



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA

FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA

AS MUDANÇAS NO TRABALHO EM SAÚDE E OS
DIREITOS SOCIAIS DO TRABALHADOR: A FUNDAÇÃO
ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO ESTADO DA
BAHIA

RECIFE - PE

2012

AS MUDANÇAS NO TRABALHO EM SAÚDE E OS DIREITOS SOCIAIS DO
TRABALHADOR: A FUNDAÇÃO ESTATAL DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO
ESTADO DA BAHIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação Integrado em Saúde Coletiva da UFPE,
como pré-requisito para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Heloísa Maria Mendonça de Moraes

RECIFE – PE

2012

Catálogo na Publicação
Bibliotecária: Mônica Uchôa, CRB4-1010

O48m Oliveira, Felipe Proenço de.
As mudanças no trabalho de saúde e os direitos do trabalhador: A Fundação Estatal de saúde da família do estado da Bahia / Felipe Proenço de Oliveira. – Recife: O autor, 2012.
109 f.: il.; tab.; graf.; 30 cm.

Orientadora: Heloísa Maria Mendonça de Moraes.
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, CCS, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2012.
Inclui bibliografia e apêndice.

1. Saúde do trabalhador. 2. Serviços de saúde do trabalhador. 3. Saúde da família. I. Moraes, Heloísa Maria de Mendonça (Orientadora). II. Título.

614 CDD (23.ed.) UFPE (CCS2012-232)

AGRADECIMENTOS

À meus pais por toda a formação para a vida e exemplo de carinho e amor.

À Aninha pelo amor, paciência e companheirismo e por compartilhar da maior alegria de nossa vidas com o nascimento de Anita.

À Heloísa pela atenção e apoio constantes, de modo a possibilitar um grande aprendizado através de sua experiência e exemplo.

Aos companheiros de militância, desde o Coletivo pela Universidade Popular e a Direção Executiva Nacional dos Estudantes de Medicina, pela ajuda para encontrar caminhos de transformação social. Como são inúmeros, não será possível citar individualmente.

Aos colegas e amigos Alexandre Medeiros, Luciano Gomes, André Sassi, Ricardo Soares, Eduardo Simon, Alexandre Melo, João Cavalcante e Joacilda Nunes, pelo compartilhamento de ideias e sonhos, bem como por me substituir na UFPB durante o trabalho de campo.

Aos amigos da Unidade de Saúde da Vila Dique, da Unidade de Saúde Carlos Hardmann e da Unidade de Saúde da Família Mudança de Vida, onde aprendi muito e pude desenvolver tudo que acredito no cuidado e na construção de um modelo voltado para as necessidades sociais de saúde.

Aos amigos Maurício Zulian, Dagoberto Machado e Felipe Santos, pelo convívio cotidiano e apoio incondicional.

Aos entrevistados, pela disponibilidade e pela acolhida calorosa típica do povo baiano.

Aos amigos da Bahia, que me receberam e possibilitaram que eu desenvolvesse o trabalho de campo, em especial à Jérzey Timóteo.

Aos demais professores e colegas do PPGISC, em especial Antônio Carlos Espírito Santo, Adriana Falangola e Rodrigo Cariri, pela ampliação de horizontes.

À professora Eliane Moreira e aos colegas do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da UFPB por um semestre de muitos debates e novos aprendizados.

Ao NESCON-UFGM através de Jackson Freire e Sábado Girardi, que forneceram dados importantes para essa pesquisa.

*... há quem leve a vida inteira a ler sem ter
nunca conseguido ir mais além da leitura,
ficam pegados à página, não percebem que as
palavras são apenas pedras postas a
atravessar a corrente de um rio, se estão ali é
para que possamos chegar à outra margem, a
outra margem é que importa.*

Cipriano Algor, oleiro de profissão, em *A
Caverna* de José Saramago

RESUMO

As Fundações Estatais de Direito Privado têm se constituído em tema central de diversos debates sobre a gestão pública no país, de tal forma a influenciar as propostas em torno do modelo de gestão para o Sistema Único de Saúde. Sua proposição se tornou possível em virtude das mudanças decretadas pelo Ministério da Reforma de Estado durante o governo Fernando Henrique Cardoso. Desde então, tem se gerado intensa polêmica sobre suas repercussões para a proteção social do trabalho, com posições distintas mesmo dentro dos movimentos que se localizam no campo da esquerda. A proposta de FEDP (Fundações Estatais de Direito Privado) volta a ganhar destaque durante o governo Lula, quando o Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão e o Ministério da Saúde a apresentam como alternativa para o sistema público de saúde. Foi no estado da Bahia que se observou uma das suas principais materializações através da Fundação Estatal de Saúde da Família, proposta pela Secretaria Estadual de Saúde no ano de 2007, como alternativa para um cenário de reconhecida precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família no estado. O objetivo desta pesquisa, qualitativa e de natureza exploratória, foi estudar de que forma os atores envolvidos no processo de criação da Fundação Estatal de Saúde da Família apresentaram e justificaram o modelo de proteção social proposto para os trabalhadores. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com membros do Conselho Estadual de Saúde do Estado da Bahia e representantes da gestão estadual de saúde, nos anos de 2007 e 2008. As categorias selecionadas para análise foram “heterogeneização, fragmentação e complexificação da *classe-que-vive-do-trabalho*”, tentando-se apreender a compreensão dos entrevistados sobre as mesmas. Os resultados da pesquisa possibilitam entender que a FESF representa uma ampliação do fenômeno de “precarização social do trabalho”, aprofundando a desfiliação social dos trabalhadores e levando ao surgimento de um novo conteúdo de instabilidade, insegurança, adaptabilidade e fragmentação dos coletivos de trabalhadores pela destituição do conteúdo social do trabalho. Ocorre uma transferência da responsabilidade para com o trabalhador, representando um processo de terceirização, o que caracteriza a heterogeneização, fragmentação e complexificação dos trabalhadores. Recomenda-se a realização de outros estudos avaliativos que analisem o modo como vem ocorrendo o processo de implantação da Fundação Estatal de Saúde da Família e a compreensão dos trabalhadores a ela vinculados sobre a proteção social.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador, Serviços de saúde do trabalhador, Saúde da família.

ABSTRACT

State Foundations of Private Law have been a central theme in many discussions on public management in Brazil, so to influence the proposals around the management model for the Unified Health System. Its proposition was made possible because of changes enacted by the Ministry of State Reform during Fernando Henrique Cardoso government. Since then, intense controversy has been raised over its implications for social protection of labor, with different positions even within the same left-winged field movements. The proposal of State Foundations of Private Law was again on prominence during the Luis Inácio Lula da Silva government, when the Ministry of Planning, Budget, and Management, and the Ministry of Health presented it as an alternative to the public health system. It has been in the state of Bahia that its main materializations through the State Foundation for Family Health have been observed; this foundation was proposed by the State Health Department in 2007 as an alternative to a scenario of recognized precariousness of work in the Family Health Strategy in the state of Bahia. The objective of this research, qualitative and exploratory in nature, was to study how the actors involved in the creation of the State Foundation for Family Health presented and justified the proposed model of social protection for workers. Semi-structured interviews were conducted with members of the State Board of Health of the State of Bahia and representatives of the state health management in 2007 and 2008. The categories selected for analysis were heterogeneousness, fragmentation, and complexity of the class-that-lives-of-work, aiming to grasp an understanding of the respondents about them. The survey results make possible to understand that the State Foundation for Family Health represents an expansion of the phenomenon of "social precariousness of labor", deepening social disaffiliation of workers and leading to the emergence of a new subject of instability, insecurity, adaptability, and fragmentation of the groups of workers by the destitution of the social content of labor. There is a transfer of responsibility to the worker, which means an outsourcing process and characterizes the heterogeneousness, fragmentation, and complexification of workers. Other evaluative studies are recommended to examine the way the process of implementing the State Foundation for Family Health and the understanding by employees bound by it under the social protection have been occurring.

Keywords: Health Worker, Services worker health, Family Health..

LISTA DE TABELAS E FIGURAS

TABELAS

Tabela I - Distribuição dos municípios pesquisados que contratam profissionais diretamente, por profissão segundo tipo de vínculos de contratação – Bahia, 2009	62
Tabela II - Estratégias utilizadas pelos gestores para fixação de médicos nos municípios – Brasil, 2011.....	69
Tabela III - Importância da existência de vínculo trabalhista segundo profissão – Bahia, 2009.....	74

FIGURAS

Gráfico I - Evolução das admissões por primeiro emprego e salário real* de MÉDICOS no mercado formal e egressos de MEDICINA no ano anterior – Brasil, 1998/99 – 2009/10.....	71
---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CCM – Centro de Ciências Médicas

CES – Conselho Estadual de Saúde

CFM – Conselho Federal de Medicina

CIB – Comissão Intergestores Bipartite

CIT – Comissão Intergestores Tripartite

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CONEP – Conselho Nacional de Ética em Pesquisa

CMS – Conselho Municipal de Saúde

CTB – Confederação dos Trabalhadores do Brasil

CUT – Central Única dos Trabalhadores

DAB – Departamento de Atenção Básica

EPS – Educação Permanente em Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

FEBACS – Federação Baiana dos Agentes Comunitários e de Endemias

FEDP – Fundação Estatal de Direito Privado

FESF – Fundação Estatal de Saúde da Família

FHC – Fernando Henrique Cardoso

FM – Faculdade de Medicina

FMI – Fundo Monetário Internacional

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LOS – Lei Orgânica da Saúde

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

MARE – Ministério da Administração e da Reforma de Estado

MPOG – Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

MS – Ministério da Saúde

NESCON – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva

NOB – Norma Operacional Básica

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização Não-Governamental

OPAS – Organização Pan-Americana de Saúde

OS – Organização Social

OSCIP – Organização da Sociedade Civil de Interesse Privado

PDRE – Plano Diretor de Reforma do Estado

PEGETS – Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

PES – Planejamento Estratégico Situacional

PIB – Produto Interno Bruto

PNAD – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios

PSF – Programa de Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

RAIS – Relação Anual de Informações Sociais

RAS – Redes de Atenção à Saúde

RJU – Regime Jurídico Único

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SESAB – Secretaria Estadual de Saúde da Bahia

SINDISAÚDE – Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Estado da Bahia

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMG – Universidade Federal de Minas Gerais

UFPB - Universidade Federal da Paraíba

UFPE – Universidade Federal de Pernambuco

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	1
2. REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 <i>Mundialização do capital e o surgimento do neoliberalismo</i>	13
2.2 <i>Transformações no mundo do trabalho</i>	18
3. CONTEXTO NACIONAL	32
3.1 <i>A reforma de Estado dos anos noventa</i>	32
3.2 <i>O Cenário baiano e a criação da FESF</i>	43
4. OBJETIVOS	56
4.1 <i>Objetivo geral</i>	56
4.2 <i>Objetivos específicos</i>	56
5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO EMPÍRICO	57
5.1 <i>Tipologia do estudo</i>	57
5.2 <i>Universo do estudo</i>	57
5.3 <i>Coleta do material empírico</i>	58
5.4 <i>Análise e interpretação dos dados</i>	59
5.5 <i>Considerações éticas</i>	59
6. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
6.1 <i>Contexto de precarização do trabalho na ESF do estado da Bahia e a proposição da FESF</i>	61
6.2 <i>Repercussão das proposições da FESF para o trabalho em equipe e para a organização dos trabalhadores</i>	75
6.3 <i>Papel do trabalhador nos processos de gestão dentro da proposição da FESF</i>	85
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
8. REFERÊNCIAS.....	100
APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	108

1. INTRODUÇÃO

A noção de cidadania em nosso país está na encruzilhada. Quem afirma isso é Carvalho (2010), refletindo do ponto de vista histórico como se desenvolveu localmente a evolução dos direitos civis, políticos e sociais.

No século XX, o Brasil viveu momentos de ampliação dos direitos sociais em conjunturas bastante adversas com relação às possibilidades reais de participação de uma parcela expressiva da população nas decisões políticas, tais como na ditadura de Vargas (1937-1945) e mais recentemente no período militar (1964 -1985).

Percebendo que os direitos sociais devem refletir conquistas e não concessões, gera estranhamento a coincidência da ampliação de políticas sociais em alguns dos momentos mais sombrios da história do Brasil. Apesar da pretensão anunciada de impactar a grande desigualdade social, essas políticas são propostas em contextos permeados pelo autoritarismo herdado dos tempos de escravidão e dominação oligárquica. Cicatrizes que permanecem muito vivas na sociedade atual.

Carvalho analisa os estudos de Marshall sobre o tema da cidadania nos países europeus (principalmente nos que desenvolveram plenamente a perspectiva do Welfare State) e questiona o desenvolvimento dos direitos no Brasil. O autor discute a importância de consolidar os direitos civis e políticos antes que seja visualizada a expressão dos direitos sociais (mesmo entendendo que não se trata de uma ordem cronológica rígida), avaliando as possíveis repercussões trazidas por uma sequência inadequada, conforme fica claro no parágrafo abaixo:

Se os direitos sociais foram implantados em períodos ditatoriais, em que o Legislativo estava fechado ou era apenas decorativo, cria-se a imagem, para o grosso da população, da centralidade do Executivo [...] o Estado é sempre visto como todo-poderoso, na pior hipótese como repressor e cobrador de impostos; na melhor, como um distribuidor paternalista de empregos e favores. (CARVALHO, 2010, pág. 221)

O acesso aos direitos sociais, principalmente se considerarmos os trabalhadores assalariados, antecedeu a presença de direitos civis e políticos. Os primeiros foram difundidos a partir da Revolução de 1930, enquanto os seguintes só começaram a ser garantidos a partir da década de 40. É um aspecto marcante, ainda mais em uma nação onde, mesmo em períodos de intenso crescimento econômico, não ocorreu um significativo desenvolvimento social (POCHMANN, 2008).

O momento mais recente que vivemos de ampliação de direitos políticos e sociais começa a partir da redemocratização e da elaboração da Constituição de 1988. Em uma conjuntura de grande mobilização social, foi possível pleitear e garantir na lei a Universalização de algumas políticas sociais. Sabe-se que é a nova carta magna que traz princípios fundamentais para o ideário da Seguridade Social, dando as bases para a criação do Sistema Único de Saúde, influenciada no capítulo da Saúde por discussões que tiveram como marco a VIII Conferência Nacional de Saúde de 1986.

É no capítulo 196 da Constituição de 1988 que se define a saúde enquanto direito da sociedade e responsabilidade do Estado. Este princípio fundamental torna obrigação do governo e da sociedade civil elaborar políticas de saúde de acordo com as necessidades sociais, respeitando as diretrizes do SUS.

Analisando o movimento social representado pela Reforma Sanitária percebe-se como os princípios propostos para a Seguridade Social na Constituição representam avanços na visão de cidadania da sociedade brasileira. Isso não significa dizer que esse entendimento se mantenha tão forte quanto no período da redemocratização. Mesmo assim, a concepção de um sistema público de saúde para todos os cidadãos, pautado na universalidade e na participação popular, é um marco na história do país.

Esse marco chega tarde e em um contexto internacional bastante desfavorável. Vive-se o período da mundialização do capital, do neoliberalismo e da reestruturação produtiva, que incluíam em seu receituário uma série de consequências danosas para o mundo do trabalho. O papel do Estado no desenvolvimento de políticas para áreas como a saúde passa a ser fortemente questionado, com propostas onde predomina o papel da iniciativa privada na gestão dos serviços. O setor público é acusado de ter extrapolado suas esferas essenciais, situação que o teria tornado ineficiente, burocrático e dispendioso (BRESSER PEREIRA e GRAU, 1999).

Nessa mesma linha, alguns autores responsabilizam o financiamento das áreas sociais pelo balanço negativo das contas públicas: o que é defendido pelos setores populares como um direito, passa a ser visto como o vilão da crise. Esquece-se a fuga de capitais para os países do capitalismo central e movimento realizado pelas empresas transnacionais para dominar iniciativas locais em áreas de desenvolvimento industrial tardio. Nesse momento mais recente da acumulação do capital, a produção em massa deixa de ser a única prioridade e acompanha-se um movimento de ampliação das aplicações no mercado financeiro que não têm correspondência com os bens efetivamente gerados.

Não é a toa que desde o início da implantação do SUS fica evidente o conflito entre as concepções existentes sobre o papel do Estado. Mesmo com o ideário de cidadania manifestado na Constituição (buscando expandir o acesso para milhões de excluídos da atenção no sistema público), em 1990 o governo Collor diminui o financiamento do setor saúde e mantém a lógica derivada do INAMPS de alocação de recursos conforme a produção de procedimentos. Santos (2009) critica fortemente essa lógica ainda bastante presente no SUS, reforçada em vários instrumentos que tem um dos precursores na Norma Operacional Básica (NOB) de 1991.

O papel do Estado é colocado no centro das discussões exatamente na década de noventa. Seja nos seus primeiros anos, a partir de medidas privatizantes que foram propostas pelo governo Collor, ou através de mecanismos mais elaborados, como o Plano Diretor de Reforma do Estado. Esse último foi construído pelo Ministério da Administração da Reforma do Estado durante o governo FHC, expondo suas intenções de transferir a responsabilidade de áreas como saúde e educação para o setor “público não-estatal”, conceituado por Bresser Pereira e Grau (1999) como:

[...] organizações ou formas de controle “públicas” porque voltadas ao interesse geral; são não-estatais porque não fazem parte do aparato do Estado, seja por utilizarem servidores públicos, seja por não coincidirem com os agentes políticos tradicionais [...] O que é estatal é em princípio público. O que é público pode não ser estatal, se não faz parte do aparato do Estado. (BRESSER PEREIRA; GRAU, 1999, p. 16).

O autor entende que o Estado foi importante em determinados momentos históricos para garantir os direitos sociais, mas tem limitações no desenvolvimento de serviços em áreas como a saúde. Um desses obstáculos acontece em virtude da burocracia, que limita a administração direta de órgãos públicos. A solução para o autor é a introdução dos conceitos da administração gerencial: competição, flexibilidade e experiência especializada, proporcionando maior eficiência.

O paradigma gerencial é decisivo nessa proposição. Seus objetivos são bem demarcados: “... controlar mais os resultados do que os procedimentos, conceder maior autonomia aos órgãos públicos, descentralizar estruturas e atividades, flexibilizar procedimentos [...] perante os cidadãos-consumidores” (NOGUEIRA, 2005, p. 47).

Esses conceitos tentam defender algumas das vantagens do setor público não-estatal sobre o estatal e estão expressas na proposta de Reforma de Estado, que também busca a transferência de responsabilidades do Estado para o setor privado, em áreas que são tidas como de interesse exclusivo do mercado. Na medida em que esse processo está permeado por um grau de participação da sociedade civil (que será bem explorado no tópico que discute o terceiro setor), os proponentes defendem que isso caracterizaria um avanço do controle social nos serviços que tem finalidade pública de modo a constituir um ambiente mais democrático.

É a defesa do Estado mais “eficiente” que responde a uma propagandeada crise fiscal, pela qual justifica a necessidade de reforma. Seus defensores divulgam um debate pautado pela dimensão instrumental do Estado, de decisões necessárias para resolver questões emergenciais de curto prazo, mas acabam deixando no ar a dimensão ético-política da Reforma de Estado (NOGUEIRA, 2005).

Essa visão é fortemente criticada por autores como Behring (2008), que discorda veementemente da argumentação dos reformistas e localiza a crise na competição predatória dos mercados financeiros e nas mudanças no mundo do trabalho. Para ela não se pode culpabilizar pela crise justamente quem é o seu maior prejudicado: o trabalhador que como será discutido adiante passa por um processo de perda de sentido do seu trabalho.

Com isso a autora refuta qualquer alternativa que occasiona retrocesso das conquistas sociais ou gere algum grau de desresponsabilização do Estado. As propostas que sinalizam no sentido da privatização, da focalização e da desconcentração (como o Plano Diretor de

Reforma do Estado) são entendidas como maneiras de ampliação do capital e com isso não podem proporcionar melhorias para a *classe-que-vive-do-trabalho*¹.

