia Política, v. 26, n. 1(101), jan./mar. 2006.

MENDES, E., DIAS, E.C. **Da Medicina do Trabalho à Saúde do Trabalhador.** Revista de Saúde Pública. São Paulo: 1991.

_____, **COLSAT-Mercosul.** Centro Colaborador em Saúde do Trabalhador no âmbito do Mercosul –, foi criado entre outras intenções em atender as determinações legais do Plano Regional de Saúde e Trabalho das Américas que aponta a importância da educação em saúde dos trabalhadores como uma das áreas necessárias para a mudança de cultura da saúde, que deve incorporar os diferentes níveis de educação. PUCRS, 2007.

_____ WUNSCH. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. In **Revista Serviço Social e Sociedade condições de trabalho e Saúde.** São Paulo: Cortez julho a setembro de 2011. Pg.461 – 482.

_____ CORREA, Maria Juliana. Centro Colaborador: Instrumento de fortalecimento da proteção social da saúde dos trabalhadores no contexto do Mercosul. In **Mercosul em Múltiplas Perspectivas: fronteiras, direitos e proteção social.** Jussara Maria Rosa Mendes et al (org.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p.135-152.

_____ DAL PRA, Keli Regina. Estratégia e desafios da intervenção profissional dos assistentes sociais na garantia dos serviços de saúde nas fronteiras do Mercosul. In **Mercosul em Múltiplas Perspectivas: fronteiras, direitos e proteção social.** Jussara Maria Rosa Mendes et al (org.). Porto Alegre: EDIPUCRS, 2007. p.306-329

MENESES, Erica Silva. O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: uma análise das condições e relações de trabalho dos assistentes sociais no âmbito hospitalar. Programa de Pós-graduação EM Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Dissertação de Mestrado. 165f. Natal, Rio Grande do Norte: 2009.

MÉSZÁROS, Istvan. Para **Além do Capital; rumo a uma teoria de transição.** Campinas, Editora da Unicamp: São Paulo, Boitempo Editorial, 2002.

_____. **O século XXI: socialismo ou barbárie.** São Paulo Boitempo, 2003.

MINISTÉRIO da Saúde. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/editora>. Acesso em: 15 set.

2010.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. 6ª edição. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

_____, M.C.S. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997

MINAYO-GOMEZ, C. et al. **A Construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas**. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, v.13, supl.02, p.21-32, 1997.

MINAYO, M.C.S. **O Desafio do Conhecimento - pesquisa qualitativa em saúde**. 6ª edição. São Paulo: HUCITEC; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

_____, M.C.S. (Org.) **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1997

_____. **O desafio do conhecimento – pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1993.

_____; ASSIS, Simone Gonçalves; SOUZA, Edinilza Ramos de. (org.) **Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

MIOTO, Regina Célia. **Processo de construção do espaço profissional do assistente social em contexto multiprofissional: um estudo sobre o Serviço Social na Estratégia Saúde da Família**. Projeto de Pesquisa: UFSC/CNPq. Florianópolis, 2004.

_____. **O assistente social no espaço da estratégia saúde da família**. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social, 2004b, Porto Alegre: Anais do XI ENPESS.

_____. **Serviço Social e intervenção profissional: contribuições para o debate da dimensão técnico-operativa**. Florianópolis: 2001. UFSC (mimeo).

MIOTO, Regina Célia, NOGUEIRA, Vera Maria. **Desafios atuais do Sistema Único de Saúde – SUS e as exigências para os assistentes sociais**. Coletânea de textos da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Florianópolis: 2006.

MOLINA, Helder. **Transição do Sistema Escravista para o Capitalismo Industrial no Brasil**. Rio de Janeiro, Programa Integração-CUT, 2001.

_____, **Breve História das Lutas e Concepções Políticas dos Trabalhadores no Brasil**. Texto para Curso de Formação Sindical, Rio de Janeiro, Sinop/RJ, 1999.

MONTAÑO, Carlos; DURIGUETTO, Maria Lúcia. **Estado, classe e movimento social**. São Paulo: Cortez, 2010.

MORETTI, B. **Autonomização da economia e pensamento crítico**, Revista Espaço Acadêmico, n. 55, 2005. Bruno Moretti, Aluno Especial do Doutorado de Sociologia da Universidade Nacional de Brasília – SOL/UnB. A questão do trabalho na experiência periférica.