Franco e Pinto (2007) também discordam das proposições colocadas pela Reforma de Estado de FHC, entendendo que ela proporcionou uma limitação nas possibilidades de atuação do Estado através de mecanismos como a Lei de Responsabilidade Fiscal. Para os autores, ao invés de promover uma ampliação de compromisso com o que é público, essa lei somente engessou do aparelho estatal, gerando uma repercussão direta nos serviços públicos de saúde. Após a lei ocorreu uma série de dificuldades, como para a contratação dos trabalhadores ou para aumentar os investimentos nas áreas sociais.

Essas divergências estão presentes no debate sobre como promover avanços nas políticas de saúde em um país marcado pela desigualdade social. Entende-se que é fundamental aprofundar essa discussão, reconhecendo desde já a importância da argumentação que aponta para a ampliação de políticas universalistas e valoriza o direito à saúde, garantindo as conquistas históricas dos movimentos sociais. Procura-se uma maior aproximação para o objeto deste trabalho com as formas pelas quais os diversos atores (governamentais e não governamentais) buscam operar o sistema de saúde.

É exatamente o processo de gestão que é colocado como uma das maiores dificuldades do Sistema Único de Saúde. Ao lado do financiamento, a deficiência de gestão aparece como grande responsável pela percepção muitas vezes insatisfatória que a população tem do sistema público de saúde. É um debate bastante atual entre os defensores da Reforma Sanitária, no qual um dos autores que propõe mudanças é Campos (2007):

Acumulam-se evidências sobre a inadequação do modelo atualmente vigente na administração direta para a gestão de hospitais e serviços especializados. A rigidez exigida na execução orçamentária, o emperramento na administração de pessoal, a excessiva interferência político-partidária, tudo isto tem levado grande número de serviços públicos à burocratização e mesmo à degradação organizacional. (CAMPOS, 2007, p. 305)

¹ *Classe-que-vive-do-trabalho* é o conceito utilizado por Antunes (2010) para designar todos aqueles que vendem a sua força de trabalho para sobreviver. Com isso o autor traz para o debate contemporâneo a nova morfologia da classe trabalhadora, incluindo desde os assalariados, trabalhadores informais e até mesmo os desempregados de modo a atualizar todos que são oprimidos pelo capital e propor novas formas de resistência. Dessa forma, mantém-se a luta de classes enquanto categoria central de análise da sociedade.

Além dos serviços citados pelo autor, outros pontos da Rede de Atenção à Saúde passam por grandes dificuldades, como se pode verificar no exemplo dos serviços de Atenção Básica. Sugere-se a importância de analisar quais são as evidências colocadas por Campos sobre a inadequação dos modelos de gestão, tendo em vista os vários ruídos nas falas de gestores, trabalhadores e usuários do SUS sobre esta questão, através de exemplos como as situações de morosidade na compra dos insumos necessários para o funcionamento dos serviços de saúde.

Esses ruídos geraram propostas de mudança que constantemente são pautadas por quem está discutindo o Sistema Único de Saúde. Com isso influenciam decisões tomadas por diferentes governos e níveis federativos, onde se coloca como objetivo a melhoria do processo de trabalho nos serviços de saúde e a possibilidade de responder às necessidades de saúde da população.

Baseadas em argumentações como as acima, inúmeras experiências têm sido levadas a cabo no país com a justificativa de garantir a atenção à saúde nos serviços públicos. São modalidades com diferentes arcabouços jurídico-institucionais (ANDRADE, 2009), mas que carecem de análises aprofundadas no que diz respeito aos respectivos propósitos e desenvolvimentos. As propostas que estão no centro do debate atual sobre os modelos de gestão são as Organizações Sociais (OS), as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Privado (Oscip) e as Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP).

Os novos modelos de gestão se propõem a representar avanços na construção de uma sociedade mais equânime que consiga entender as diferentes necessidades expressas pelos cidadãos. A questão é se realmente querem chegar a esse objetivo e se conseguem. As experiências mais recentes demonstram que os serviços de saúde são organizados de acordo com critérios que busquem efetivar o direito à saúde somente quando administrados de forma direta pelo Estado.

Por isso alguns autores apresentam fortes críticas aos modelos de gestão de administração indireta (GRANEMANN, 2007; BEHRING, 2008; MARCH, 2011). Os críticos das novas modalidades entendem que elas terão como resultado uma transferência de serviços para o setor privado e, conseqüentemente, um acentuado compromisso dessas instituições com o capital, em detrimento das necessidades da população.

Um modelo que tem sido bastante utilizado nacionalmente, com maior visibilidade em São Paulo², é o das Organizações Sociais, impulsionado principalmente pelos governos do estado e da capital paulistana. Nesse formato são formulados contratos de gestão principalmente com serviços hospitalares e da atenção básica, delegando a responsabilidade para entidades que teriam maior eficiência em responder às necessidades dos usuários. Com isso, muitos serviços construídos pela administração pública foram repassados para OS. Santos (2009) percebe grandes fragilidades em modelos como as Organizações Sociais, por razões como a pouca transparência na utilização dos recursos transferidos pelo Estado.

As OS são bastante questionadas também por Montañó (2008), que classifica essa modalidade de gestão como componente do denominado Terceiro Setor. Para o autor, as OS são identificadas com uma visão minimalista do Estado, em que se busca inadequadamente transferir responsabilidades para a sociedade civil em áreas de caráter público como educação e saúde.

Outros estados, como Bahia, Sergipe e Rio de Janeiro, bem como o governo federal (através do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Ministério da Saúde), propuseram o modelo de Fundação Estatal de Direito Privado como alternativa para a gestão pública, entendendo que essa modalidade de administração indireta mantém o caráter público dos serviços do SUS e proporciona mudanças em áreas nas quais o papel do Estado está limitado na sua atuação direta. Uma definição bastante abrangente do que é a FEDP pode ser vista com Salgado (2007):

[...] um instituto público, criado para prestar serviços sociais – especialmente de saúde, assistência, cultura e desporto – diretamente aos cidadãos. Seu patrimônio é público e inalienável. Integra a administração indireta, ao lado das autarquias e das empresas estatais, em posição similar a essas últimas. Assim como as empresas públicas e sociedades de economia mista, a fundação estatal é criada a partir de organização legal específica, que estabelece seus requisitos constitutivos essenciais. (SALGADO, 2009, p.206)

² Uma medida recente que ganhou visibilidade foi o decreto nº 57108/2011 do governador paulista Geraldo Alckmin. Esse decreto foi publicado em julho de 2011, possibilitando que até 25% dos atendimentos em hospitais públicos gerenciados por Organizações Sociais sejam destinados para pacientes provenientes de planos de saúde. Em agosto de 2011 o Conselho Nacional de Saúde publicou a resolução nº 445 de 2011, onde se posicionou contrariamente à medida. A Conferência Estadual de Saúde de São Paulo, realizada em setembro de 2011 também manifestou sua discordância com a medida do governo paulista.

A proposta de Fundações Estatais também é defendida por Franco e Pinto (2007) como um dispositivo de desprivatização. Eles entendem que o Estado não pode ser considerado ineficiente, mas que a Reforma de Estado dos anos 90 dificultou a realização do seu papel na execução de políticas sociais, ocasionando várias consequências danosas, entre elas a diminuição de possibilidades de contratação da quantidade necessária de trabalhadores para um bom funcionamento dos serviços de saúde.

A FEDP é colocada como uma modalidade que busca evitar o engessamento provocado por este tipo de lei, visando qualificar a gestão de modo que consiga realizar um número maior de ações com a mesma quantidade de recursos quando comparado com a administração direta. Um exemplo dessa questão na visão de seus formuladores estaria na maior possibilidade de vinculação de trabalhadores de saúde aos serviços, tema que será recorrente nesse trabalho.

Merhy et al (2007) conceituam a FEDP como instituição especializada para prestação de serviços públicos, entendendo que não há nenhuma intenção de terceirização ou privatização. Com isso visualizam a possibilidade de ampliação da esfera pública na atuação do Executivo, de modo que os autores garantem que tal modalidade deve responder exclusivamente às políticas propostas pelo Estado. Andrade (2009) analisa que a principal vantagem da Fundação Estatal é a configuração de um formato jurídico-institucional singular para atuação do Estado dentro do campo social, dentro da administração pública.

Entretanto, autores como March (2011) vão criticar fortemente a proposta de FEDP, entendendo que ela representa uma privatização das instituições estatais e tem várias características típicas da iniciativa privada. Para a autora, isso ocorre em virtude da transferência de patrimônio público para o setor privado, utilização de recursos provenientes de venda de serviços no mercado e aplicação desses recursos no que a autora denomina de “ciranda financeira”.

No mesmo sentido Granemann (2007) entende a Fundação Estatal como uma forma atualizada das parcerias público-privadas, defendendo que esta é uma iniciativa similar à das OS. Para a autora, a proposta das FEDP apresenta o mesmo teor que os outros modelos de gestão mais recentes, ou seja, a privatização das políticas sociais, criando emblemas e nomeações diversas com o objetivo de vencer a resistência dos trabalhadores.

Cabe analisar se modalidades de administração indireta como as Fundações Estatais trazem um caráter privatista para o Sistema Único de Saúde. Essa será uma das encruzilhadas deste estudo: mesmo encontrando uma série de relatos sobre a necessidade de novos modelos para a gestão do sistema, cabe perguntar se propostas como as FEDP trabalham na perspectiva de favorecer o direito à saúde.

É nesse contexto de mudanças da gestão pública que em 2009, após um processo de discussão e pactuação nos fóruns da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia e do Controle Social, foi criada a Fundação Estatal de Saúde da Família do estado da Bahia (FESF). Ela é proposta enquanto órgão interfederativo, com a finalidade de desenvolver a Estratégia de Saúde da Família (ESF) em nível estadual e sua justificativa é a de responder a uma série de dificuldades enfrentadas pela Atenção Básica, principalmente no que é relativo à gestão do trabalho.

Um dos argumentos para criar essa instituição se refere ao o caráter interfederativo em que a FESF foi elaborada, a partir da iniciativa de diversos municípios com a mediação do gestor estadual. Santos (2009) defende este tipo de conformação, onde ocorre uma:

[...] articulação dos entes federativos numa rede que deve ser dotada de instrumentos jurídico-administrativos que lhe permita, de maneira integrada e compartilhada, planejar e gerir serviços, transferir recursos e se referenciar uns aos outros, de forma sistêmica, numa interdependência política, administrativa e financeira. (SANTOS, 2009, p.111)

Os documentos que propõem a criação da FESF falam na dificuldade dos municípios em gerir de forma autônoma até mesmo setores de sua inteira responsabilidade, como a Atenção Básica (BAHIA, 2007). Levanta-se a questão de como trabalhar de forma equânime numa situação em que existem municípios com características econômicas muito diversas. Além disso, pauta-se a responsabilidade do nível estadual dentro do Sistema Único de Saúde, entendendo que ele tem o papel de apoiar os municípios que não estão conseguindo desempenhar suas funções satisfatoriamente.

Percebendo a importância de se debruçar sobre este processo, este trabalho buscará analisar como foi a discussão em torno da criação da FESF e sua repercussão nas políticas de

saúde, principalmente no que se refere à gestão do trabalho. Aprofundando este debate, entende-se que será possível contribuir para uma série de questões que estão em pauta atualmente no Sistema Único de Saúde. Considera-se que um aspecto central da proposta de Fundação Estatal diz respeito à situação dos trabalhadores, sobretudo no que tange à proteção social enquanto garantia de direitos.

E como fica o trabalhador vinculado a uma FEDP? O trabalhador da administração direta conquistou ao longo da história um regime estável de trabalho e um conjunto estruturado de direitos sociais. Um marco desse processo é a presença na Constituição de 1988 dos princípios de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Mas na administração indireta o que pode representar para o conjunto dos trabalhadores as mudanças na forma de contratação? É sabido que mesmo nas frequentes situações de baixo salário, o trabalhador com vínculo estatutário desfruta das garantias de estabilidade. E é justamente sobre elas que recaem muitos questionamentos relativos aos novos modelos de gestão, a exemplo do que ocorre com as FEDP.

A situação dos direitos sociais do trabalhador nesse contexto é um tema que tem sido bastante debatido, mas ainda necessita de novas considerações. É possível perceber nos serviços públicos a existência de diversas formas de contratação, onde muitas vezes os direitos sociais são ignorados. Para tanto, aparecem como justificativas: a falta de financiamento, o alto custo em manter os profissionais da área da saúde e os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Os formuladores da proposta da FESF defendem este modelo como alternativa para uma série de dificuldades enfrentadas pela administração direta na gestão do trabalho. Eles entendem que a FESF pode levar a importante desprecarização do trabalho do profissional inserido na Estratégia de Saúde da Família, através de mecanismos como o concurso público e o contrato de gestão com os municípios, os quais garantiriam estabilidade para o trabalhador (FESF, 2009).

Entretanto, os autores mais críticos a essa proposta defendem que as FEDP não caminham no sentido da desprecarização. Entre outros argumentos, March (2011) questiona a contratação feita via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), entendendo que com isso é ferido o Regime Jurídico Único de contratação de servidores públicos. Para ela o trabalhador continuará tão desprotegido quanto em outros modelos de gestão em que o servidor não tem o vínculo como estatutário.

Granemann (2007) considera prejudicial o fato de cada Fundação Estatal ter o seu quadro próprio de pessoal, entendendo que esta medida atinge de modo contundente a organização da força de trabalho, porque a fragmenta e a torna frágil tanto para lutar por medidas universalizadoras quanto para defender as políticas sociais. Além disso, a autora critica o fato de que a Fundação Estatal, ao criar regras próprias de previdência, não necessita contribuir para a formação do fundo público estatal que garante a seguridade social.

Fica claro nesta discussão que o próprio conceito de precarização (e simultaneamente de desprecarização) está em debate. Nogueira (2004), em documento que propõe bases normativas e conceituais para a desprecarização do trabalho em saúde no Brasil, entende que o trabalho vinculado de forma regular ao Estado é sempre socialmente protegido e com isso nunca é precário.

Nessa linha o autor defende que a condição básica para desprecarizar o trabalho é rever as outras formas de contratação de trabalhadores que não sejam por intermédio de concurso público. Aos concursados, estatutários ou celetistas, estariam garantidos os direitos trabalhistas, de modo que não estariam inseridos em vínculos precários.

Por outro lado, autores como Druck (1996) situam a precarização no contexto de perda das já reduzidas garantias e direitos trabalhistas, como a crescente submissão à lógica do mercado. Entre as características principais desse processo estão a intensificação do trabalho e uma situação generalizada e permanente de insegurança do trabalhador, tendo como uma de suas consequências a falta de estabilidade no trabalho:

[...] (*caracteriza-se*) a precarização das condições de trabalho e da saúde dos trabalhadores, por conta, em primeiro lugar, da violenta intensificação do trabalho, propiciadas pelas novas tecnologias e pelas políticas de gestão/organização do trabalho; a precarização dos contratos (flexíveis) de trabalho, a flexibilização dos direitos trabalhistas e sociais, através das mudanças na legislação. (DRUCK e FRANCO, 2003, p. 879)

O debate é polêmico e acontece em vários espaços. Para o objetivo desta pesquisa cabe avaliar o posicionamento de quem estava mais diretamente engajado no debate da FESF

buscando indagar de que forma os atores envolvidos no processo de criação da FESF apresentam e justificam o modelo de proteção social proposto para os seus trabalhadores?

Resta a oportunidade de discutir se as propostas apresentadas para a gestão do trabalho nesta nova modalidade de gestão podem representar melhores condições para o trabalhador. Esse estudo justifica-se, portanto, pela necessidade de analisar os novos modelos de gestão para o SUS, especificamente as Fundações Estatais de Direito Privado e suas repercussões para o mundo do trabalho³. Com isso espera-se contribuir para o debate sobre caminhos possíveis para avançar mais ainda na implantação de um sistema público e integral de saúde.

³ Andrade (2009) realizou um importante trabalho de descrição da situação da Estratégia de Saúde da Família no estado da Bahia antes da criação da FESF e dos desafios para a implantação de um novo formato para a gestão do trabalho. Entende-se que o trabalho da autora traz grandes contribuições para pensar as possibilidades de inserção do trabalhador da FESF, mas não contempla a especificidade desta pesquisa que busca discutir de forma mais aprofundada a proteção social do trabalhador.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Mundialização do capital e o surgimento do neoliberalismo

Analisar a situação dos direitos sociais da *classe-que-vive-do-trabalho* requer inicialmente um esforço de contextualizar o momento mais recente do capital, como os Estados nacionais têm se colocado frente ao mercado e de que forma esses movimentos apresentaram repercussões sobre as transformações no mundo do trabalho.

Harvey (2001), em um vigoroso exercício de síntese, descreve que o capitalismo apresenta três características essenciais: orientação para o crescimento, gerando sempre a necessidade de acúmulo do capital; esse crescimento precisa se explorar em bases reais necessitando da exploração do trabalho vivo que ocorre na produção; e o capitalismo é sempre dinâmico, precisando ser inovador do ponto de vista da regulação organizacional e tecnológica.

Esses três pontos fundamentais são complementados pela análise de Jessop (2002) quando ele discute a Lei do Valor no Estado Capitalista e como nessa concepção a produção é orientada conforme o valor de cada mercadoria. Mas o lucro não dependerá somente da demanda por determinada mercadoria, mas também do quanto é agregado de exploração econômica ao longo das diferentes etapas da produção.

O primeiro exercício deste capítulo é discutir qual momento de ofensiva do capital é predominante principalmente a partir da década de 70. Chesnais (2001), o denomina de “mundialização do capital”, quando se renovam as estratégias de domínio do mercado em um regime predominantemente financeiro.

Para entender esse contexto, vale ressaltar uma série de processos que buscaram reconfigurar o capitalismo mundial e seus mecanismos (ou, nas palavras de Harvey, manter a sua dinamicidade e capacidade de adaptação). Entre eles a liberalização e desregulamentação das finanças, bem como a intensificação de intercâmbios comerciais com o investimento externo direto nos países da periferia do capitalismo. Com isso, a “mundialização do capital” é um termo que serve:

[...] para designar o quadro político e institucional que permitiu a emergência, sob a égide dos EUA, de um modo de funcionamento específico do capitalismo, predominantemente financeiro e rentista, situado no quadro de prolongamento direto do estágio do imperialismo. (CHESNAIS, 1997, p. 46)

A esfera financeira é o posto avançado da mundialização do capital. Mesmo não criando nada, já que essa esfera não está diretamente envolvida no processo de produção, ela busca desenvolver estratégias para extrair parte da renda do que foi produzido. Para Chesnais esse processo configura o fetichismo do qual falava Marx ao tratar do dinheiro que cria dinheiro, mesmo não mantendo uma referência material de produção real para a sociedade.

Para Harvey (2001) é a ocorrência de um desequilíbrio nas forças de ação do capitalismo global, permitindo “... muito mais autonomia ao sistema bancário e financeiro em comparação com o financiamento corporativo, estatal e pessoal.” Esse é o tipo de capital que trará as condições necessárias para a acumulação flexível que será discutida adiante. Mais do que isso, representa uma conjuntura de fortalecimento do capital em geral, não somente de suas formas particulares (ALVES, 2000).

Ocorre uma verdadeira hipertrofia das operações financeiras, onde em uma etapa mais recente os mercados “emergentes” são incluídos. Essa inclusão acontece em virtude da especulação desenvolvida com a exploração do endividamento dos países do capitalismo periférico, onde se situam principalmente um pequeno número de locais que necessitam estimular a industrialização (mesmo que de forma tardia ou baseada somente em produtos com pouca aquisição tecnológica).

Um bom exemplo é o Brasil, onde também se observa a ampliação da desnacionalização das ilhas industriais nacionais, potencializada pela privatização. Com a crise da dívida externa, foram frequentes os programas de ajuste macroeconômico que levaram a um desfinanciamento do desenvolvimento nacional (POCHMANN, 2008).

A mundialização do capital não significa uma totalidade sistêmica verdadeira abrangendo o conjunto da economia mundial. O regime de acumulação financeira só foi plenamente implantado nos EUA, o que questiona essa amplitude de relação mundial sugerida pela ideia propagada de “globalização” (mesmo que esse país necessite da relação com os países periféricos para nutrir seu poderio econômico).

Por isso, o termo “mundialização do capital” é utilizado por Chesnais para contrapor o que é colocado como globalização (definição difundida pela ideologia capitalista). Entende-se que a ideia de globalização representa um processo (inexistente) de desenvolvimento e aproximação de todos os países, sem levar em conta suas desigualdades anteriores e principalmente como a ampliação do mercado mundial beneficia principalmente os países com uma posição industrial consolidada, na tríade EUA, Europa e Japão.

Behring (2008) é uma das autoras que analisa a mundialização do capital e sua influência para países como o Brasil. Ela cita Husson para defender que a mundialização:

[...] engendra a formação de um mercado unificado com companhias mundializadas, bem como a configuração de uma base planetária de concepção, produção e distribuição de produtos e serviços... é um processo contraditório, desigual e assimétrico, intensificado pela revolução tecnológica, sobretudo com a horizontalização das empresas e sua ligação pela rede de informática. (BEHRING, 2008, p. 45)

Para a autora, o elo criado pelas operações financeiras, baseado muito mais no avanço da tecnologia do que na produção real, é extremamente frágil, fazendo com que as crises bancárias causem sensação de pânico. As turbulências recentes vivenciadas em escala mundial são boas provas disso: Grécia, Espanha, Itália. A principal saída acaba sendo uma maior participação dos Estados nas decisões econômicas, mesmo que seja para financiar os banqueiros. Cabe destacar esse fato no momento em que o papel do Estado, tanto na economia como em outras áreas é fortemente questionado.

Mas que condições foram essas criadas pelos Estados para a mundialização do capital? Além de iniciativas como áreas de livre comércio, vários governos programaram medidas identificadas com o neoliberalismo, concepção onde são propostas medidas que atingem principalmente a relação do Estado com o mercado.

O momento que precedeu o ideário neoliberal apresentava um papel mais ativo do Estado na regulação do mercado, bem como uma maior possibilidade de resposta às demandas dos movimentos sociais. Existia também uma maior garantia de serviços públicos para a população na busca de um aparato produtivo autônomo.

Será possível analisar adiante como esse modelo de Estado respondia ao modo de regulação de um momento caracterizado pela produção em massa, já que a “a legitimação do poder do Estado dependia cada vez mais de levar os benefícios do fordismo a todos e encontrar meios de oferecer assistência médica, habitação e serviços educacionais (...) de modo humano e atencioso” (HARVEY, 2001).

Com o neoliberalismo, busca-se menos estado e mais mercado. Para Behring (2008) os objetivos neoliberais são a:

[...] retirada do Estado como agente econômico, dissolução do coletivo e do público em nome da liberdade econômica e do individualismo, corte dos benefícios sociais, degradação dos serviços públicos, desregulamentação do mercado de trabalho, desaparecimento de direitos históricos dos trabalhadores. (BEHRING, 2008, p.58)

Ocorre uma dissolução do Estado nacional, que abdica do seu papel de desenvolver políticas industriais para simplesmente tentar se tornar mais atrativo para os investimentos estrangeiros. Isso inclui proporcionar infraestrutura adequada, aplicar incentivos fiscais e institucionalizar processos de liberalização e desregulamentação em nome da competitividade.

O Estado se converte num ponto de apoio para as empresas e estimula processos de privatização, onde a justificativa é livrar-se de empresas endividadas, mas o objetivo real é possibilitar ainda mais a ampliação do investimento direto de empresas estrangeiras. Ao invés de trabalhar orientado conforme as demandas gerais da população, a prioridade do Estado passa a ser de responder às necessidades das empresas. O quadro é de dissociação entre o poder econômico mundializado e o poder político nacional.

Um dos argumentos mais utilizados para cortar o financiamento de políticas sociais é a falta de verba e o déficit gerado pela manutenção de áreas como, por exemplo, a previdência social. Dentro desta linha está a questão da crise fiscal, que seria gerada exatamente devido ao recurso excessivo voltado para as políticas sociais. Esse argumento tão difundido por defensores da redução do papel do Estado é bastante questionável.

Behring (2008) traz outra visão para a crise: o déficit é principalmente ocasionado pela depressão dos fatores de crescimento do Estado, com seu papel ainda mais periférico na nova configuração capitalista, bem como uma queda de arrecadação tributária gerada principalmente pela renúncia fiscal adotada em tempos de depressão da economia. É possível que ocorram mais custos com a ampliação das demandas por proteção social dos trabalhadores, mas isso é bastante legítimo e está longe de representar a totalidade do problema.

A autora considera que as medidas neoliberais são como uma redistribuição às avessas: nos períodos recessivos, em que o Estado mais precisa garantir a proteção social do trabalhador, o que acontece é um favorecimento do capital, com os incentivos de renúncia fiscal para as empresas. Por isso, a crise fiscal não é induzida pela demanda dos trabalhadores, o que é “... um argumento para a defesa neoliberal do corte de gastos sociais, escamoteando as intenções reais de diminuição do custo do trabalho” (BEHRING, 2008, p. 63).

Complementa-se ainda dizendo que a crise fiscal é alimentada pela reorientação do fundo público para as demandas do empresariado, combinada à queda da receita motivada pelo ciclo depressivo e à diminuição da taxa sobre o capital. Além disso, será discutido como a reestruturação produtiva teve um grande impacto na queda de arrecadação tributária, pela pulverização da grande indústria e pelo crescimento da informalidade.

Quando se intensifica a disputa pelos fundos públicos, as primeiras medidas de governos neoliberais são a privatização e corte de recursos para as políticas sociais, vistos como as únicas formas de promover o equilíbrio das contas públicas e evitar o avanço da inflação (vide exemplos propagados em nossa história recente). Tenta-se formar uma imagem negativa das políticas sociais através de um discurso nitidamente ideológico: elas são paternalistas, fomentadoras da ociosidade dos trabalhadores, geradoras de desequilíbrio, apresentam custo excessivo do trabalho e devem ser acessadas via mercado.

O que é a causa tenta ser transformada pelo discurso ideológico em uma solução: quanto menos se investe nos serviços públicos, mais aumenta a degradação de seu funcionamento: isso acaba respaldando discursos em defesa da privatização, vista como uma forma de trazer mais eficiência e qualidade. É o Estado mínimo para os trabalhadores e o Estado máximo para o capital.

Esse é um momento propício para a aparição dos organismos internacionais e suas propostas de ajustes estruturais: desregulamentação dos mercados, redução do gasto público,

clara política de privatização, capitalização da dívida e um maior espaço para o capital internacional. As propostas para as políticas sociais são ainda mais discutíveis: focalização das ações e a mobilização de recursos para gestão da sociedade civil.

Na proposta de focalização, somente áreas que não oferecem lucro para o capital devem permanecer sobre responsabilidade do Estado. Qualquer proposta de ampliação de funções é tida como gasto desnecessário e inviável, principalmente nas áreas sociais, Isso se agrava quando um serviço público realiza uma função que é considerada lucrativa para o mercado.

Esse tema voltará a ser discutido no próximo tópico, onde se analisa a proposição do terceiro setor para gestão dos serviços públicos. No momento, interessa ressaltar a existência de interesses diversos nas ofensivas frequentes que ocorrem contra a ideia de sistema universal de saúde, permeadas pelo discurso de que o SUS é inviável e por propostas mediante as quais o Estado deveria prover algumas poucas ações apenas para os mais pobres.

2.2 Transformações no mundo do trabalho

Os efeitos perversos da mundialização do capital e do desmantelamento dos estados através do neoliberalismo vieram acompanhados de importantes modificações no processo de trabalho e nas condições de vida da *classe-que-vive-do-trabalho*. Houve um movimento conjunto de mudanças na forma de acumulação do capital com uma série de modificações do mundo do trabalho.

É o fenômeno da reestruturação produtiva, a partir do qual ocorre uma crise do padrão de organização do trabalho e a implantação de novas políticas de gestão concomitantemente à adoção de novas tecnologias no processo produtivo. Para Druck (1996) esse processo é representado pela:

[...] redefinição da estrutura produtiva das economias na redivisão internacional do trabalho, das novas tecnologias de automação e dos novos padrões de gestão e organização do trabalho, que se universalizam,

preparando e reforçando as condições objetivas para a atuação desmesurada e sem fronteiras do capital. (DRUCK, 1996, p.31)

Na mesma direção, Alves (2000) reforça um sistema de inovações de cunho tecnológico e também as organizacionais⁴, bem como os vários tipos de descentralização produtiva, com ciclos de fechamento de fábricas em alguns locais e reabertura em outros, onde o Vale do Silício nos EUA é um símbolo dessa movimentação.

Harvey (2001) também descreve a ocorrência de uma radical reestruturação do mercado de trabalho, no sentido de regimes e contratos de trabalho mais flexíveis e da redução do emprego regular em favor do trabalho em tempo parcial.

Antes de discutir o momento atual de reestruturação produtiva, é interessante recuperar um pouco da história de transição da produção em massa para a acumulação flexível e quais foram os principais elementos nos períodos mais recentes de estruturação do mundo do trabalho.

Nesse percurso é necessário pontuar características do fordismo, modelo de produção que ganhou grande impulso no período posterior a segunda guerra mundial e cuja influência se mantém presente até hoje, de forma mais destacada em países de industrialização recente⁵. Após isso, vale pontuar os elementos necessários da transição para a acumulação flexível e o modelo que predominou a partir da década de 80 denominado de toyotismo.

Sabe-se que o fordismo surge em um momento de rápida expansão da produção industrial e valorização da quantidade dessa produção, nas circunstâncias históricas das sociedades que se recuperavam dos períodos de guerra. Essa necessidade levava à elaboração de materiais mais homogêneos, sendo a linha de montagem em massa a imagem mais marcante da organização das fábricas (ANTUNES, 2010).

Na organização do processo de trabalho há uma grande congruência com os postulados de Taylor na Teoria Geral da Administração Científica. No processo de trabalho

⁴ São vários os exemplos: a robótica e a automação microeletrônica e as inovações de gestão do processo de trabalho, como os círculos de controle da qualidade, *just in time* e os programas de Qualidade Total. Os relatos dos trabalhadores japoneses são emblemáticos desse novo momento da produção. Alves (2000) chega a considerar os anos 80 como a “década das inovações capitalistas”.

⁵ Harvey (2001) refere que Lipietz denominava esse fenômeno de “fordismo periférico”.

taylorista, ocorre uma clara separação entre quem elabora e quem executa o processo de trabalho, o que tem repercussões diretas na alienação do trabalhador.

As unidades fabris ficam concentradas e busca-se a ideia de um operário coletivo fabril, facilitando do ponto de vista ideológico o estímulo ao sentimento de pertencimento junto da empresa. Antunes (2010) entende que a repercussão desse modelo envolve principalmente o processo de trabalho, mas que ele é mais uma consequência do que uma influência da organização societal.

O fordismo é um modelo baseado na linha de montagem de base eletromecânica e com estrutura organizacional hierarquizada, apresentando uma relação salarial que aponta “para a produção em massa, para um consumo de massa, viabilizada por meio dos acordos coletivos que definiam certa distribuição dos ganhos da produtividade do trabalho” (BEHRING, 2008, p. 35).

Em virtude de uma relação mais coletiva no trabalho, também é necessária uma resposta mais enfática do Estado às demandas trabalhistas, o que estimula de certa forma a criação de mecanismos que garantam os direitos sociais dos trabalhadores, objeto de estudo desse trabalho.

Nos países capitalistas centrais, essa relação começa a ser modificada na década de setenta do século vinte, tendo como um dos marcos a crise do petróleo de 1973 que demonstrou a fragilidade da produção desenfreada em uma situação de aumento dramático do custo dos insumos. Além disso, entrou em evidência o excesso inutilizado do que foi produzido e fez com que as corporações chegassem a um período de repensar a organização do trabalho, buscando refinar os mecanismos de controle.

O termo “rigidez” (para garantir a produção) começa a sair de moda e a palavra de ordem passa a ser “flexibilizar”. Ou seja, tornar mais maleáveis as necessidades de produção, desenvolver mecanismos de controle do processo de trabalho onde a hierarquia não seja mais tão evidente e principalmente diminuir os custos com o trabalhador desenvolvendo formas mais flexíveis de contratá-lo (ou mais fáceis de dispensá-lo).

Harvey (2001) caracteriza muito bem essa transição:

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 trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento dos serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional [...] Ela também envolve um novo movimento que chamarei de compressão espaço-tempo [...] a difusão imediata das decisões num espaço cada vez mais amplo e variegado. (HARVEY, 2001, p. 140)

Algumas características do fordismo começam a ser questionadas quando no contexto macroeconômico se dá a progressão do avanço tecnológico e um movimento de desconcentração da produção, com o ressurgimento das médias e pequenas empresas denominadas de artesanais. Mantém-se o modo de produção capitalista voltado para o crescimento do capital e a exploração do trabalho, mas passa-se a defender uma maior flexibilidade do trabalhador.

Com o avanço do capitalismo, a produção em massa deixa de ser a principal característica para gerar lucro nas empresas e passa a ser valorizado também o padrão de “qualidade” dos produtos para garantir mais vendas. Passado o momento de valorizar a produção em massa, a experiência de enfrentar diversas crises econômicas produz uma nova orientação sobre a oferta e a demanda que caracterizará a acumulação flexível: somente produzir o necessário. Elaborar um produto com especificidades para o consumo de determinados públicos pode ser mais interessante do que a produção em série.

Mesmo esse aparente senso de qualidade dos produtos é bastante questionável. Esse adjetivo mais sugere a adoração do supérfluo: quanto mais “qualidade total” os produtos têm, menor o seu tempo de duração. A necessidade de reduzir o tempo de giro do capital⁶ faz alimentar a demanda por novos produtos, maquiados pelo acabamento, mas com pequenas inovações incomparáveis à redução do tempo de vida útil.

Na visão do capital é importante buscar formas de reduzir os custos para aumentar os lucros. Uma solução para esta situação é aumentar o número de funções de um mesmo trabalhador para que o empregador possa diminuir o número de postos de trabalho.

⁶ De acordo com Harvey (2001) o tempo de giro foi reduzido de modo dramático com o uso de novas tecnologias e a meia vida dos produtos diminuiu drasticamente: enquanto no fordismo em algumas áreas era de cinco a sete anos, na acumulação flexível passou para menos da metade desse período. Para Antunes (2005) essa é marca da sociedade do *entertainment*, despejando toneladas de produtos descartáveis gerados em ritmo seriado e fordista. Desse modo, o capitalismo vai se convertendo em inimigo da durabilidade.

Começa a ser valorizado o trabalhador que desempenha várias funções e consegue se adaptar às mudanças no processo de trabalho ⁷, inserido em um grupo que exerce certo grau de controle sobre a produção. Essa equipe é incentivada a realizar um trabalho de maior qualidade, mas qualquer falha de um dos membros gera um dano para todos. A gerência é substituída pelo controle dos pares, constituindo-se esse um marcador do elemento predominante da reestruturação produtiva, denominado de toyotismo (ANTUNES, 2010; ALVES, 2000).

No mesmo rumo, Alves (2000) considera que o traço mais marcante do toyotismo é a constituição de uma nova hegemonia do capital na produção com o refinamento de técnicas de captura da subjetividade do trabalhador por meio do capital. O objetivo é o mesmo que se pode perceber em outros momentos desse trabalho: aumentar a superacumulação através da intensificação da produção, reduzir o pessoal e minimizar os custos. A novidade é a forma de buscar ainda mais o consentimento do operário.

Behring (2008) vai sistematizar essa mudança no mundo da produção da seguinte forma:

Um pequeno grupo de trabalhadores multifuncionais ou polivalentes opera a ilha de máquinas automatizadas, num processo de trabalho intensificado, que diminui ainda mais a *porosidade* no trabalho e o desperdício. Diminui também a hierarquia do chão de fábrica, já que o *grupo* assume o papel de controle e chefia. Acrescente-se a pressão patronal pelo sindicalismo por empresa – *sindicalismo por envolvimento* – e a pressão do desemprego, e tem-se o caldo de cultura para adesão às novas regras. (BEHRING, 2008, p.35)

Antunes (2010) ressalta que essa aparente substituição do toyotismo pelo fordismo ⁸ não deve ser entendida enquanto uma real transformação no modo como a sociedade está

⁷ Alves (2000) chega a falar em um processo de desespecialização, que tende levar o trabalhador ao extremo da desqualificação conforme o avanço da reestruturação produtiva. Nesse ínterim, Pochmann (2008) realiza uma análise do paradoxo do mercado de trabalho no Brasil, em que houve na década de 80 uma separação entre o mundo da produção e o do conhecimento: enquanto os trabalhadores mais qualificados imigravam para os países centrais, os empregos criados foram voltados basicamente para aqueles com baixa escolaridade.

⁸ Não é possível afirmar que um modelo substituiu o outro, mas que os elementos de ambos os processos continuam bastante presentes no processo de trabalho, com um objetivo único de favorecer o modo de produção capitalista e a busca da acumulação através de elementos como a mais-valia.

organizada, e que muito menos representa algum esforço do capitalismo em melhorar a vida do trabalhador. Ele deixa claro que na essência o fordismo não apresenta grandes diferenças do toyotismo, mantendo o modo de produção capitalista, já que:

[...] a referida diminuição entre *elaboração e execução*, entre a *concepção e produção*, que constantemente se atribui ao toyotismo, *só é possível porque se realiza no universo estrito e rigorosamente concebido do sistema produtor de mercadorias, do processo de criação e valorização do capital.* (ANTUNES, 2010, p. 39, grifos do autor)

Para os trabalhadores cria-se a ilusão inicial de que a flexibilização é mutuamente benéfica, com maior possibilidade de trânsito dentro do emprego. Essa miragem tende a ser passageira e não compensar a perda de proteção social e, principalmente, a insegurança no emprego.

Finalmente, é chegado um momento de mixagem entre o saber científico e o saber laborativo, uma maior imbricação entre o trabalho material e imaterial (Antunes, 2005). Pensava-se em um momento em que o aumento da tecnologia permitiria ao trabalhador mais tempo para se dedicar a outras atividades (igualmente gratificantes). Mas o que se observa é um incremento do trabalho intelectualizado (principalmente nas esferas mais informatizadas, mas também na área de serviços, comunicação e tantas outras) levando somente à intensificação do trabalho. O computador (e conseqüentemente o trabalho) acompanha a pessoa até em casa.

Abre-se um parêntese aqui para esclarecer que mesmo que os exemplos acima estejam baseados no chão de fábrica e que o trabalho em saúde apresente diversas especificidades, é possível perceber claramente as influências nessa área. Não cabe nos propósitos desta pesquisa se debruçar sobre todas as especificidades do trabalho em saúde e sim caminhar no rumo do objeto deste trabalho dialogando com os autores levantados. Antunes (2009) coloca a necessidade de trazer seus referenciais para o trabalhador dos serviços:

Se acrescentarmos a imbricação *crescente* entre mundo produtivo e setor de serviços, bem como a crescente subordinação desse último ao primeiro, o *assalariamento* dos trabalhadores do setor de serviços aproxima-se cada vez mais da lógica e da racionalidade do mundo produtivo, gerando uma *interpenetração recíproca* entre eles, entre trabalho *produtivo e improdutivo*. Essa absorção de força de trabalho pelo setor de serviços possibilitou um significativo incremento dos assalariados médios no sindicalismo, o que, entretanto, não foi suficiente para compensar as perdas de densidade sindical nos polos industriais. Mas significou um forte contingente de assalariados na nova configuração da classe trabalhadora. (ANTUNES, 2009, p. 111, grifos do autor)

É possível perceber alguns elementos do fordismo/taylorismo na passagem para a análise do trabalho em saúde, tais como, a separação entre quem planeja e quem faz, a hierarquização rígida e a exigência de produtividade, todos eles cada vez mais presentes no cotidiano dos serviços de saúde.

Também é possível perceber a influência da acumulação flexível no trabalho em saúde, já que há uma nítida tendência de aumentar o trabalho intelectualizado, tendência essa que se faz acompanhar do refinamento dos mecanismos de controle do trabalhador. Percebe-se ainda que a questão da qualidade passa a ser um dos objetivos centrais na avaliação dos serviços de saúde.