_____, **Origens do Proletariado Industrial no Brasil**. São Paulo, Mimeo, 1987.

MÜLLER, Karla M. **Elementos constitutivos da cultura e da identidade fronteiriça: a condição do imigrante árabe-palestino na mídia local**. Trabalho apresentado na I Conferência Internacional sobre Imigrações Árabes para as Américas. Corumbá: UFMS / Campus de Corumbá, 2005. Disponível em <<http://www.midiaefronteira.com.br>> ou Revista Eletrônica <<http://www.intexto.ufrgs.br>>. Acesso em 25 abril 2006.

_____. **Espaços conurbanos de fronteiras nacionais: leituras de jornais locais**. In: Revista Eletrônica da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, ed.13. v.2, 2005/2. Disponível em <<http://www.intexto.ufrgs.br>>. Acesso em 26 abril 2006.

_____. **Mídia e fronteira: jornais locais em Uruguaiana - Libres e Livramento - Rivera**. Tese de Doutorado. Universidade Federal do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS. São Leopoldo, Rio Grande do Sul: 2003.

MÜLLER, Karla M.; OLIVEIRA, Tito Carlos M. de. **Integração latino-americana: a partir e através da comunicação e das fronteiras**. In: III Congreso Panamericano de Comunicación: integración comercial o diálogo cultural ante el desafío de la sociedad de la información. Buenos Aires: UBA, 2005a. Disponível em <<http://www.midiaefronteira.com.br>> ou Revista Eletrônica ><http://www.intexto.ufrgs.br>>. Acesso em 25 abril 2006.

_____. **Identificação de elementos da cultura e da identidade apresentados pela mídia impressa na região de fronteira**. In: XXVIII Congresso da INTERCOM: pesquisa e ensino de comunicação. Anais. Rio de Janeiro: INTERCOM / UERJ, 2005b. Disponível em <<http://www.midiaefronteira.com.br>> ou Revista Eletrônica <<http://www.intexto.ufrgs.br>>. Acesso em 25 abril 2006.

NETO, José F. S. **Flexibilização, desregulamentação e o direito do trabalho no Brasil**. In: Crise e Trabalho no Brasil: modernidade ou volta ao passado? São Paulo: Scritta, 1996.

NETTO, José Paulo. **Apresentação**. In: A prática do Serviço Social – cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez, 2002.

_____, **A construção do projeto ético político do Serviço Social frente a crise contemporânea**. In: Capacitação em Serviço Social - Modulo 1: crise contemporânea, questão social e serviço social. Brasília: CEAD, 1999.

_____. **A construção do projeto ético-político do Serviço Social.** Coletânea de Textos da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS). Florianópolis: 2006.

_____. **A conjuntura brasileira: o Serviço Social posto à prova.** Revista Serviço Social e Sociedade n° 79. São Paulo: Cortez, 2004.

_____. **O movimento de reconceituação 40 anos depois.** Revista Serviço Social e Sociedade n° 84. São Paulo: Cortez: 2005 p. 5-20.

_____. **Capitalismo monopolista e Serviço Social.** 2. e 4. ed. São Paulo: Cortez, 1993, 2001.

_____. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no pós-64.** São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **O Serviço Social e a tradição marxista.** Revista Serviço Social e Sociedade n° 30. São Paulo: Cortez, ano X, 1989.

_____. **Democracia e transição socialista.** Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

PAIM, Jairnilson da Silva. TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios.** Texto elaborado para a comissão de Políticas de Planejamento e Gestão em Saúde da ABRASCO, como subsidio aos debates nacionais da 13ª Conferência Nacional da Saúde, outubro de 2007. Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Bahia:2007.

NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. **Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à Saúde.** Florianópolis: UFSC, 2003. Projeto de Pesquisa.

_____, **Fronteira MERCOSUL: um estudo sobre o direito à saúde.** Florianópolis, UFSC, 2005. Relatório.

_____, **A implementação do Programa SIS Fronteiras e dos pactos pela saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na Fronteira Arco Sul”UCPEL,2009.**Projeto de Pesquisa.

_____, **Tendência das Políticas Nacionais de Saúde nos Países do MERCOSUL.** In: Congresso mundial de saúde pública, 11, Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 8, 2006, Rio de Janeiro. Anais. Florianópolis: Abrasco, 2006.

_____, PÉREZ, Roser Jiménez. **Globalización y desigualdades territoriales en salud: Los desafíos de las fronteras.** In: Congresso da Associação Latino Americana de Análise de Sistemas de Saúde - ALASSS, 2008, Bruxelas. Anais do CALASS. Barcelona: ALASS, 2008.