Todos esses aspectos são componentes importantes para pensar as possibilidades de garantia dos direitos sociais para o trabalhador. Tendo em vista o objetivo dessa investigação, o convite agora é de se aproximar ainda mais dos conceitos estruturantes da condição da *classe-que-vive-do-trabalho* para entender as repercussões das mudanças apontadas acima.

Inicialmente é preciso diferenciar o trabalho concreto do abstrato, de modo que o primeiro está diretamente relacionado à sua utilidade, ou seja, a relação de intercâmbio entre homem e natureza que produz “coisas socialmente úteis e necessárias”. Aqui vale ressaltar o valor de uso de cada produto da atividade humana e sua função dentro da sociedade.

Já o trabalho abstrato cumpre um papel decisivo na criação de valores de troca, de modo que o valor das coisas é diminuído apenas para a sua importância enquanto mercadoria. A finalidade dessa atividade destina-se exclusivamente à lógica do capital, ocorrendo uma subordinação do valor de uso ao valor de troca.

Antunes entende que mesmo num processo produtivo com tecnologia avançada, com menor utilização de tempo físico na produção e ampliação de trabalho mais intelectualizado a *lei do valor*⁹ é mantida, ao “... se considerar a *totalidade do trabalho, a capacidade de trabalho socialmente combinada, o trabalhador coletivo*, como expressão de múltiplas *atividades combinadas*.” (ANTUNES, 2010, p.80).

Por isso, para ele a crise da sociedade se localiza no trabalho abstrato, assumindo a forma do trabalho estranhado, fetichizado e conseqüentemente desrealizador e desefetivador da atividade humana autônoma. O autor coloca que quem pode superar essa crise é a própria *classe-que-vive-do-trabalho*. Para isso ele defende:

Entendemos que a ação efetivamente capaz de possibilitar o salto *para além do capital* será aquela que incorpore as reivindicações presentes na cotidianidade do mundo do trabalho, como a redução *radical* da jornada de trabalho e a busca do “tempo livre” sob o capitalismo, *desde que esta ação esteja indissoluvelmente articulada com o fim da sociedade do trabalho abstrato e a sua conversão em uma sociedade criadora de coisas verdadeiramente úteis*. (ANTUNES, 2010, p. 84)

O tempo utilizado para o trabalho deve deixar de ser opressor, passando a um caminho em direção à emancipação humana fundamental para dar sentido a vida, com o tempo livre também voltado para essa finalidade. Os momentos em que não se está trabalhando deixam de ser dedicados para o consumo e passam a servir para o desenvolvimento das artes, da ciência, da filosofia. É a extinção do trabalho fetichizado! É nesse exemplo que o autor se remete a Marx onde ele propõe a recuperação da indissociabilidade entre o caracol e sua concha, ou seja, entender a unidade inseparável desses elementos assim como a humanidade e o trabalho (ANTUNES, 2005).

Já tendo caracterizado a transição do fordismo para a acumulação flexível e discutido de forma mais aprofundada os sentidos do trabalho, pode-se agora conceituar três categorias que serão fundamentais para a análise do objeto desta pesquisa: *complexificação*,

⁹ Jessop (2002) também discute a lei do valor com a regra geral de que “[...] mais tempo será gasto com a produção de mercadorias nas quais o preço de mercado está acima do preço da produção que é medido conforme o tempo do trabalho socialmente necessário que é envolvido na sua criação” (p. 17, tradução do autor).

heterogeneização e fragmentação da classe-que-vive-do-trabalho (ANTUNES, 2005; 2010, BEHRING, 2008, DRUCK, 1996).

A classe trabalhadora existe enquanto um ser social *complexificado* no momento que abrange diversas inserções e atividades produtivas, desde os que se beneficiaram com o avanço tecnológico e vivenciaram uma maior intelectualização do seu trabalho até os que se mantêm em atividades com características mais artesanais.

No que se refere à *heterogeneização*, Antunes (2005) descreve que há “[...] uma crescente redução do proletariado fabril estável, que se desenvolveu na vigência do binômio fordismo/taylorismo e que vem diminuindo com a reestruturação, flexibilização [...] típicas da fase do toyotismo”. Com isso ocorre um enorme incremento de um novo proletariado, o subproletariado fabril e de serviços, fenômeno que está relacionado à precarização do trabalho.

São os contratados de forma parcial, temporária, terceirizados, part-time e diversas formas assemelhadas que se desenvolvem mundialmente¹⁰. Nota-se um aumento da força de trabalho feminino que em boa parte dos países com desenvolvimento industrial já representa mais de 40% da força de trabalho. Há também um crescimento dos trabalhadores do terceiro setor, tema que será aprofundado mais adiante.

É o que Alves (2000) denomina de um movimento de estímulo para uma nova classe operária industrial, reduzida e desconcentrada com a valorização da polivalência. Enquanto isso, se amplia o operário periférico precarizado¹¹. Esse último é o que predomina nas iniciativas de emprego, enquanto ganham força quadros assustadores de desemprego (POCHMANN, 2008).

Esse quadro de heterogeneidade aumenta a dificuldade de estimular a participação de alguns dos segmentos mais informais em determinadas reivindicações e no reconhecimento da opressão do trabalho abstrato, *fragmentando* o movimento sindical. Isso é consequência da precariedade do vínculo e do trabalho parcial. Ao mesmo tempo esta condição de maior

¹⁰ Conforme Antunes (2005) muitas vezes esses postos de trabalho são ocupados por imigrantes, exemplificados pelos *gastaitesters* na Alemanha, o *lavoro nero* na Itália, os *chicanos* nos EUA e os *dekasseguis* no Japão. No Brasil também podemos observar esse fenômeno a exemplo dos bolivianos na cidade de São Paulo, que trabalham em regimes que lembram a escravidão.

¹¹ É uma diferenciação conceituada por Harvey (2001): a existência de um grupo minoritário central, que interessa ao longo prazo para a organização, credenciado pela sua flexibilidade e capacidade de adaptação, que seja preferencialmente de fácil mobilidade geográfica. Na periferia os empregados de tempo integral que sejam facilmente disponíveis no mercado (repostos prontamente quando necessário) e os empregados em tempo parcial, temporários, com segurança menor ainda no trabalho.

exclusão os torna potenciais sujeitos de ação anticapitalista. Não se pode pensar em uma luta pela transformação da sociedade sem considerar esses segmentos, correndo-se o risco de aprofundar a fragmentação da *classe-que-vive-do-trabalho* (ANTUNES, 2010).

Druck (1996) descreve bem as mudanças pelas quais passa a *classe-que-vive-do-trabalho*, com “[...] a fragmentação e dismantelamento dos coletivos, desenvolvendo um processo de individualização, levando a crescente perda da identidade coletiva e de classe” (DRUCK, 1996, p. 33). Essas mudanças somente são possíveis em decorrência de um fenômeno histórico que a autora conceitua como a “Precarização Social do Trabalho”, considerara condição central e hegemônica que se contrapõe a outras formas de trabalho e direitos sociais conquistados:

[...] a Precarização Social do Trabalho, compreendida como um processo em que se instala – econômica, social e politicamente – uma institucionalização da flexibilização e da precarização moderna do trabalho, que renova e reconfigura a precarização histórica e estrutural do trabalho no Brasil, agora justificada pela necessidade de adaptação aos novos tempos globais (DRUCK, 2011, p. 39).

A visão de Behring (2008) reforça a ocorrência dessa radical reestruturação do mercado de trabalho, via os contratos mais flexíveis ou a redução de tempo regular para favorecer o trabalho parcial, temporário ou subcontratado. Ela considera que essa reestruturação produtiva vem ocorrendo em combinação com o ajuste neoliberal, o qual implica na desregulamentação de direitos, no corte dos gastos sociais, em deixar milhões de pessoas à sua própria sorte e méritos individuais.

Ao analisar respostas às crises econômicas mais recentes ocorridas em países desenvolvidos, a autora avalia que a austeridade salarial acabou não gerando empregos e que junto a isso ocorreu um verdadeiro bloqueio da progressão dos salários. Mesmo com a retomada da rentabilidade, não são criados postos de trabalhos suficientes, levando a uma tendência de os empregos serem mais suprimidos do que criados.

A transposição dessas questões do mundo fabril para o setor de serviços com as singularidades que caracterizam um e outro tem sido objeto de discussões importantes na

literatura específica, internacional e local. Sem desmerecer os distintos argumentos, ressaltam-se aqui aqueles provenientes dos estudos de dois autores brasileiros que têm dedicado sua produção intelectual mais recente à reflexão dessa questão.

Nogueira (1996) estabelece correlações entre os conceitos de flexibilização e estabilidade. Apesar dos compromissos igualitários universais da década de 80 (exemplificados pelas propostas de isonomia salarial e plano de cargos, carreiras e salários), o autor entende que a flexibilização começa a ser realidade significativa do Sistema Único de Saúde principalmente a partir da década de 90. Esse processo foi simultâneo à manutenção da tendência de centralização do financiamento do SUS (que gerou desigualdades brutais) e as propostas de Reforma de Estado que serão mais discutidas no tópico a seguir.

Nogueira entende que a estabilidade é um sustentáculo da missão institucional e por isso mesmo não deve ser um “dom” gratuito, mas garantido através de concurso e “filtro” que acompanhe o desenvolvimento da carreira. Ao mesmo tempo em que é fundamental para a instituição, a sustentabilidade é colocada em xeque no momento em que há necessidade de uma parte do quadro pessoal se manter ajustado permanentemente às mudanças tecnológicas. Para essa situação, o autor analisa qual é a necessidade de flexibilidade:

Temos de admitir que a opção que se nos apresenta doravante não é a de adotar ou não a flexibilidade como princípio de ação na gestão de pessoal, mas a de escolher o tipo de flexibilidade que seja mais apropriada aos interesses dos usuários e que assegure direitos trabalhistas essenciais. Por outro lado, teremos de combinar essa *flexibilidade politicamente correta* (grifo do autor) com a estabilidade de um núcleo de pessoal que persista numa estrutura de carreira. Sobre as dimensões efetivas que deve ter esse núcleo não convém estabelecer a priori nenhum parâmetro, porque dependerá certamente da composição entre funções técnicas e administrativas pertinente a cada âmbito de governo e a cada tipo de unidade. Em princípio, quanto maior a proporção de funções técnicas exercidas pela unidade em questão (num hospital, por exemplo), maior deve ser o espaço da flexibilidade na contratação de força de trabalho suplementar ao quadro permanente de pessoal e, inversamente, quanto maior a proporção de funções gerenciais (numa sede de secretaria municipal, por exemplo), mais espaço deve ser concedido ao núcleo de carreira. (NOGUEIRA, 1996, p. 433)

A *flexibilidade politicamente correta* é tida pelo autor como uma imposição de governabilidade diante da rigidez do RJU. Desse modo, trabalha-se com uma perspectiva através da qual se deve flexibilizar o emprego e o trabalho para colocar a “a pessoa certa no lugar certo” de modo a garantir a “satisfação do cliente” e assim apresentar capacidade de adaptação frente as forças do mercado e as inovações tecnológicas.

Nogueira entende que está ocorrendo uma reforma informal do trabalho em saúde no país, e que um dos grandes exemplos desse movimento é a triangulação realizada através de fundações de apoio, ONGs vinculadas ao Estado e outras entidades para a contratação de profissionais de saúde. Para frear este tipo de movimento seria necessário abrir novos horizontes para a administração pública não-estatal, regularizando esse mecanismo e não utilizando-o somente como subterfúgio para enfrentar os impedimentos administrativos e legais de contratação de mão-de-obra.

É com proposições como essa que Nogueira irá protagonizar a discussão que o Ministério da Saúde propôs a partir de 2004 sobre a desprecarização do trabalho no SUS. O autor defende que a condição básica para desprecarizar o trabalho é rever as outras formas de contratação de trabalhadores que não sejam por intermédio de concurso público. Aos concursados, estatutários ou celetistas, estariam garantidos os direitos trabalhistas, e assim, o trabalho não seria precário.

É nesse contexto que se desenvolve a investigação dos direitos sociais do trabalhador. No Brasil, são perceptíveis os efeitos negativos da reestruturação produtiva e suas consequências para o mundo do trabalho (na saúde) a partir da década de 90, com grande variedade nas modalidades de contratação de pessoal, com particular destaque para o modelo das cooperativas.

Nogueira (1994) discute o papel dos serviços para o sistema capitalista. Ele entende que eles são hoje um importante setor de acumulação capitalista já que tem capacidade de proporcionar lucro para quem investe capital nessa área. O autor também considera que os serviços são cada vez mais relevantes na absorção da força de trabalho e que sua proeminência atual também é indicativa de uma mudança mais profunda na própria natureza do capitalismo.

Ele localiza a impulsão do setor de serviços no momento em que o Estado passa a assumir áreas como a saúde e a educação, fazendo com que a esfera de consumo de serviços se inscreva no gasto social de capital e seja indispensável à reprodução do conjunto da força

de trabalho. Ao aparecerem essas áreas como meio de consumo coletivo e como gasto de capital é praticamente anulada a diferença da compra do que é fruto diretamente da produção (NOGUEIRA, 1994). Outra evidência da semelhança dessas áreas é buscar através da tecnologia moderna uma dependência cada vez maior do capital fixo traduzido em máquinas automatizadas.

Ao mesmo tempo o autor destaca duas especificidades do trabalho em saúde: a primeira é de que enquanto as mercadorias buscam um valor de uso para qualquer pessoa, produtos dos serviços de saúde como uma radiografia ou uma prótese dentária tem valor restrito para cada indivíduo; o segundo é que os serviços de saúde possuem uma característica de fragmentariedade, desde que a utilidade final do que o usuário procura no serviço de saúde é separada por uma série de atos parciais, aparecendo o indivíduo como um consumidor de cada uma dessas atividades isoladas (exames, medicamentos, procedimentos cirúrgicos, etc).

Girardi (1999) destaca outras dimensões para caracterizar o trabalho em saúde. A primeira é de que a incorporação de novas tecnologias nessa área, ao invés de gerar uma substituição da mão-de-obra, acaba criando uma maior demanda por força de trabalho. Ou seja, a inovação tecnológica na saúde geralmente não substitui a função do trabalhador, gerando uma necessidade maior ainda de profissionais com formação para utilizar e desenvolver as inovações.

Essa situação leva o autor (1986) a denominar o setor saúde como uma espécie de “tampão” para demandas sociais reprimidas: a demanda pelos serviços de saúde aumenta nos momentos de crise econômica, bem como se intensifica o fenômeno de “terciarização” dos empregos, levando a ampliar o número de trabalhadores nesse setor.

Olhando do ponto de vista de oferta e demanda de força de trabalho na saúde, a tendência é realmente ocorrer uma ampliação dos empregos no setor, considerando que o trabalho é influenciado pelo aumento da população e pelo modo de produção predominante em cada período. Um exemplo claro dessa especificidade é a influência que a implementação de políticas setoriais pode exercer na expansão do setor saúde, entendendo-se que em contextos de sua valorização acaba sendo impulsionada a demanda por força de trabalho.

A ampliação da força de trabalho em saúde persiste mesmo em períodos de crise e de aumento do desemprego, ainda que nessas circunstâncias a absorção diminua (GIRARDI,

1986). O autor descreve a consequência desse fenômeno na década de oitenta com alguns pontos que ainda se assemelham a situação atual:

[...] em se mantendo inalterados os fatores que atualmente estimulam o crescimento da demanda pelos serviços de saúde (especialmente o envelhecimento das populações e o aumento da eficácia das tecnologias médicas) os serviços de saúde tenderiam a aumentar seu peso, relativamente a outros setores da economia, na absorção da população economicamente ativa dos países. (GIRARDI, 1999, p. 126).

Vale ainda destacar que boa parte dos profissionais de saúde tem vinculação com o setor público. A empregabilidade no setor público para o trabalhador em saúde tem se expandido principalmente a partir da década de oitenta (GIRARDI, 1986), e se intensificou com o aumento da participação dos municípios na contratação dos trabalhadores após a ampliação da Estratégia de Saúde da Família a partir de 1999. Tanto que é no serviço público que os trabalhadores esperam encontrar uma perspectiva de trabalho não precário, ou nos termos de Kalleberg (2009), ocasião em que o trabalhador não teria que assumir todos os riscos da possibilidade de perda do emprego.

É esse o ponto central desta pesquisa, quer dizer, tentar apreender se os atores da área da saúde conseguem articular de que forma as novas modalidades de vínculos estão sendo propostas para os trabalhadores, e se as entendem enquanto uma das manifestações das transformações que estão se processando no mundo do trabalho.

3. CONTEXTO NACIONAL

3.1 A reforma de Estado dos anos noventa

O movimento internacional descrito nos tópicos anteriores traz importantes repercussões para o que aconteceu no Brasil em termos de desenvolvimento do capitalismo, papel do Estado e significado para o trabalhador. A repercussão desse processo mundial terá como um de seus desdobramentos no Brasil a criação de um novo aparato jurídico para a gestão pública.

É nos anos 90 que pode se observar de forma mais abrangente a proposição de mudanças no papel do Estado brasileiro, particularmente a criação de estruturas responsáveis por serviços em áreas como saúde e educação e que não são de administração direta do Estado.

Um autor que discute a proposta de Reforma de Estado é Bresser Pereira (1999), sendo de interesse para o objetivo desse estudo principalmente o que este autor escreve sobre o que denomina como “público não-estatal”. Ele entende que esse termo é semelhante ao significado de “terceiro setor”, mas que consegue expressar melhor atividades de interesse público que não são responsabilidade exclusiva do Estado.

O público não-estatal se diferencia de outras formas de propriedade na medida em que não é subordinado ao aparato do Estado. Ele não teria fins lucrativos, diferentemente do mercado. Mesmo tendo interesse público, é regido pelo direito privado (BRESSER PEREIRA e GRAU, 1999). Nesta visão também se diferencia da esfera corporativa, voltada para defender interesses específicos de determinados grupos.

Para defender a proposição do público não-estatal, Bresser Pereira coloca algumas afirmações: entende que o Estado é burocrático, e que por mais que busque igualdade política acaba reproduzindo contradições de uma sociedade excludente e favorecendo determinados grupos que, portanto, são privilegiados. Nessa concepção, instituições fora do Estado teriam uma maior capacidade de promover a igualdade social.

Ainda na sua linha de argumentação recorre aos direitos republicanos, defendendo uma maior participação da sociedade civil nos processos decisórios e no controle social, tendo com um dos motivos a crescente preocupação com a defesa do patrimônio público. Para ele

somente com a provisão de meios institucionalizados para grupos excluídos politicamente é que haverá compensação de uma estrutura social em que as oportunidades não são iguais.

Além de maior participação da sociedade, o público não-estatal permitiria maior eficiência ao introduzir conceitos como competição e flexibilidade na provisão de serviços como os de saúde e educação. Tudo isso dentro de um novo modelo de Estado, pois para Bresser Pereira o Estado de Bem-Estar Social ficou burocrático e o Estado neoliberal é incapaz de corrigir desigualdades sociais.

A proposta é o Estado Social-Liberal, onde o público não-estatal consegue prover melhor os serviços, mas o financiamento continua sendo do Estado. O resultado esperado para propostas como essa é o de conduzir para “[...] um Estado fortalecido, com suas finanças recuperadas e sua administração obedecendo a critérios gerenciais de eficiência” (BRESSER PEREIRA, 1999, p.17).

Um documento importante que materializa proposições nesse sentido é o Plano Diretor de Reforma de Estado (PDRE), elaborado em 1995 pelo Ministério da Administração e da Reforma de Estado (Mare¹²) e que influenciou decisivamente na elaboração da Emenda Constitucional número 19, de dezenove de setembro de 1998.

No texto introdutório do PDRE, o Presidente na época Fernando Henrique Cardoso (FHC) faz um discurso que foi repetido incessantemente nesse período: a existência de uma crise de Estado resultante do afastamento de suas funções essenciais que levou a deterioração dos serviços públicos, em período com agravamento da crise fiscal e da inflação. Ele qualifica o Estado como “rígido, lento, ineficiente e sem memória administrativa” e entende que deve ser voltado para os serviços básicos.