_____, SILVA, Maria Geusina. **Direitos, fronteira e desigualdade em saúde.** Em Pauta. Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, 2009. p. 83-98.

_____, **A atenção em saúde em áreas fronteiriças:** Um estudo das experiências consideradas como bem sucedidas de cooperação/integração/harmonização dos sistemas e/ou serviços de saúde em linhas de fronteira. UCPEL-Pelotas 2007 Projeto de Pesquisa.

_____. Tendência das Políticas Nacionais de Saúde nos Países do MERCOSUL. In: **Congresso mundial de saúde pública, 11, Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 8,** 2006, Rio de Janeiro. Anais. Florianópolis: Abrasco, 2006.

_____; SILVA, Maria Geusina. Direitos, fronteira e desigualdade em saúde. **Em Pauta.** Rio de Janeiro, v. 6, n. 24, 2009. p. 83-98.

_____. **A concepção de direito a saúde na sociedade contemporânea: articulando o político e o social.** In: Textos e Contextos, Porto Alegre, 2003.

_____. **O direito a saúde na sociedade contemporânea.** In: Ser Social. Brasília: UnB, 2002b.v.10, p. 09-32.

_____. **Intervenção Profissional: legitimidades em debate.** In: Revistas Katalisysis, Universidade Federal de Santa Catarina. Centro Sócio Econômico. Departamento de Serviço Social . V.8, n.2, jul/dez 2005. P. 185-192.

NOGUEIRA, R.P. **Problemas de Gestão e Regulação do Trabalho no SUS.** *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 87, p. 1-14, p. 12, 2007. [[Links](#)]

_____. As condições de saúde no Brasil. Rio de Janeiro: CEBES, 1996.

_____. Determinação Social da Saúde e a Reforma Sanitária. In **Coleção Pensar em Saúde.** Centro Brasileiro de Saúde Coletiva – CEBES, Roberto Passos Nogueira (Org.). Rio de Janeiro: 2010.

_____. O trabalho em Serviços de Saúde . Texto de Apoio da Unidade Didática . IPEA, 2011.

NORONHA, José Carvalho; LIMA, Luciane Dias de; MACHADO, Cristiani Vieira. O Sistema Único de Saúde: SUS. In: GIOVANELLA, Lígia; ESCOREL, Sarah; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. (Orgs.). **Políticas e sistema de saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 435-72.

OLIVEIRA SILVA, L. M. (Des)estruturação e (des)regulamentação do trabalho: uma análise preliminar dos impactos sobre o setor de saúde. **Revista da FAPese**, v.2, p.85-100, 2006.

_____. Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde brasileiro [Dissertação de Mestrado] Campinas: Instituto de Economia, 2006.

OLIVEIRA SILVA, L. M. **(Des)estruturação e (des)regulamentação do trabalho: uma análise preliminar dos impactos sobre o setor de saúde.** Revista da FAPese, v.2, p.85-100, 2006.

_____, **Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde brasileiro** [Dissertação de Mestrado] Campinas: Instituto de Economia, 2006.

PADRÓS, Enrique Serra. **Fronteiras e integração fronteiriça: elementos para uma abordagem conceitual.** Revista do Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, v. 17, n. 12, p. 63-85, Porto Alegre: jan-fev 1994. Disponível em <<http://www.midiaefronteira.com.br>>. Acesso em 18 jul 2006.

PALAU, T. **Brasiguaios.** In: Migrações Internacionais: contribuição para políticas no Brasil 2000 / Coordenadora: Mary Garcia Castro. Brasília: CNPD, 2001. 672 p. 345-361.

PEITER, Paulo César. **Geografia da saúde na faixa da fronteira continental do Brasil na passagem do milênio.** 2005. 308p. Tese (Doutorado em Geografia) - Programa de Pós Graduação em Geografia - Instituto de Geociências, Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ/IGEO/PPGG. Rio de Janeiro, 2005.

PEREIRA, Potyara A.. **A política social no contexto da seguridade social e do welfare state: a particularidade da assistência social.** Serviço Social e Sociedade, São Paulo, v.19, n.,56- 60-76,1998.

_____. **A saúde no sistema de seguridade brasileira.** In: Revista Ser Social. Revista do Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade Federal de Brasília. Departamento de Serviço Social, vol. 1, n. 1 (1º semestre, 1998) Brasília: Ser Social UnB.

PIERANTONI, Celia Regina. **As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades.** Ciência & Saúde Coletiva. V.6, n.2, Rio de Janeiro, 2001.