A proposta representa a redefinição do papel do Estado, onde ele ainda deve manter os papéis de realocar recursos, garantir a ordem interna e a segurança externa. Ao mesmo tempo, deve reavaliar os objetivos sociais de maior justiça e equidade, bem como os de estabilização e crescimento, para os quais se entende que acabou hipertrofiando e assumindo papéis de forma distorcida.

Para responder a essa situação, um dos objetivos da Reforma de Estado seria transferir para o setor privado atividades que podem ser controladas pelo mercado, citando como exemplo as empresas estatais. Além disso, incentivar processos de descentralização,

¹² Luís Carlos Gonçalves Bresser Pereira foi Ministro de Reforma do Estado durante o primeiro mandato de Fernando Henrique Cardoso (1995-1998).

que neste caso é entendida como o aumento do setor público não-estatal em serviços que não envolvam o exercício de poder do Estado, como nas áreas da educação, saúde, cultura e pesquisa científica.

É um processo de publicização: para operacionalizar essa proposta é preciso reduzir a função do Estado na prestação direta de serviços, estabelecendo parcerias com a sociedade para o financiamento e controle social de sua execução. Ressalta-se a participação dos cidadãos no controle direto da administração pública. O Estado passa a ser o provedor e regulador, numa promessa de serviços com uma administração gerencial, flexível e eficiente, superando o patrimonialismo e a burocracia.

A administração gerencial propõe os conceitos de eficiência e qualidade como cultura na administração pública, trazidos a partir da experiência da gestão empresarial. Reforça-se a profissionalização do funcionalismo e o controle é feito principalmente pelos resultados em detrimento dos processos.

Outros atores concordam com a necessidade de repensar o papel do Estado, apesar de pensar propostas em caminhos bem diferentes dos colocados pelo governo de FHC. Nogueira (2005), por exemplo, também levanta dificuldades no modelo de gestão da época, defendendo que seria fictício desconsiderar que houve fortes determinações materiais no processo de Reforma do Estado dos anos noventa.

Entre elas, a penúria fiscal em que o Estado chegou ao final do século XX com um campo fértil para atuação de interesses privados. Como operava precariamente, não utilizava todo seu potencial para a promoção social. Além disso, realmente se apresentava tecnicamente defasado.

Mesmo admitindo essas determinações, o autor questiona fortemente os objetivos da reforma, entendendo que ela no fundo destinava-se a desconstruir o Estado e colocá-lo em uma nova posição perante o mercado de acordo com as exigências da globalização (ou como é adotado nesse trabalho a mundialização do capital).

Nogueira é ainda mais incisivo ao defender que os principais resultados dessa reforma foram a “[...] desvalorização do Estado aos olhos do cidadão e a desorganização de seu aparato técnico e administrativo” (NOGUEIRA, 2005, p 44).

Para Behring (2008), os defensores do PDRE entendem a transição democrática enquanto um momento de retrocesso, caracterizando-a como um novo populismo

patrimonialista no país, já que enxergam a Constituição de 1988 enquanto “[...] uma volta ao passado burocrático sem precedentes”. A autora cita Bresser Pereira e sua interpretação da Constituição, que conforme o autor:

[...] engessou o aparelho do Estado por meio de algumas medidas: a extensão das regras burocráticas para empresas estatais e administração indireta, o regime jurídico único, a estabilidade para os servidores civis e a aposentadoria integral no serviço público. Dessa forma, a Constituição cria privilégios e desprestígia a administração pública, além de aumentar o custo da máquina. (BEHRING, 2008, p.180)

Sobre a legislação que regula as relações de trabalho no setor público, os autores do PDRE têm um entendimento de que ela é protecionista e inibidora do espírito empreendedor. As principais representações dessas características negativas são o Regime Jurídico Único e a extensão do regime estatutário para o funcionalismo. Além disso, veem como preocupante o aumento de gastos com pessoal na União e a rigidez excessiva para o processo de demissão do servidor.

Para quem elaborou o PDRE o patrimonialismo não constitui mais um valor na sociedade brasileira, já que os políticos são controlados por seus eleitores. Esse argumento é fortemente criticável, discordância que pode ser facilmente observada em qualquer levantamento que avalie a consciência que cada eleitor tem sobre o candidato que ajudou a eleger na última eleição.

Já que o patrimonialismo não é mais problema, o Plano sugere “[...] romper com a desconfiança generalizada de que se administra em causa própria no âmbito das instituições públicas” e introduzir na gestão o conceito de flexibilização. Nesse caso, as melhores alternativas seriam a promoção por mérito e a profissionalização do servidor, combinada com a motivação negativa, ou seja, a demissão por um desempenho insuficiente no emprego.

Por outro lado, Behring (2008) entende que não há uma crise do Estado, e que as dificuldades vivenciadas no período são decorrentes de uma reação do capital ao ciclo depressivo aberto no início dos anos 1970. Ela é baseada em três eixos: reestruturação produtiva, mundialização do capital e neoliberalismo. Com isso a reforma é “[...] a versão

brasileira de uma estratégia de inserção passiva e a qualquer custo na dinâmica internacional e representa uma escolha político-econômica, não um caminho natural”.

Como colocado anteriormente, o argumento de que a crise está ocorrendo no Estado cai por terra no momento em que a resposta leva a uma inserção perversa do Brasil em uma nova ordem internacional, onde o país fica refém da especulação do mercado financeiro. Como consequência principal, ocorre um aumento exorbitante das dívidas interna e externa, para onde é escoada toda redução que foi realizada dos custos. É a destruição dos meios de financiamento do Estado.

Costa (2006) reforça o caráter contraditório da proposta de reforma e sua intenção de ampliar o poder de mercado e manter a lucratividade das empresas de acordo com as orientações do capital internacional.

A argumentação para defender as privatizações também acaba se mostrando falha, já que a autora demonstra que o motivo para o desempenho altamente lucrativo das empresas após as privatizações foram o aumento de preços e tarifas, demissões de funcionários, bem como dívidas e compromissos de fundos de pensão e aposentadorias “engolidos” pelo governo. Fica claro que o motivo para privatizar empresas estatais não é a sua suposta ineficiência e falta de competitividade no mercado. Cabe lembrar discussões recentes nos meios públicos questionando qual foi a destinação dos recursos levantados com as privatizações.

Finalmente, o PDRE defende claramente a abertura de mais espaço para o “público não-estatal”, correlacionando-o com o chamado terceiro setor. O autor que faz uma análise bastante abrangente sobre o que significa falar em terceiro setor atualmente é Montaño (2008), inserindo este debate no processo de reestruturação recente do capital, principalmente no que se refere ao conjunto de reformas do Estado.

Ele reforça que não é possível entender o significado do que se denomina terceiro setor sem levar em conta a tentativa de um novo contrato social. Suas características principais são alterações no perfil do cidadão (visto mais como consumidor do que trabalhador), transformações na legislação trabalhista (como a flexibilização) e na base democrática (com menor participação da sociedade nos processos decisórios nacionais).

Essas características representam “uma nova modalidade de trato à questão social”, que para ele é o fenômeno escondido por trás do que é chamado de “terceiro setor”. Montaño

entende que esse termo é carente de rigor teórico já que propõe uma desarticulação de três esferas supostamente autônomas: o Estado, o mercado e a sociedade civil. Existem relações imbricadas entre essas esferas que tornam a ideia de um terceiro setor superficial.

Os autores que formulam a proposta do terceiro setor geralmente se referem a ele nas seguintes representações: organizações não-governamentais (ONGs), instituições de caridade, atividades filantrópicas e ações solidárias ou voluntárias. Aqui surge mais uma contradição: se o terceiro setor diz representar a sociedade civil, por que não estão incluídos os movimentos sociais e os sindicatos?

O conceito de terceiro setor é “inteiramente ideológico e inadequado ao real”, primeiramente por que não é possível simplesmente seccionar a realidade social em primeiro, segundo e terceiro setores. Segundo, e principalmente, porque não podemos analisar o fato de a sociedade civil desenvolver atividades que antes eram atribuídas ao Estado de forma desarticulada do processo histórico de reforma do capital.

No mesmo caminho Nogueira (2005) critica a busca do surgimento de um novo projeto de hegemonia que confunde a solidariedade com a celebração do indivíduo empreendedor, elogiando a comunidade que fica sozinha buscando resolver os seus problemas. A intenção clara desse processo é a despolitização do imaginário coletivo fantasiada na filantropia moderna.

Nos textos sobre o terceiro setor há uma constante referência a esse fenômeno como se tratando de atividades públicas desenvolvidas por particulares, tendo função social de resposta às necessidades sociais e com valores de solidariedade local, autoajuda e ajuda mútua. Por isso Montañó defende que o chamado “terceiro setor” não é terceiro nem é setor e também não diz respeito somente às organizações. Ele afirma:

Na verdade, no lugar deste termo, o fenômeno real deve ser interpretado como *ações que expressam funções a partir de valores*. Ou seja, as *ações* desenvolvidas por organizações da sociedade civil, que assumem as *funções* de resposta às demandas sociais (antes de responsabilidade fundamentalmente do Estado), a partir dos *valores* de solidariedade local, autoajuda e ajuda mútua (substituindo os valores de solidariedade social e universalidade e direito dos serviços). (MONTAÑO, 2008, p. 184)

Por isso o chamado “terceiro setor” representa uma designação equivocada para descrever um fenômeno real, o que não é um mero acidente teórico. O termo equivocado leva a pensar esse fenômeno como sendo de organizações da sociedade civil que assumiriam a tarefa de responder às demandas sociais no lugar do Estado (ineficiente, burocrático) ou do mercado (que só visa o lucro). A questão não é o âmbito das organizações, mas que respostas são geradas para a questão social.

A mudança no padrão de resposta à questão social tem como seus principais elementos a desresponsabilização do Estado, a desoneração do capital e a auto responsabilização do cidadão e da comunidade local para essa função.

Emerge uma sociedade civil que não participa do debate político coletivo, se fechando para a necessidade de espaços reais de organização das subjetividades, nos quais podem ocorrer a elevação política dos interesses econômico-corporativos, ou como delimita Nogueira (2005) a passagem dos planos “egoístico-passional” para o plano “ético-político¹³”.

Como é recorrente no capitalismo, tenta-se transformar uma questão evidentemente de cunho político-econômico-ideológico em uma questão meramente técnica-operativa, despolitizando o debate e realizando uma comparação simplória entre o Estado ineficiente e uma alternativa que pode ser dinâmica, rápida, mais “popular” e flexível.

Para Montaño a questão social continua a mesma, expressando a contradição capital-trabalho, as lutas de classes e a desigual participação na distribuição da riqueza social. Essa nova manifestação da velha questão social continua sendo expressão desses elementos listados acima.

O projeto neoliberal busca acabar com a condição de direito das políticas sociais e no seu lugar “cria-se uma modalidade polimórfica de resposta às necessidades individuais, diferente segundo o poder aquisitivo de cada um”. As respostas passam a ser atividades filantrópicas e voluntárias ou serviços comercializáveis, com sua qualidade desenvolvida conforme o poder de compra da pessoa.

O processo de privatização é seletivo, e depende de algumas condições para acontecer: inicialmente a demanda tem que ser criada para os serviços privados, devendo ser originária de segmentos que tenham renda suficiente e que identifiquem os serviços públicos enquanto

¹³ Nogueira (2005) faz uma forte crítica da sociedade contemporânea dizendo que “as pessoas não querem mais esperar”. É não aceitação da lentidão, onde os mais lentos são malvistas e a velocidade se converte em um valor. Ao mesmo tempo, de forma paradoxal, as pessoas também querem participar mais, só que isso impõe um ritmo lento e processual para as decisões.

insuficientes ou precários. Também é necessária a existência de incentivos fiscais ou transferência de fundos públicos para esses órgãos “cidadãos”, ou até mesmo a contratação de serviços privados pelo Estado.

Essas propostas são focalizadas, já que se afirma como conveniente e necessário *focalizar* na população carente os *parcos* recursos estatais, não os *mal gastando* com os setores em condições de adquiri-los no mercado. A população que tem condições de pagar desfruta de um serviço adequado ao seu poder aquisitivo, e a quem não pode pagar (a maioria ou “99% da população¹⁴”) abre-se a possibilidade de ofertar um serviço de qualidade duvidosa (MONTAÑO, 2008).

Finalmente faz-se um processo de descentralização administrativa, mas mantém-se a centralização normativa e política, pois só se desconcentram as funções executivas e financeiras. Por isso a diferenciação entre gestão e gerência, sendo que a última cabe ao chamado “terceiro setor”. Isso gera uma “focalização geográfica invertida”, onde as regiões mais pobres não são alcançadas pelos serviços ou eles se demonstram precários.

Behring (2008) também é bastante crítica ao “terceiro setor”, entendendo-o enquanto outra consequência desse processo de redesenho institucional do Estado (sob o argumento do equilíbrio fiscal). Ela analisa o estímulo para o chamado setor público não-estatal, com o repasse de serviços sociais para as Organizações Sociais (OS). As OS são

[...] pessoas jurídicas de direito privado, constituídas sob a forma de associações civis, sem fins lucrativos, que se habilitam à administração de recursos humanos, instalações e equipamentos pertencentes ao Poder Público e ao recebimento de recursos orçamentários para a prestação de serviços sociais. (BEHRING, 2008, p. 255)

Esses recursos estão condicionados à celebração de um contrato de gestão, sendo que as OS possuem autonomia administrativa e financeira, podendo obter recursos de outras procedências, como a venda de bens e serviços. Para a autora, o contrato de gestão não

¹⁴ O percentual de 99% é símbolo de um movimento recente denominado *Ocuppy Wall Street*. Esse novo movimento social, que tem influenciado acampamentos ao longo do mundo, argumenta que esse é o número de pessoas que não tem acesso às riquezas que circulam em Wall Street.

assegura de forma inequívoca a transferência de recursos do Estado para a OS, tornando-as vulneráveis aos grupos de interesse e o poder discricionário do Executivo e abrindo brecha para a ingerência dos interesses privados sobre a prestação de serviços.

Arrecadação independente do Estado, ausência de participação da sociedade civil através dos mecanismos de controle social e separação entre quem formula (Estado) e quem executa as políticas públicas (OS). Esses pontos merecem grande consideração ao se avaliar o papel negativo que essas organizações tendem a exercer na prestação de serviços sociais. Além disso, as OS gozam de autonomia para fazer compras sem licitação e definir planos de cargos, abrindo margem para questionar sua moralidade administrativa em um país que está longe de superar práticas clientelistas e patrimonialistas.

Ficam evidentes as críticas ao chamado terceiro setor, com modalidades de gestão como as OS sendo impulsionadas a partir do período de Reforma de Estado nos anos 90. No setor saúde as Organizações Sociais tem sido propostas por alguns gestores que defendem esse modelo como forma de qualificar o funcionamento dos serviços de saúde.

Outra modalidade de gestão que ganha impulso nesse período é a Fundação Estatal de Direito Privado. Ela foi proposta enquanto por alguns governos (como os dos estados da Bahia, Sergipe e Rio de Janeiro), que se colocavam no campo democrático-popular, como alternativa para as dificuldades da administração pública, mas sem recorrer ao modelo das Organizações Sociais.

Ainda é um tema bastante polêmico discutir qual a relação das FEDP com os movimentos originados na Reforma de Estado dos anos 1990 e qual a semelhança com as estruturas identificadas como “terceiro setor”.

Salgado (2009) é uma das autoras que discute especificamente esse modelo e coloca a sua concepção de FEDP frente às propostas do terceiro setor:

O modelo de fundação estatal, em contraposição aos modelos de OS e Oscip, é um formato jurídico-institucional para a ação do Estado no campo social, dentro da administração pública, sem transferir para o campo da iniciativa privada, por meio de parceria ou contratação, a responsabilidade pela entrega de bens e serviços essenciais à população. (SALGADO, 2009, p.212)

Ela entende essa concepção como um modelo para prestação de serviços sociais de forma direta ao cidadão, dotado de agilidade operacional, mas que ao mesmo tempo se mantém resguardando os princípios constitucionais de legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade e eficiência.

Salgado localiza a instituição das fundações pelo Estado no Decreto-lei número 200, de 25 de fevereiro de 1967. Com isso defende que as FEDP foram propostas antes da Reforma de Estado dos anos 90 e se inserem na ideia de descentralização administrativa para atividades que não exijam execução por órgãos de direito público.

Para Franco e Pinto (2007) a Reforma Bresseriana limitou o crescimento do Estado, particularmente no que se refere à ampliação dos serviços que buscam garantir direitos sociais e propôs a exploração desse setor por grupos privados imbuídos da lógica de mercado, como as Os e Oscip.

Esses autores defendem a existência de dois vetores que dificultam o desenvolvimento do SUS e poderiam ser combatidos com a criação de Fundações Estatais de Direito Privado: a iniquidade no acesso aos recursos de gestores e populações (sobretudo nos municípios de pequeno porte, o que gera uma série de desigualdades atingindo a força de trabalho) e a acumulação de capital na saúde via alta produção de procedimentos que nem sempre representam uma melhoria para o cuidado.

No primeiro vetor é criticado o modelo de repasse de recursos do Ministério da Saúde aos municípios, historicamente vinculado à produção de procedimentos. Esse fator leva a uma verba bastante limitada para os pequenos municípios, que ainda sofrem com a limitação imposta pela Lei Responsabilidade Fiscal para contratar ou manter os profissionais de saúde. Para os autores isso gera uma situação:

[...] péssima para o trabalhador, que não tem seus direitos trabalhistas e previdenciários garantidos, não tem nenhuma segurança no emprego, não consegue construir vínculo com os usuários e com sua própria equipe e acaba não recebendo investimento em educação permanente por ser, sobre todos os aspectos, visto e tratado pela população e pelo gestor como um eterno temporário, alguém de passagem. (FRANCO; PINTO, 2007, p. 5)

A precarização do trabalho é exemplificada pela falta de vínculo (muitas vezes intermediado por ONGs ou cooperativas) e a ausência de direitos previdenciários e trabalhistas como décimo terceiro, licença-maternidade, etc. A resposta da Fundação Estatal de Direito Privado para esta situação é a contratação a partir de concurso público e a garantia dos direitos previstos no regime de CLT.

O outro vetor falado pelos autores aborda a forte presença do capital no sistema produtivo de saúde, onde a partir do incentivo do complexo médico-industrial e da mídia acaba ocorrendo um tencionamento para a adoção de práticas que levam ao consumo abusivo de medicamentos e exames.

Somando esses fatores com a incorporação acrítica de novas tecnologias que acontece frequentemente no setor saúde se chegará a um quadro de alta acumulação capitalista, representada inclusive pelas condutas cotidianas de profissionais médicos como a solicitação de exames desnecessários ou a prescrição exagerada de medicações sem um benefício comprovado.

Franco e Pinto (2007) entendem que para transformar essa realidade é necessária uma mudança radical no modo de produção em saúde, com uma possibilidade de atuação da FEDP principalmente em nível micropolítico. Isso ocorreria através de mecanismos de pactuação entre gestores, trabalhadores e usuários como contratos de gestão do cuidado e avaliações de desempenho dos profissionais.

Os autores concluem dizendo que a FEDP tem um forte caráter estatizante, já que fortalece o Estado para agir de acordo com o que está previsto para o Sistema Único de Saúde. Reforçam o Contrato de Gestão com uma das ferramentas para esse objetivo, ressaltando que ele surgiu na França na contratualização entre órgãos públicos. Colocam que esse modelo de gestão está subordinado à lei orgânica da saúde e com isso prevê atuação do Controle Social.

Essa visão sobre as FEDP não é hegemônica dentro do movimento da Reforma Sanitária. Pelo contrário, vem sendo objeto de polêmica bem acirrada, entre liberais ortodoxos e críticos das reformas de estado; e até entre os próprios críticos da reforma que justificam suas distintas posições a partir de um entendimento diferente quanto ao conceito de precarização do trabalho e sua face oposta, a desprecarização.

Nesse sentido então, considerar-se-ia superado o primeiro impasse deste trabalho: não interessa debater, pelo menos nesse momento, com os adeptos do Estado mínimo. Sugere-se que seja mais relevante neste momento dialogar com ideólogos da Reforma Sanitária que se opõem frente ao modelo de gestão estatal a ser adotado para o trabalho em saúde.