_____. **Reformas da Saúde e Recursos Humanos: Novos Desafios x Velhos Problemas** Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social 2000. 228 f.

PIRES, D. **A estrutura objetiva do trabalho em saúde.** In: LEOPARDI, M. T. et al. Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade. Florianópolis, Ed. Papa-livros, 1999.

PNUD. **Índice de desenvolvimento humano municipal 2011.** Brasília: PNUD; 2011. Disponível em: <<http://www.pnud.org.br/home/>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

POCHMANN, M. **O trabalho sob fogo cruzado.** São Paulo: Contexto, 1999.

_____, **Qual desenvolvimento.** São Paulo: Publisher, 2009.

_____, **Desenvolvimento e perspectivas novas para o Brasil**. São Paulo: Cortez, 2010.

_____, A perspectiva da Academia. In: SINDEEPRES (Org.) Seminário SINDEEPRES 15 anos: a **Superterceirização dos Contratos de Trabalho**. São Paulo: SINDEEPRES, p. 96-137, 2007. [[Links](#)]

PREUSS, Lislei Teresinha; MENDES, Jussara Maria Rosa; NOGUEIRA. Proteção social e acesso à saúde: Uma abordagem sobre território, fronteira e MERCOSUL. In: SILVA, Vini Rabassa da; MENDES, Jussara Maria Rosa; FAGUNDES, Helenara Silveira; et al.(Orgs.). **Política Social: temas em debate**. Pelotas: EDUCAT, 2009, v. 1, p. 133-160.

RAICHELIS, Raquel. O assistente social como trabalhador assalariado. In **Revista Serviço Social e Sociedade condições de trabalho e Saúde**. São Paulo: Cortez julho a setembro de 2011. Pg.420-38

REVISTA AMPLIADA DE INTRODUÇÃO A PESQUISA QUALITATIVA. **Qualitative Forschung: Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften**. Alemanha, 1995. Porto Alegre: Artmed, 2002.

RIBEIRO, Wagner da Costa; GONÇALVES, Carlos Walter Porto (org.). **Título** São Paulo: Polifolia, 2002.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS**. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2000.

_____ et al .A reforma do setor saúde nos anos 90: desdobramentos da reforma do estado brasileiro. In **Estados e políticas sociais: conferenciais do Seminário Estado e Políticas Sociais no Brasil** e textos do relatório parcial do projeto de pesquisa- Programas nas áreas de Educação e Saúde no Estado do Paraná : Sua relação com as orientações do BID e BIRD e sua contribuição na difusão das propostas liberalizantes em nível nacional; Org. Francis Nogueira- Cascavel EDUNIOESTE, 2001. 292p.

RODRIGUES, Edgar. **Alvorada Operária**. Rio de Janeiro, Mundo Livre, 1979.

SADER, Emir. **Balço do neoliberalismo**. In: Pós – neoliberalismo, as políticas sociais e o Estado democrático. Vários autores. Emir Sader e Pablo Gentili (org.). Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995 e 5. ed. 2002.

SANTOS, A. L. **O conflito nas relações de trabalho no contexto da flexibilização e reforma do Estado: a terceirização às avessas**. Dissertação de Mestrado/Fundação Oswaldo Cruz/ENSP, Rio de Janeiro, 2007.

SANTOS, Boaventura Sousa. **Pela mão de Alice o social e o político na pós-modernidade**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

SANTOS, Lenir. Direito à Saúde e Qualidade de vida: Um mundo de corresponsabilidades e Fazeres. In *Direito a Saúde no Brasil*. Lenir Santos (org.). Campinas, São Paulo :Saberes Editora, 2012.

SANTOS, Milton; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, Milton. **O país distorcido: O Brasil, a globalização e a cidadania**. RIBEIRO, Wagner da Costa; GONÇALVES, Carlos Walter Porto (org.). São Paulo: Publifolha, 2002.

_____. **Por uma geografia nova: da crítica a geografia a uma geografia crítica**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP, 2002.

_____; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil território e sociedade no início do século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SENNET, Richard. **O artífice**. Tradução de Clovis Marques. Rio de Janeiro: Record, 2ªed. 2009.