Ambos os lados se colocam em defesa de um sistema público e universal de saúde e trabalham na perspectiva da ampliação do direito à saúde da população brasileira. Porém ao pensar em propostas para viabilizar essas questões temos os críticos e defensores da proposta de Fundação Estatal de Direito Privado. Como a preocupação central deste trabalho é o papel dessa modalidade de gestão para os direitos sociais do trabalhador, parte-se para a análise dessas diferentes posições.

Entre os críticos da proposta, o argumento de que fere o Regime Jurídico Único e ampliará formas de contratação sem estabilidade, através do celetista. Além disso, a preocupação de como será exercido o controle social (e consequentemente o papel do trabalhador) nessas instâncias.

Entre os defensores da proposta, a visualização de uma resposta mais imediata para a necessidade de contratação de trabalhadores e formação de planos de cargos e carreiras e salários, em um contexto em que principalmente os pequenos municípios sofrem com o engessamento provocado pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Conhecer a proposta da Fundação Estatal e analisar as colocações dos atores envolvidos no seu processo de discussão e criação possibilitará desvendar a questão de como ficam os direitos sociais do trabalhador na FESF.

3.2 O Cenário baiano e a criação da FESF

Apresenta-se neste tópico uma breve análise do cenário político baiano desde a década de setenta do século passado, com o objetivo de demarcar dois momentos distintos na formação da agenda e na formulação da política de saúde do estado da Bahia. Ademais, a partir de documentos do MS e da SESAB tentar-se-á entender a prioridade conferida pelo governo Jacques Wagner à criação da FESF, tendo em vista o cenário de extremo descaso no qual estava mergulhada a atenção básica até o ano de 2007, que marca o início da gestão do

PT no governo estadual. Complementarmente se caracterizará a conformação estrutural da Fundação Estatal de Saúde da Família.

Inicialmente, se discutirá como foi constituído o grupo político denominado de carlista, que ascendeu principalmente a partir da década de setenta e se tornou hegemônico no início dos noventa até meados dos anos 2000, e quais as primeiras propostas do grupo liderado pelo Partido dos Trabalhadores.

Tratar-se-á do carlismo definido como uma política baiana-nacional¹⁵, que acompanhou tendências presentes no país ao longo de décadas, com a peculiaridade de se constituir como arranjo regional que permitiu o domínio de um grupo marcado por duas vertentes da política brasileira: a modernização desenvolvimentista e o conservadorismo político (DANTAS NETO, 2003).

O primeiro conceito diz respeito à capacidade do carlismo de se alinhar com os movimentos de ponta preconizados pelo capital, seja o nacional-desenvolvimentismo até 64, o desenvolvimentismo com ação do Estado e maior influência internacional a partir da ditadura e finalmente o neoliberalismo na década de noventa, movimentos esses marcados pelo alinhamento quase que automático das elites baianas com os modelos econômicos dominantes.

Já o segundo reforça a concepção vertical da política, com valorização máxima da elite governante autoritária inserida na lógica de uma democracia representativa onde o voto é o único critério utilizado para ouvir a manifestação popular. Dentro dessa visão, os principais parâmetros de competência de um governo são os desempenhos econômico e administrativo. Com isso “[...] o conflito político é demonizado, o pluralismo desprezado e os inimigos políticos estigmatizados como inimigos da Bahia” (DANTAS NETO, 2007, p. 04).

O grande expoente desse grupo é Antônio Carlos Magalhães, a figura mais conhecida e responsável pela articulação nacional do carlismo. Ele simboliza a busca constante de aproximação com grupos hegemônicos de modo a se manter no poder, ao mesmo tempo em que defendia os interesses econômicos das elites baianas (PINTO, 2004). Vale caracterizar

¹⁵ Dantas Neto (2003) refere que pegou o termo “baiano-nacional” emprestado da socióloga Maria Brandão, que originalmente o usava para designar a utilização regional da língua portuguesa na Bahia. Já o autor utiliza esse termo para demonstrar que nenhuma supremacia estável seria obtida para o carlismo na Bahia sem a sua vinculação com a orientação política e econômica do governo federal.

um pouco mais o perfil de ACM, mesmo compreendendo a necessidade de não reduzir esse grupo político somente a uma pessoa:

[...] porta voz das reivindicações endógenas das elites locais, demandantes de um *mix* de continuidade e mudança, um *príncipe transformista*, comprometido, simultaneamente, com as pautas modernizantes nacionais de 1930 e de 1964 e com as modulações políticas regionais do liberalismo e do populismo, figurino quadridimensional que ACM e seu grupo encarnariam como nenhum outro ator político. (DANTAS NETO, 2003, p. 223)

É a síntese carlista, buscando coagir e cooptar aliados e adversários sob proteção e patrocínio de um regime político autoritário em um contexto de “modernização” do estado e formação de uma classe média urbana. Realiza-se a junção do liberalismo agro-mercantil-financeiro e um populismo quase sem operários, de uma urbanização sem industrialização.

Foi no início da década de noventa que esse grupo se tornou responsável pela transformação da Bahia em um dos grandes laboratórios que possibilitaram o prestígio e a aclamação social de algumas decisões, mesmo que de cunho impopular do ponto de vista administrativo e financeiro. Apesar do pouco investimento em obras e escassos programas estruturantes, inovações administrativas ou políticas públicas, conseguiu-se um apelo quase ufanista de paixão incondicional pela Bahia (influenciado pela mídia e pelo investimento cultural).

O legado da administração desse grupo foi um quadro crítico das finanças do estado, simbolizados por momentos como o de incentivo para a construção da fábrica da Ford, onde se evidenciou a inexistência da propalada capacidade de investimento do Estado, mesmo com a política de ajuste fiscal e as privatizações. A bandeira do estado enxuto e eficiente não foi suficiente.

Vale ressaltar a aceitação da cartilha da Reforma de Estado ditada por FHC, onde a tríade funcionamento eficiente da máquina pública, busca pela qualidade dos serviços públicos e mudanças no papel do servidor público estava completamente condizente com os objetivos colocados no PDRE lançado à época, conforme discutido anteriormente.

No que se refere à área da saúde, a lógica também é de promover a eficiência do estado, através da flexibilização da gestão onde se busca modalidades alternativas, tomando como referência o que é praticado em hospitais privados. Não é de se estranhar que o modelo preconizado para os hospitais criados na época foi o da terceirização, aplicado sem consultar a Assembleia Legislativa ou o Conselho Estadual de Saúde.

O modelo de terceirização foi aplicado em hospitais novos, nos quais não enfrentou tanta resistência, principalmente por não atingir trabalhadores que já estivessem vinculados. Um modelo que enfrentou intenso debate foi o das Organizações Sociais em Saúde (PINTO, 2004). Ele foi defendido a partir de lei criada em 1997, com o Programa de Incentivo às Organizações Sociais. Entre uma das suas propostas estava a contratação de pessoal através de CLT, não sendo obrigatória a realização de seleção ou concurso. As OS enfrentaram uma forte reação dos movimentos sociais e acabaram sendo deixadas de lado em favor das terceirizações (somente o Hospital de Irecê¹⁶ foi concedido para OS na época).

A implantação do SUS durante o período carlista sofreu grandes prejuízos tendo em vista os objetivos das forças sociais conservadoras existentes e o conflito de interesses existente entre elas e setores populares, o que ocasionou “[...] um atraso considerável em vários lugares, inclusive na gestão do trabalho e da educação na saúde” (PINTO, 2007, p. 1781).

O quadro de domínio carlista vai se modificar bastante a partir de 2006, quando além de perder a eleição estadual, se mantém em oposição ao governo federal e sofre derrotas em municípios importantes. Dantas Neto (2007) identifica três principais motivos para essa derrocada: o amadurecimento de uma aliança política que conectou o PT à quase totalidade da oposição, a influência nacional (com o segundo mandato de Lula) e o desgaste de um grupo que se matinha há 16 anos no poder (em um contexto de competição democrática no país).

O mesmo autor faz análises bem iniciais (datadas dos primeiros meses após a posse) sobre o novo governo, de Jacques Wagner, enxergando um alinhamento semelhante ao período carlista no que se refere à relação entre governo federal e estadual no modelo de desenvolvimento econômico, mas com um discurso bem diferente na concepção de romper com o conservadorismo político. Com isso cita algumas ações importantes no primeiro ano governo em algumas áreas, entre elas a saúde:

¹⁶ Logo no início do governo Jacques Wagner foi desfeito o contrato com o Hospital de Irecê, tido como a primeira Organização Social da Bahia (BAHIA, 2007).

O impulso de mudança fez-se logo visível na Saúde, onde foram introduzidos conceitos, objetivos e diretrizes diversos daqueles praticados pelos governos anteriores [...] salta aos olhos que o novo conceito existe, está formulado de modo consistente, conforme tradição de um longo movimento de saúde, tem cobertura política do governo como um todo – que a inclui entre suas prioridades assumidas – respaldo partidário, capilaridade nos meios médico e acadêmico e recursos financeiros garantidos institucionalmente por repasses federais com gestão local, pelos mecanismos do SUS. (DANTAS NETO, 2007, p. 17)

O texto introdutório do Plano Estadual de Saúde 2007-2010 demonstra, conforme a colocação acima do autor, que existe um reforço político do governo como um todo, destacando que “pela primeira vez, a saúde é listada como uma das três prioridades da gestão estadual da Bahia” (BAHIA, 2009).

Pinto¹⁷ (2011) fala que a construção do projeto do governo Jacques Wagner configurou-se em uma mudança de grandes proporções, já que o grupo anterior estava arraigado no poder há muito tempo, sendo paulatinamente substituído nos cargos e funções governamentais. A autora considera que através das modificações na SESAB foram retomados os princípios e diretrizes da Reforma Sanitária e faz uma análise de diferentes visões que influenciaram o trabalho da secretaria nas primeiras atividades de planejamento:

Os que defendem o planejamento se preocupam com a melhoria da qualidade da informação sobre o quantitativo de pessoal inserido no SUS-Bahia, sua distribuição territorial e institucional, a avaliação do seu desempenho, informações que servem de subsídios a um planejamento de médio e longo prazo. Os dirigentes mais preocupados com a gestão do trabalho, por seu turno, envolvem-se mais frequentemente em debates acerca das alternativas de contratação e formas de sensibilização e comprometimento dos profissionais e trabalhadores com o SUS. (PINTO, 2011, p. 1782)

¹⁷ Nesta época a autora estava na Superintendência de Recursos Humanos da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia.

No Plano Estadual de Saúde 2007-2010 constam três prioridades para a gestão da SESAB durante o Governo Jacques Wagner: fortalecimento da dimensão pública e capacidade de gestão do SUS, a melhoria das condições de trabalho e desprecarização dos vínculos dos trabalhadores e a reorientação do modelo assistencial com vistas à integralidade e equidade de forma a garantir a melhor atenção à saúde da população.

Outro produto do planejamento desenvolvido pela SESAB foi a Política Estadual de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (PEGETS), elaborada através de um processo com participação de atores governamentais e não governamentais. Foram identificados quatro problemas principais, dos quais se destaca para o objetivo deste trabalho o que é relativo às características dos trabalhadores.

Nesse tópico, estão descritas as seguintes características: relações de trabalho precárias - vínculos e condições; perfil profissional inadequado para os vários processos de trabalho da rede do SUS-Bahia; desconhecimento por parte dos trabalhadores acerca do SUS, do seu papel na instituição e das funções da secretaria como gestora estadual do SUS; Força de trabalho pouco qualificada, principalmente nível técnico-administrativo, para o desempenho das novas funções do SUS-Bahia (PINTO, 2011).

Também se destaca no Plano Estadual de Saúde o objetivo que busca “expandir a Estratégia de Saúde da Família no estado da Bahia, apoiando os municípios no financiamento, organização dos serviços e desprecarização dos vínculos dos trabalhadores”. A ação esperada neste tópico é criação da Fundação Interfederada de Saúde da Família.

É nesse contexto que são descritas as informações disponíveis relacionadas à criação da Fundação Estatal de Saúde da Família no Estado da Bahia. Para isso, se entende que é interessante reunir argumentos que embasaram a sua proposição (principalmente no que se refere ao diagnóstico da situação da Estratégia de Saúde da Família no estado), os fóruns onde a sua criação foi discutida e as colocações iniciais dos seus defensores sobre as suas finalidades.

Os aspectos que são frequentes nas justificativas para a necessidade de um novo modelo de gestão na Bahia podem ser resumidos em dois: o histórico de atraso no desenvolvimento do Sistema Único de Saúde neste estado (atribuída a gestões anteriores ineficientes na área) e seus indicadores de saúde que estão entre os piores da região Nordeste e do Brasil. Buscando exemplificar o atraso do desenvolvimento do SUS, os documentos da

SESAB citam diversas situações de sucateamento e privatização¹⁸ que ocorreram em diferentes serviços públicos no Estado da Bahia, efetuados por “governos conservadores e neoliberais nos últimos anos” (BAHIA, 2007).

Seguindo na análise das justificativas de um novo modelo de gestão para a Saúde da Família na Bahia, é listada uma série de dificuldades para a gestão da Atenção Básica no estado, principalmente na área de gestão do trabalho. São problemas comuns aos encontrados pela Estratégia de Saúde da Família em todo o país, principalmente em estados com populações ou dimensões territoriais semelhantes aos da Bahia.

Um dos primeiros pontos abordados é a “dificuldade importante na oferta regular de atenção à saúde” relacionada à permanência inconstante de profissionais com formação de nível superior nas equipes de Saúde da Família principalmente em comunidades que são historicamente excluídas e que estão mais distantes dos grandes centros (povoados de assentados, quilombolas e indígenas).

Defende-se a permanência do mesmo profissional na equipe de Saúde da Família na ideia de garantir os pressupostos dessa Estratégia¹⁹: desde a criação de vínculo com a comunidade, até um melhor conhecimento do território em que se está trabalhando. Essas características possibilitariam um melhor desenvolvimento de ações de promoção da saúde e prevenção das doenças.

Outra questão levantada pela SESAB é a dificuldade de encontrar profissional médico para trabalhar na equipe de Saúde da Família. Por isso “a fim de atrair profissionais para locais de difícil fixação e provimento, as prefeituras elevam artificialmente os salários” fazendo com atinjam seu limite financeiro ou façam negociações buscando diminuir (de modo irregular) a carga horária desses profissionais. Isso gera o que é entendido enquanto uma “relação concorrencial predatória” na qual muitas vezes os municípios com maior necessidade do profissional têm maior dificuldade em elevar seu salário, concorrendo com municípios que possuem maior riqueza.

Observa-se que na concorrência do aumento dos salários a tendência é de reforçar ainda mais a desigualdade existente entre os municípios, com dificuldades que “vão desde os

¹⁸ No documento da SESAB são citadas privatizações de “patrimônio, de gestão e de interesses” do aparelho do Estado e do serviço público da Bahia. Faz-se menção ainda a uma dívida de quase 200 milhões de reais que foi deixada na Secretaria de Saúde (BAHIA, 2007).

¹⁹ É consensual nas discussões sobre a Estratégia de Saúde da Família de que a permanência do mesmo profissional da equipe é fator que agrega qualidade possibilita ofertar uma melhor atenção à saúde da população.

limites impostos pela lei de responsabilidade fiscal ou pelo valor do teto salarial legal [...] até os riscos à sustentabilidade financeira das contas municipais” (FESF, 2009, p. 12). Nesse quadro, mesmo com mais recursos disponibilizados para o financiamento da saúde, não haveria como manter os serviços de saúde.

Outro aspecto apontado é que a precariedade das relações de trabalho em boa parte dos municípios. Andrade (2009) entende que essa forma de contratação tem vantagens e desvantagens para gestores e trabalhadores:

Essa flexibilidade contratual, ao mesmo tempo em que traz insatisfação aos usuários e insegurança a trabalhadores e gestores, também atende a parte das demandas dos gestores – que precisam reduzir custos para manter em funcionamento seus serviços, frente a um escasso e intermitente financiamento; dos trabalhadores, que, apesar das perdas de direitos trabalhistas quando contratados de forma precária, viabilizam, por outro lado, alguns “benefícios” como moradia e transporte, plantões em hospitais do município, sendo o mais comum, segundo a referida pesquisa, o abono de parte das 40 horas, carga horária obrigatória na estratégia. (ANDRADE, 2009, p. 44)

Mais consequências são apontadas por este processo: como o gestor não tem garantias da fixação do profissional, também não apresenta um interesse real em desenvolver mecanismos de educação permanente e que garantam uma evolução harmônica do processo de trabalho das equipes.

A resposta encontrada para esse quadro pelos dirigentes da SESAB foi a de buscar uma ação articulada entre municípios e estado, entendendo que a criação de uma carreira para os trabalhadores não poderia partir somente do estado para não perpetuar uma situação de centralização administrativa, ao mesmo tempo, os municípios sozinhos não conseguiriam tomar uma iniciativa desse tamanho em virtude da Lei de Responsabilidade Fiscal (ANDRADE, 2009).

Nesse quadro, a criação de um novo modelo de gestão, através da FESF, é apresentada por seus formuladores enquanto uma alternativa para possibilitar uma gestão compartilhada dos municípios, área na qual se entende que ainda existem poucas iniciativas novas e resultados concretos. A proposta é colocada de uma forma auspiciosa:

A Fundação Estatal de Saúde da Família da Bahia aparece para todo o Brasil como uma proposta desse tipo e promete ser um marco na consolidação do SUS e no avanço de sua gestão interfederativa. Alguns arriscam dizer que uma nova etapa poderá iniciar-se na Estratégia de Saúde da Família no país. (FESF, 2009, p. 18)

Não se buscou aprofundar nesta pesquisa o significado e as repercussões de uma atuação interfederativa, mesmo sabendo de autores que sugerem a necessidade de novos formatos para um trabalho integrado e solidário entre os entes que gerem o sistema de saúde. Sabe-se que os municípios passaram a ter um peso muito maior na gestão da saúde com a criação do SUS e seu princípio de descentralização, mas há muitas localidades de pequeno porte que não possuem uma rede de serviços que contemple toda a vasta gama de necessidades de saúde dos seus usuários. Dessa forma, é consenso nos defensores da Reforma Sanitária de que se deve viabilizar uma atuação conjunta das três esferas de governo que compõem o SUS.

Ainda nesse momento de análise da situação da Atenção Básica, a Fundação Estatal de Saúde da Família se coloca enquanto uma alternativa que:

[...] irá assegurar graus de estabilidade e segurança aos trabalhadores, que passam a contar com um emprego público, com acesso através de concurso, direitos trabalhistas e previdenciários garantidos, com uma carreira que valoriza e estimula a formação e desenvolvimento profissionais, e a segurança de que vai receber remuneração justa, em dia e que progredirá ao longo de sua carreira. (FESF, 2009, p. 19)

Após descrever os argumentos e as propostas apresentadas pelos formuladores da FESF, é válido descrever alguns fóruns onde os pontos colocados foram discutidos e que também demonstram verificar a semelhança da experiência da FESF no que se refere a

diversas propostas que ocorrem de implantação de Fundação Estatal de Direito Privado no país.

O debate sobre a FEDP enquanto modelo de gestão na Bahia ocorreu em alguns espaços, onde para o objetivo desta pesquisa cabe ressaltar especialmente o Conselho Estadual de Saúde e a Conferência Estadual de Saúde.

Os formuladores da FESF localizam o início dos debates sobre a possibilidade do uso das fundações estatais no início de 2005, em estudos realizados pelo MPOG e o MS para identificar modelos que pudessem responder a crise vivenciada pelos Hospitais, na época em que principalmente os hospitais geridos pelo governo federal no Rio de Janeiro enfrentavam sérias dificuldades.

A proposta na Bahia data de janeiro de 2007, quando foi apresentada pela Secretaria Estadual de Saúde, sendo aprovada pela CIB, pelo Conselho Estadual de Saúde e pela Conferência Estadual de Saúde no segundo semestre do mesmo ano. Segundo a resolução da Conferência

[...] a Fundação Estatal é uma das alternativas de gestão para o SUS Bahia e antecedendo a cada implantação concreta deverá ser constituída comissão paritária de usuários, trabalhadores e gestores que definirá a pertinência, finalidades e característica de cada Fundação específica. (BAHIA, 2007, p. 25).

Criada a Comissão Paritária foram definidas as características da FEDP, o Projeto de Lei Complementar propondo as Fundações Estatais foi aprovado, sendo respaldado também pela Assembleia Legislativa em dezembro de 2007. A mesma comissão continuou avaliando as Leis Autorizativas para as Fundações.

Em 23 de março de 2009, já contando com leis autorizativas de 40 municípios, foi aprovado o Estatuto de Fundação, eleito seu Conselho Interfederativo e conduzido o processo de eleição do Conselho Curador.

A Escritura Pública de Fundação da FESF foi firmada em 04 de maio de 2009, contando com 69 municípios em condições de serem oficializados e o registro em cartório

ocorreu em 09 de julho de 2009, após a aprovação do Ministério Público Estadual. No mesmo mês, o número de municípios com lei aprovada chegou a 107 de 240 cujos prefeitos haviam assinado Termo de Compromisso da Adesão à FESF.

Em 23 de julho de 2009 a CIB aprovou o Programa de Desenvolvimento Interfederado da Estratégia de Saúde da Família, tendo como finalidade “[...] incentivar os municípios baianos, o governo do estado e a FESF a atuarem em cooperação e articulados para a expansão, qualificação e desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família” (FESF, 2009, p. 25). O mesmo programa também prevê

[...] assumir como I Objetivo Estratégico a Desprecarização dos Vínculos de Trabalho dos profissionais da estratégia de saúde da família para enfrentar o problema da rotatividade e instabilidade das equipes, vulnerabilidade e desmotivação dos trabalhadores e baixo investimento em educação permanente. (FESF, 2009, p.26)

Com as informações sobre o processo de criação da FESF, vale agora trazer alguns elementos colocados pelos seus formuladores que ajudarão a analisar o que é esse modelo de gestão. Para eles, Fundação Estatal é:

[...] um organismo da administração indireta, parte do Estado, sem fins lucrativos, de interesse coletivo, dotado de personalidade jurídica de direito privado. Trata-se de uma forma de descentralização e especialização do Estado Brasileiro para prestar serviços sociais com maior efetividade, agilidade e qualidade aos cidadãos. (FESF, 2009, p.27)

Localizam-se as Fundações Estatais com outros órgãos da administração indireta, como as autarquias, as empresas públicas e as sociedades de economia mista, entendendo que reúnem características das duas primeiras.

Reforça-se o caráter público da FESF, já que é instituída pelo poder público, seu patrimônio é público, e a definição de políticas e o controle de gestão são feitos pelo poder público. Coloca-se que ela “[...] só pode prestar serviços ao setor público, isto é, está vedada a cobrança direta ou indireta dos seus serviços aos usuários ou a venda de serviços a empresas privadas ou planos de saúde” (FESF, 2009, p. 34).

Sobre a sua estrutura e organização, inicialmente é ressaltado que a FESF está subordinada ao Controle Social do SUS, bem como a sua legislação. São nomeados quatro órgãos principais na sua estrutura:

- Conselho Curador, visto como órgão deliberativo máximo, de controle e fiscalização, composto por doze conselheiros, sendo cinco secretários municipais de saúde, quatro representantes do estado, três representantes de trabalhadores (dois que trabalhem na FESF), um representante do Conselho Estadual de Saúde e um representante de universidades públicas da Bahia.

- Conselho Interfederativo, visto como órgão consultivo e de supervisão superior, composto por secretários de saúde os seus representantes dos municípios que participam da FESF.

- Diretoria Executiva, visto como órgão de direção subordinada e de administração superior.

- Conselho Fiscal, visto como órgão de controle interno da FESF, eleito pelo Conselho Interfederativo.

Buscando formalizar as relações da FESF com os municípios é realizado o contrato de gestão, o qual não é entendido pelos seus formuladores enquanto ferramenta para compra ou transferência de serviços, mas sim enquanto instrumento de pactuação e acompanhamento do desenvolvimento das responsabilidades que são assumidas entre a Fundação e o gestor municipal.

É importante destacar para o objetivo deste trabalho o que é colocado sobre o Plano de Cargos, Carreiras e Salários da FESF. Há um entendimento de que os trabalhadores da Fundação Estatal são empregados públicos, sendo necessário concurso público para que assumam seus postos e o regime de emprego é o de CLT para o setor público. Nesse sentido os defensores da proposta colocam que

A FESF-SUS será pioneira na implementação de uma carreira de Saúde da Família intermunicipal de abrangência estadual do país. Além de desprecarizar relações de trabalho garantindo vínculo estável, todos os direitos trabalhistas e previdenciários, se apresenta como um carreira moderna que investe, estimula e valoriza a formação e desenvolvimento do trabalhador, além de buscar fazer com que os profissionais de saúde da família se reconheçam e se qualifiquem como tal, se orgulhem do que fazem e que se sintam motivados, satisfeitos e principalmente, desenvolvam-se na carreira que escolheram. (FESF, 2009, p. 76)

Com isso a remuneração do trabalhador vinculado a FESF é composta por um salário base, gratificação mensal conforme monitoramento de produção e qualidade, prêmio semestral conforme desempenho e adicionais para profissionais que permaneçam pelo menos dois anos na mesma equipe e trabalhem em áreas com piores indicadores sociais. Sobre a progressão do trabalhador, ela pode ocorrer por mérito (conforme o desempenho dele na equipe) ou por titulação.

Entende-se que com esses elementos destacados é possível aprofundar a análise sobre como os atores envolvidos na criação da FESF a concebiam ou entendiam, principalmente em virtude de algumas características singulares que estimulam o debate sobre seu significado para os trabalhadores: o contexto de surgimento, permeado pela mudança de governo no estado da Bahia; o modelo baseado na relação entre os municípios; e o enfoque na atenção básica, diferente das experiências de fundação estatal propostas em outros estados.

4. OBJETIVOS

4.1 Objetivo geral

Estudar de que modo os atores envolvidos no processo de criação da Fundação Estatal de Saúde da Família apresentam e justificam o modelo de proteção social proposto para os seus trabalhadores.

4.2 Objetivos específicos

Descrever o processo de criação da Fundação Estatal de Saúde da Família no estado da Bahia e como foi pautada a discussão sobre a proteção social do trabalhador, ressaltando o posicionamento dos principais atores envolvidos, seja no âmbito dos movimentos sociais ou do aparelho estatal.

Analisar o posicionamento desses atores sobre a “precarização social do trabalho” na FESF, suas consequências para o trabalho em equipe, para a organização dos trabalhadores e aquelas relacionadas à participação do trabalhador no processo de gestão.

5. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO EMPÍRICO

5.1 Tipologia do estudo

Foi realizada uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória, de modo a aumentar a experiência do investigador no problema determinado e aprofundar o estudo nos limites de uma realidade específica. Dessa forma, a revisão de literatura e as entrevistas são elaboradas com a severidade características de um trabalho científico (TRIVIÑOS, 2009).

5.2 Universo do estudo

Fizeram parte da pesquisa alguns membros do Conselho Estadual de Saúde do Estado da Bahia nos anos de 2007 e 2008 e representantes da gestão estadual de saúde que, mesmo não ocupando assento permanente no Conselho, participaram ativamente das discussões sobre a criação da FESF.

Entre os conselheiros foram entrevistados aqueles que representavam os segmentos diretamente envolvidos na discussão relativa aos direitos sociais do trabalhador, especialmente aqueles conselheiros que participaram da Comissão Paritária que discutiu o processo de criação da Fundação Estatal de Saúde da Família.

Com isso, se buscou conselheiros que representavam: as centrais sindicais mais atuantes no CES (que no caso estão vinculadas à CUT e a CTB), as associações de usuários (que participaram diretamente do debate) e as entidades privadas de saúde, sendo que os representantes dessa última alegaram impossibilidade de participar das entrevistas.

Além desses, ouviu-se o representante do Conselho Estadual de Secretários Municipais de Saúde, a representação do gestor federal, o Secretário Estadual de Saúde e o Diretor de Atenção Básica da SESAB, no período de 2007 a 2008.

Esses atores são representados ao longo dos resultados através de letras, que vão de “A” até “I”. Esse procedimento foi utilizado para manter a confidencialidade do material levantado e evitar a identificação específica do que cada participante discutiu nas entrevistas.

5.3 Coleta do material empírico

Os dados foram obtidos a partir das seguintes fontes de pesquisa:

- Entrevistas semiestruturadas com o objetivo de descobrir a estrutura de sentidos própria dos entrevistados.
- As Atas do Conselho Estadual de Saúde do estado da Bahia dos anos de 2007 e 2008;
- As Atas da Conferência Estadual de Saúde do ano de 2007;
- As Atas da Comissão Paritária que discutiu a criação da FESF;
- Outros documentos de referência sobre a criação da FESF, como cartilhas explicativas sobre seu modelo de gestão para os trabalhadores.

Utilizou-se o seguinte roteiro orientador nas entrevistas:

- A partir de que análises sobre a gestão do trabalho no SUS surgiu a necessidade de uma Fundação Estatal de Direito Privado no estado da Bahia?
- Como foram trabalhadas as diferentes visões já publicamente manifestas sobre os novos modelos de gestão para o SUS?
- Do ponto de vista das particularidades do estado da Bahia por que a proposta de criação de uma Fundação Estatal ganhou destaque?
- Como a FESF concebe a gestão do trabalho e de que forma ocorreriam as garantias de proteção social do trabalhador?
- Como se enxergava as possibilidades de desenvolver ferramentas de gestão do trabalho, a exemplo de acompanhamento de resultados, metas, sanções e prêmios?
- Como ficaria em um mesmo local de trabalho a relação entre o trabalhador FESF e não FESF?
- Quais as possibilidades de organização dos trabalhadores da FESF?

- Motivação dos trabalhadores da FESF para as peculiaridades do trabalho em saúde?

5.4 Análise e interpretação dos dados

As entrevistas foram registradas em gravador e as informações transcritas integralmente, resguardando-se um espaço para o relato livre dos informantes. O material selecionado da leitura das atas e dos demais documentos foi preservado em sua forma textual e indexado para originar e desenvolver as categorias analíticas.

Numa primeira etapa do estudo foi feita a separação dos dados de acordo com os objetivos e questões de pesquisa e posteriormente estudado o material recolhido, relacionando-o com a teoria e com os objetivos da investigação, permitindo construir as categorias empíricas com os dados obtidos.

Também foram empregadas categorias estabelecidas a priori. Estas, que se relacionam com a natureza dos fenômenos em foco foram definidas a partir da revisão de estudos já realizada.

As categorias teóricas exploradas a partir do material coletado foram a *heterogeneização*, a *fragmentação* e a *complexificação* da *classe-que-vive-do-trabalho*, especificamente o que esses processos poderiam representar para os trabalhadores da FESF, no que diz respeito à ruptura da proteção social. As falas dos entrevistados foram analisadas buscando-se apreender sua compreensão sobre essas categorias e como elas se expressaram no processo de discussão sobre a criação da Fundação Estatal de Saúde da Família do estado da Bahia.

A partir de uma análise detalhada os dados foram sistematizados para a elaboração de um plano geral da etapa de interpretação, com base nos pressupostos teóricos da pesquisa, levando aos resultados e conclusão expostos a seguir.

5.5 Considerações éticas

Os procedimentos desta pesquisa levaram em consideração as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa envolvendo seres humanos. O desenvolvimento da mesma foi autorizado pelo Comitê de Ética do Centro de

Ciências da Saúde da UFPB mediante a assinatura da folha de rosto do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) e das declarações fornecidas. Os pesquisados foram devidamente esclarecidos a respeito dos objetivos e foram convidados livremente a participarem da mesma. Todos assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e receberam uma cópia dele, cujo teor está contido no material que consta no apêndice I.

6. ANÁLISE DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 Contexto de precarização do trabalho na ESF do estado da Bahia e a proposição da FESF

A partir dos dados coletados é possível iniciar uma série de considerações sobre como os atores presentes no debate sobre a criação da FESF vislumbravam a proteção social do trabalhador nesse órgão.

Os atores entrevistados são unânimes em descrever uma situação de importante precarização do trabalho na ESF que atingia a imensa maioria dos municípios baianos. Eles mencionam o que consideram algumas deficiências no que se refere à gestão do trabalho da Saúde da Família no estado da Bahia: existência de diversas formas de contratação, muitas de caráter temporário ou através de contratos sem nenhum reconhecimento legal e sujeitos à possibilidade de rompimento unilateral pelo gestor; alta rotatividade dos profissionais que se mantêm vinculados ao mesmo município por períodos muito curtos; trabalhadores (principalmente os médicos) que buscavam trabalhar em serviços diferentes (além da Unidade Básica de Saúde procuravam hospitais, serviços de urgência, etc) desenvolvendo jornadas de trabalho extenuantes; ausência de plano de cargos e carreiras na maior parte das contratações. Os entrevistados exemplificam essa situação:

[...] uma demanda forte que era a questão da alta rotatividade dos trabalhadores, os profissionais se queixavam disso porque eles não conseguiam ficar em nenhum lugar, não tinham direitos trabalhistas, não tinham um conjunto de ofertas de formação (...) quase totalidade de ausência de concurso público e de vinculações trabalhistas via estatutário ou qualquer outra forma, praticamente todos eram contrato de serviço, quase que informal e outros inclusive de vínculos informais mesmo entre trabalhadores e gestores, você não tinha nem contrato assinado, era um contrato de “boca”, isso gerava uma situação muito ruim por parte dos trabalhadores. (Entrevistado E)

[...] médicos de forma geral estavam totalmente precarizados, e aí essa precarização nos levou a uma segunda análise: nós estamos vivendo um sistema de endofagia, a gente estava se engolindo um ao outro dentro do próprio sistema, uma migração terrível dos profissionais que chegavam nos municípios. (Entrevistado G)

O exemplo mais evidente dessa situação é a capital do estado. O município de Salvador apresenta uma cobertura insuficiente de Estratégia de Saúde da Família, cuja meta até o ano de 2013 é de alcançar 35% da população do município (SALVADOR, 2010). Esse valor é considerado baixo principalmente quando comparado com outras cidades de grande porte do país (Belo Horizonte talvez seja o melhor exemplo de uma capital que possui em torno de 80% de cobertura de Saúde da Família).

O vínculo da grande maioria dos trabalhadores da Saúde da Família da capital baiana ocorria através de contrato com a Real Sociedade Espanhola, organização mantenedora de hospitais privados na cidade que criou uma Organização Social para gerenciar a Atenção Básica. Existia uma mobilização dos movimentos sociais da cidade de Salvador para denunciar o uso inadequado do financiamento e as relações de trabalho precárias dessa Organização com os trabalhadores, movimento que ganhou maior visibilidade no ano de 2007.

Na fala de um dos entrevistados fica evidente o desconforto na relação entre essa OS e a SMS de Salvador. São exemplificados momentos em que ocorreram reivindicações para a melhoria da proteção social dos trabalhadores e quando a reação da Real Sociedade Espanhola foi de abdicar de sua responsabilidade para garantir a permanência dos profissionais, ameaçando romper os contratos que possibilitavam a manutenção do funcionamento das Unidades Básicas de Saúde.

Os entrevistados afirmam que a dificuldade na vinculação dos trabalhadores à ESF não se restringe à cidade de Salvador: alcança todo o estado da Bahia, agravando-se nos pequenos municípios. Essa percepção é corroborada por um levantamento realizado pelo NESCON (2009) junto a duzentos e sessenta municípios baianos. Naquele estudo foi possível verificar que somente 13,2% deles mantinham vínculo estatutário com os médicos, 20,9% com os enfermeiros e 20% com os dentistas da Estratégia de Saúde da Família. Esses dados são apresentados na Tabela I.

Tipo de vínculo	Médicos		Enfermeiros		Dentistas	
	N = 250		N = 249		N = 235	
	n	%	n	%	n	%
Estatutário	33	13,2	52	20,9	47	20,0
CLT	11	4,4	19	7,6	13	5,5
Temporário	236	94,4	216	86,7	198	84,3
Autônomo	2	0,8	1	0,4	1	0,4
Comissionado	1	0,4	2	0,8	1	0,4
Outro	0	0,0	0	0,0	0	0,0

Tabela I Distribuição dos municípios pesquisados que contratam profissionais diretamente, por profissão segundo tipo de vínculos de contratação – Bahia, 2009. Fonte: Pesquisa “Mercado de Trabalho dos profissionais de nível superior que atuam no Programa de Saúde da Família na Bahia” - 2009 – EPSM/NESCON/FM/UFGM.

Dados semelhantes são verificados em pesquisas com abrangência nacional. Em um dos estudos constatou-se que somente 17,2% de uma amostra de mais de oitocentos municípios brasileiros utilizavam o concurso público como forma de recrutamento de médicos, mantendo-se o regime de contratação estatutário para esse profissional em somente 13,9% das localidades (GIRARDI, 2007).

Esse estudo auxiliou a traçar um abrangente panorama da situação nacional dos trabalhadores de Saúde da Família. Foram extraídas dele as informações que se seguem, as quais se assemelham às colocações dos conselheiros entrevistados nesta pesquisa, sobre a precariedade em que os profissionais se encontravam, permitindo iniciar uma análise sobre as inúmeras dificuldades advindas dessa situação e suas influências no processo de trabalho da ESF na Bahia e no Brasil:

[...] constatou-se que os empregos gerados no programa, em sua esmagadora maioria, constituíam-se como situações laborais “atípicas”, caracterizadas por não se regerem por contrato de trabalho típico do direito do trabalho ou vínculo de trabalho regular do direito administrativo brasileiro. Dois terços dos municípios então pesquisados vinculavam os profissionais com o PSF por meio de contratos precários (contratos temporários irregulares e contratos com autônomos prestadores de serviços) ou terceirizados. Entre os municípios que praticavam formatos laborais típicos na vinculação de seus profissionais ao PSF (vínculos estatutários ou celetistas) a maior parte deles incorria em situações de irregularidade pela não observância das regras constitucionais de acesso a cargos e empregos públicos (concurso público ou seleção pública), fato que tornava tais “contratos” juridicamente nulos.

Foram constatadas também grandes variações regionais quanto aos agentes contratantes utilizados e quanto aos salários dos profissionais que compõem as equipes de saúde da família. (GIRARDI, 2007, p. 4)

Sabe-se que as causas dessa situação estão relacionadas com a orientação fornecida pelo Ministério da Saúde no momento de estimular a ampliação do número das equipes do Programa de Saúde da Família. Em documento sobre esse tema é criticada a rigidez do RJU e os altos custos contratuais dos celetistas, estimulando-se a criação de arranjos institucionais para flexibilizar as normas operativas, com a contratação de trabalhadores através das Organizações Sociais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

No mesmo documento também é apontada a necessidade de integração das propostas de vinculação dos trabalhadores com as demais políticas que foram desenvolvidas pelo governo FHC, entre elas o programa Comunidade Solidária. É assim que se pode entender o modo de contratação dos trabalhadores de Saúde da Família como uma das consequências diretas da Reforma de Estado desenvolvida pela atuação do MARE desde a segunda metade da década de noventa.

A partir, então, das evidências de precarização do trabalho na Estratégia de Saúde da Família do estado da Bahia, passa-se ao diálogo com os entrevistados sobre a possibilidade da proposta da FESF influenciar nessa situação, debatendo a percepção dos atores que discutiram sua criação nos anos de 2007 e 2008.

Inicialmente reafirma-se a compreensão de “precarização social do trabalho” no sentido colocado por Druck (2011), enquanto um elemento central necessário para a nova dinâmica de acumulação do capital. Esse fenômeno para o qual foi fundamental o processo da reestruturação produtiva organizada através da acumulação flexível, provocou o (re)surgimento de (velhas e) novas questões para a *classe-que-vive-do-trabalho*, tendo como uma de suas faces mais perversas a expansão do desemprego estrutural e o aprofundamento da desigualdade social.

Para a autora, a “precarização social do trabalho” é um processo econômico, político e social onde se institucionaliza a flexibilização e a “precarização moderna” do trabalho,

reconfigurando uma precarização já existente - historicamente e profundamente enraizada no Brasil – e que busca se adaptar às novas exigências do período de mundialização do capital.