_____. **A corrosão do caráter**. Rio de Janeiro: Record, 1999. (Publicação Original em 1998.)

_____. **A cultura do novo capitalismo**. Rio de Janeiro: Record, 2006.

SILVA, L. M. de O. **Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde brasileiro**. Campinas, 2006, 128f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

SILVA, Maria Geusina. Serviço Social e Saúde : o exercício profissional do assistente social na atenção integral as necessidades de saúde em região de fronteira. In **Saúde e Trabalho: múltiplas perspectivas**. Jussara Maria Rosa Mendes, Maria Geusina da Silva et al (org.) São Paulo: Plêiade, 2011. p.305-330.

_____ et al. Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho: Doze anos de História. In **Saúde e Trabalho: múltiplas perspectivas**. Jussara Maria Rosa Mendes, Maria Geusina da Silva et al (org.) São Paulo: Plêiade, 2011. p.21-30.

_____ **Acessibilidade na atenção à saúde: cenário e ação profissional**. In: Anais do Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Porto Alegre: 2003.

_____; NOGUEIRA, V.M.R.; SIMIONATTO, I. **Fronteira Mercosul processo de inclusão e exclusão no Sistema Único de Saúde brasileiro**. 2005. Disponível em <<http://www.ssrevista.uel.br>>. Acesso em 18 jul 2006.

SILVA, Maria A. **O avesso do Trabalho**. Boitempo: São Paulo, 2004.

SIMÃO, Azis. **Sindicato e Estado**. São Paulo. Domínios, 1986.

SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro; GOMEZ, Marcela Beatriz. Aspectos Legais do Direito à Saúde. In: SIMIONATTO, Ivete; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. (Orgs). **Dilemas do Mercosul: reforma do estado, direito à saúde e perspectivas da agenda social**. Florianópolis: Lagoa, 2004, p.81-94.

SINGER, P. **Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde**. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1988.

SOARES, Laura Tavares. **Os Custos Sociais do Ajuste Neoliberal na América Latina**. São Paulo: Cortez Coleção Questões da Nossa Época, 2000.

SOUZA, M.A.S.L. **Condições de trabalho: o fazer-se reivindicação trabalhista**. Dissertação de Mestrado/UFPE. Recife, 1996.

_____. **Trabalho em saúde: as expressões de flexibilização e precarização nos serviços públicos**. CONFERÊNCIA MUNDIAL DE SERVIÇO SOCIAL. 19., Salvador, 2008. Anais...

SOUZA, Marcelo Nogueira. FLEXIBILIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO: um desafio às políticas públicas de corte social. In **Jornada Internacional de Políticas Públicas**. São Luiz Dio Maranhão, 2011.

SOUZA, Donaldo Bello; FARIA, Lia Ciomar. Reforma do Estado, descentralização e municipalização do ensino no Brasil: a gestão política dos sistemas públicos de ensino pós – LDB 9.394/96. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. Rio de Janeiro, v. 12, n. 45, p. 925-944, out./dez. 2004.

MOEMA AMÉLIA SERPA LOPES DE SOUZA. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 334 - 344, ago./dez. 2010.

TEIXEIRA, J. F. S. **Pensando com Marx: uma leitura crítico-comentada de o Capital**. São Paulo: Ensaio, 1995.

TEIXEIRA, Mary Jane de Oliveira. Fundação Estatal de Direto Privado na Saúde e os Impactos sobre os direitos dos Trabalhadores no Setor. In Serviço Social Trabalho e Direito. Conquista e Retrocessos em debate. Lúmen Juris.3ªed.Rio Janeiro, 2011.

WERNECK VIANA, Maria Lucia. Em torno do conceito de política social: notas Introdutórias. Rio de Janeiro. dezembro de 2002. Disponível em www.enap.gov.br. Acesso em julho 2012.

VASAPOLLO, Luciano. O trabalho atípico e a precariedade. Tradução Maria de Jesús Brioto Leite. São Paulo: Expressão Popular, 2005.



DECLARAÇÃO

Declaro, na qualidade de responsável pelo Projeto *A implementação do Programa SIS FRONTEIRAS e do pacto pela saúde – perspectivas para a ampliação do direito à saúde aos usuários estrangeiros na fronteira Arco Sul*, aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Católica de Pelotas e financiado pelo CNPq - Processo 473 006/2009-0, que autorizo a doutoranda Maria Geusina da Silva, integrante da equipe de pesquisa, a utilizar as entrevistas e os respectivos termos de consentimento no âmbito deste projeto, para a construção de sua tese junto ao Programa de Pós-Graduação da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Pelotas, 04 de outubro de 2011.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'U. Geusina'.

Vera Maria Ribeiro Nogueira

UCPEL/UFSC