Com isso emerge um novo conteúdo de instabilidade, insegurança, adaptabilidade e fragmentação dos coletivos de trabalhadores e destituição do conteúdo social do trabalho. É uma condição que se torna central e hegemônica, que busca destruir as conquistas históricas dos trabalhadores ao mesmo tempo em que possibilita uma unidade para a *classe-que-vive-do-trabalho* (DRUCK, 2011).

É uma classe heterogeneizada, fragmentada e complexificada, marcada por uma “[...] *processualidade contraditória*, que de um lado reduz o operariado fabril e industrial; de outro aumenta o subproletariado, o *trabalho precário* e o assalariamento no setor de serviços” (ANTUNES, 2010, p 47), onde ocorre um aumento de incorporação da força de trabalho feminina e de imigrantes.

É nesse contexto que emerge a proposição da FESF. Do material extraído da fala dos entrevistados emergem duas linhas de argumentação: uma primeira defende que a Fundação Estatal seria um modo de ampliar o que é público na saúde e permitir a criação de uma carreira interfederativa para os trabalhadores, fugindo da alçada da Lei de Responsabilidade Fiscal; e uma segunda visão que trata a Fundação Estatal como mais um dispositivo de privatização, semelhante a outros novos modelos de gestão em execução, tais como as OS e as Oscip.

Vários entrevistados descrevem como o debate das FEDP foi impulsionado por uma iniciativa do Ministério da Saúde, tendo como marco a crise vivenciada pelos hospitais federais do Rio de Janeiro no ano de 2007. Após isso foi montado um grupo de trabalho, composto por representantes do próprio MS, além de participantes dos estados da Bahia, Rio de Janeiro e Sergipe.

No contexto específico do estado da Bahia, percebe-se que uma das possibilidades discutidas na época era a da criação de consórcios. O que se buscava era uma atuação conjunta dos municípios para resolver problemas comuns e/ou que extrapolassem a sua esfera de responsabilidade sanitária, e com isso buscar um arranjo que fortalecesse o Sistema Único de Saúde em consonância com as diretrizes de descentralização e regionalização.

Essa alternativa acabou sendo descartada pela SESAB em virtude de uma série de motivos, alegando-se como o principal seu baixo grau de flexibilidade. Isso porque boa parte de suas proposições devem ser aprovadas em lei municipal e muitas vezes as decisões têm que passar pelo aval do prefeito e não somente do secretário municipal de saúde:

[...] o consórcio é muito amarrado do ponto de vista legal, o consórcio tem a instância de governança definida por lei, é a instância que é a assembleia de prefeitos, então os prefeitos que compõem aquele consórcio eles definem sobre isso (...) os consórcios não gozam das regras administrativas que, por exemplo, as empresas estatais gozam, das compras e das licitações, e da contabilidade e da administração, as regras deles copiam as regras das instituições de direito público da administração direta. (Entrevistado C)

[...] nós começamos discutindo alternativas de consórcios públicos, que logo no início em 2007 tiveram a regulamentação aprovada que terminou engessando muito essa modalidade pra fins de atender esses objetivos e com isso nós passamos a formular a proposta da fundação pública de direito privado. (Entrevistado D)

É possível perceber na argumentação a busca por um modelo considerado mais flexível que não seguisse as mesmas convenções propostas para a administração direta.

No que se refere à gestão do trabalho, argumenta-se nas entrevistas que até mesmo gestores com compromissos ideológicos com a perspectiva de vinculação através da administração direta não optaram por esse caminho devido a três fatores: o teto constitucional que impossibilitaria que o salário do servidor seja maior que o do prefeito; a lei de responsabilidade fiscal cujos limites poderiam inviabilizar a contratação em municípios que têm um número elevado de equipes de Saúde da Família; e um terceiro, pelo qual mesmo que se conseguisse superar os dois primeiros, restaria uma margem muito pequena de possibilidade para se efetivar um plano de cargos e carreiras.

Então, como a Fundação Estatal de Saúde da Família pretendia incorporar esses trabalhadores e garantir a sua proteção social? Nos documentos da SESAB que justificam a FESF está escrito “[...] que os trabalhadores passarão a ter segurança e estabilidade, com a

certeza de uma remuneração justa, direitos trabalhistas e previdenciários garantidos” (FESF, 2009, p. 17-18).

Essa visão é reforçada na fala de alguns entrevistados, que discorrem sobre uma série de garantias que possibilitariam vantagens para o profissional de saúde que optasse por trabalhar na Fundação:

[...] além de garantir os direitos trabalhistas, previdenciários e profissionais, a gente precisava oferecer uma perspectiva de carreira para que o profissional deixasse de ver a atenção básica como temporária, como transitória, como bico e passasse a ver a atenção básica como uma proposta profissional, de dedicação e ele planejasse a vida dele em função daquilo. (Entrevistado C)

Na Fundação Estatal de Direito Privado deve ser observada a existência de um “regime administrativo mínimo²⁰”, o qual orienta normas de caráter público que devem ser aplicadas a este tipo de entidade (MPOG, 2007). Essa necessidade de seguir um mínimo de regras do serviço público é que tem levado a FESF à contratação de profissionais utilizando como critério de acesso o concurso público.

O mesmo documento esclarece que o trabalhador de uma Fundação Estatal de Direito Privado deve ser contratado através do regime celetista. De acordo com a proposta do MPOG (2007), o contrato através de CLT é o formato mais adequado para entes públicos que atuam em concorrência com a iniciativa privada. Para alguns entrevistados essa forma de vinculação é a principal possibilidade de desprecarização para os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família:

²⁰ O termo “regime administrativo mínimo” é utilizado pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão para descrever um elenco restrito de normas do setor público que devem ser observadas na Fundação Estatal de Direito Privado. Desse modo acabam alimentando a ideia de que algumas ações em saúde devem ser desenvolvidas em concorrência com o mercado.

[...] a maioria absoluta dos trabalhadores brasileiros está sob regime da CLT e isso não é diminuir direitos sociais mas muito pelo contrário; na verdade no regime CLT ele tem direito a férias, décimo terceiro, licença saúde, licença maternidade, todos os direitos e ainda tem o FGTS, então não é uma redução de direitos, pelo contrário, eu tenho um conjunto amplo de trabalhadores que não tinha direito a férias, em geral não tinha direito a décimo terceiro, quando adoecia estava desempregado, quando tinha que entrar em licença maternidade a gestante tinha que se afastar do trabalho, não tinha FGTS (Entrevistado D)

[...] as pessoas que entram estarão vinculados a CLT, que garante aos trabalhadores todos os seus direitos, inclusive se a gente for conversar com os trabalhadores alguns preferem o CLT do que o estatutário. (Entrevistado I)

Essa visão sobre as vantagens do regime de CLT não é compartilhada por todos os entrevistados. É possível perceber as diferentes visões sobre a vinculação celetista para a ESF. Mesmo assim, os argumentos pouco esclarecem sobre vantagens e desvantagens entre essas formas de vinculação dos trabalhadores. Como exemplo, um dos entrevistados questiona o regime estatutário pela dificuldade das prefeituras manterem pagamentos regulares para os empregados contratados através do Regime Jurídico Único:

[...] tinha prefeitura que fazia justamente questão dos trabalhadores optarem pelo contrato de CLT [...] e pelo lado do concurso do pessoal que era servidor estatutário e a prefeitura passava dois três meses sem pagar o salário, porque a prefeitura dizia que estava endividada, [...] e essa discussão da fundação com a proposta que veio, parece que ele próprio, o governo do estado, decidiu assumir e de uma forma única, dando ou garantindo, mesmo sendo por contrato regido por CLT o direito dos trabalhadores. (Entrevistado B)

A ideia de regularidade no pagamento dos salários é assumida pelo entrevistado já que a FESF é criada de forma interfederativa, através da participação dos municípios, que contratualizam um determinado valor que deve ser repassado periodicamente. Além dos recursos desses entes, ela tem a possibilidade de captar outras verbas públicas. Com outras

fontes de financiamento, a Fundação Estatal poderia manter a folha salarial dos seus trabalhadores mesmo que uma parte dos municípios não depositasse o valor pactuado.

Ainda no que se refere ao vínculo do trabalhador com a Fundação Estatal de Direito Privado, o documento do MPOG (2007) deixa claro que não existe estabilidade para o trabalhador com vínculo celetista no serviço público. Esse é um aspecto enfatizado pelos formuladores da Fundação Estatal já que ela “[...] asseguraria a agilidade e flexibilidade necessárias aos processos de contratação, remuneração e dispensa de seus empregados, mediante adoção de políticas de avaliação de desempenho” (MPOG, 2007, p. 18). Nesse tópico é possível notar uma contradição nos documentos sobre a FESF, no momento que, como visto na página 56, se reforça que ela irá proporcionar estabilidade para os trabalhadores.

Esse é um dos pontos mais criticados por um dos entrevistados sobre a forma de vinculação do trabalhador na FESF:

[...] o governo tenta misturar, porque (*vincula através de*) CLT, fundo de garantia, INSS e aí eu digo: então você quer agora a precarização da precarização? Porque precarizar o vínculo não é somente a questão de não ter carteira assinada não, você pode estar precarizando pelo tempo de duração desse emprego, o período de contrato ele pode se constituir como fator de precarizar, porque você vai ficar iminentemente desempregado, já que a fundação estatal irá contratar por um período de somente cinco anos. (Entrevistado H)

Outro ponto que também é bastante abordado é a possibilidade do trabalhador migrar entre os diferentes municípios vinculados à FESF. Essa proposição está incluída no plano de carreiras, que prevê gratificações periódicas de acordo com o desempenho e a progressão conforme critérios de titulação e de mérito. Cabe analisar o significado dessa estratégia, já que existem indícios de que a criação de plano de cargos e carreiras não é algo priorizado pelos gestores, conforme Tabela II:

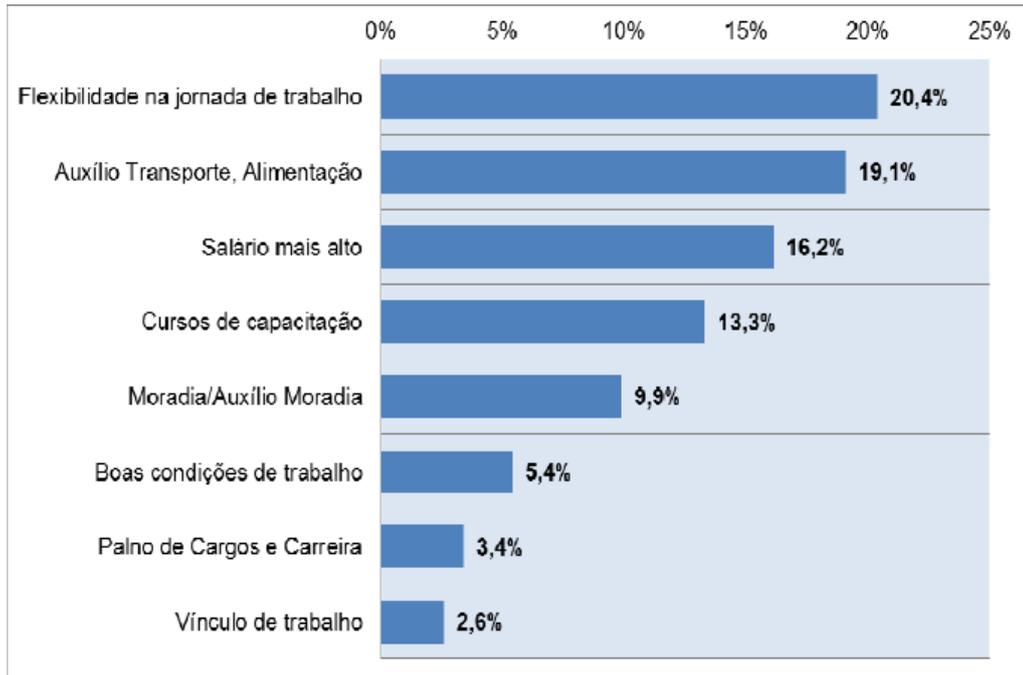


Tabela II: Estratégias utilizadas pelos gestores para fixação de médicos nos municípios – Brasil, 2011. Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado (ESPM/NESCON/FM/UFMG).

A questão da migração é apresentada como uma vantagem pelos formuladores da FESF, que citam uma semelhança com a carreira de juiz ou de bancário: nos primeiros anos após a contratação do trabalhador, existe um incentivo para que ele permaneça em municípios de menor porte; progressivamente, esse trabalhador tem a possibilidade de mudar para municípios de maior porte, o que é visto como uma progressão na carreira (já que se espera que nessas localidades haja um número maior de possibilidades de desenvolvimento pessoal e profissional).

Essa proposta vem acompanhada da concepção de que o profissional de saúde tem necessariamente a aspiração de viver em grandes centros que lhe oferecerão melhores oportunidades, o que é reforçado por um levantamento de Scheffer (2011) que demonstra a concentração de médicos em capitais.

É uma proposição que divide a opinião dos entrevistados: alguns defendem que a possibilidade de migração no plano de carreira é uma novidade que irá estimular outras experiências como essa no país; outros destacam as limitações dessa ideia, já que para viabilizá-la seria necessário um número bastante expressivo de municípios aderindo a Fundação Estatal de Saúde da Família.

Os defensores dessa segunda visão também levantam outro questionamento: a mesma migração que pode ser vista como uma vantagem, em algum momento não poderia se voltar contra o interesse do trabalhador pela possibilidade do município encerrar seu contrato com a FESF? Neste caso, de que modo o profissional continuará vinculado à Fundação?

Essa situação poderia gerar um contexto desfavorável para o trabalhador, já que para não perder o vínculo com a FESF ele teria que optar pelo emprego em outro município ligado à Fundação. Com isso ele se submeteria a trocar de domicílio “com eventuais problemas para sua família” ou a viajar para outro município diariamente “se expondo ao risco de acidentes e a fadiga, ocasionando importantes prejuízos para a saúde do trabalhador”, conforme a visão do entrevistado H.

Essa parece ser uma das grandes contradições com a qual os formuladores da FESF precisam lidar: por mais que seja garantido que existirá segurança para os trabalhadores, o vínculo declaradamente não é estável e no momento em que se torna inviável a presença do trabalhador em um determinado município ele necessariamente terá que se deslocar para outro local que tenha contrato com a FESF. Essa contradição se aprofunda no momento em que se coloca que essa Fundação Estatal poderá possibilitar a permanência do mesmo profissional na equipe, como visto na página 54.

Considerando a extensão territorial do estado da Bahia, esse deslocamento pode representar um grande ônus que acabaria sendo assumido somente pelo trabalhador. Essa preocupação fica evidente na fala seguinte:

[...] inclusive do ponto de vista da manutenção do posto de trabalho (*para o profissional do município que se desvincula da FESF*) o que pode acontecer é transferi-lo para uma cidade completamente distante do domicílio dele [...] mas você tem de viajar duas horas para seu emprego estar garantido, daqui a duas ou quatro ou oito horas de viagem. (Entrevistado H)

Autores como Hirata e Préteceille (2002) auxiliam na análise do que carreiras como a proposta pela FESF podem representar para o trabalhador. Eles criticam fortemente tentativas

de concepção de um novo trabalhador, visto como mais autônomo e independente, mas cuja principal qualidade esperada é “[...] a capacidade de se adaptar a um processo de constantes mudanças” (HIRATA e PRÉTEICELLE, 2002, p. 16) onde os riscos que antes eram assumidos pelo empregador através dos mecanismos de proteção social, agora passam a ser de exclusiva responsabilidade do profissional.

A dificuldade de conseguir profissionais médicos para trabalhar na ESF é um tema recorrente na fala dos entrevistados. Essa dificuldade estaria relacionada a dois motivos principais: abundância de oferta de empregos para o médico; e sua predileção por vinculações mais autônomas de trabalho, distante de modelos como os propostos pela Saúde da Família, onde até recentemente se demandava uma carga horária mínima de 40 horas semanais²¹.

A constatação dos entrevistados sobre a abundância de ofertas de emprego para o médico pode ser aferida por dados como os elaborados por Girardi (2011), ao destacar o fato de que a criação de vagas de emprego formal é maior do que o número de médicos recém-formados (Tabela III), situação influenciada, entre outras possibilidades, pela expansão da Estratégia de Saúde da Família.

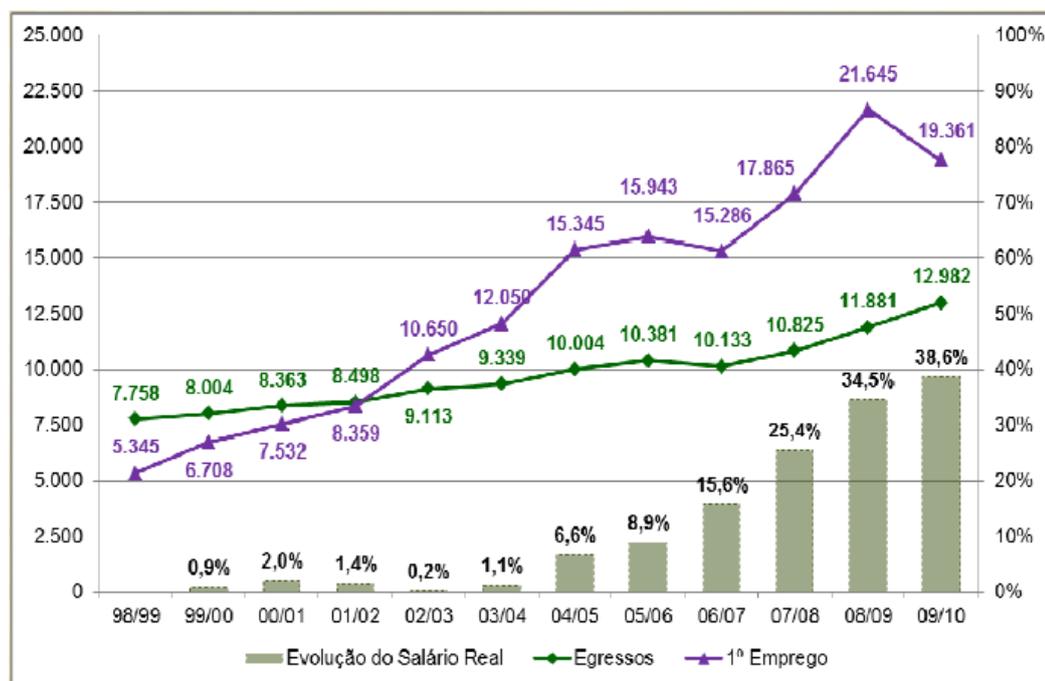


Gráfico I: Evolução das admissões por primeiro emprego e salário real* de MÉDICOS no mercado formal e egressos de MEDICINA no ano anterior – Brasil, 1998/99 – 2009/10. Fonte: Estação de Pesquisa de Sinais de

²¹ Essa situação foi alterada no final de 2011 pela nova Política Nacional de Atenção Básica do Ministério da Saúde, mas não será levada em consideração tendo em vista o período de abrangência dessa pesquisa. Nessa portaria foram criadas modalidades de contratação de médicos para a Estratégia de Saúde da Família em regime de 20 e 30 horas semanais.

Mercado (EPSM/NESCON/FM/UFMG) a partir do Censo da Educação Superior do INEP/MEC e da Relação Anual de Informações Sociais (RAIS). * Calculado a partir da remuneração média anual de médicos no mercado formal, a preços constantes – IPCA.

Essa é uma discussão antiga e muito cara para a corporação médica que tem defendido a não abertura de novas escolas médicas com base no argumento de que esse trabalhador existe em número suficiente no país. Com isso, se utiliza de sua prerrogativa de órgão regulador desses profissionais para difundir a ideia de que o problema residiria apenas na má distribuição dos médicos no território nacional.

A propósito, o Ministério da Saúde tem assumido uma posição mais clara sobre a necessidade de ampliação da formação de médicos no Brasil, se propondo a criar mecanismos de estímulo para abertura de mais vagas em cursos de graduação em medicina, preferencialmente em novos campi de universidades federais. Outra medida proposta pelo governo federal é a revalidação de diplomas de médicos com graduação em outros países. Esse debate é incipiente e por isso não será aprofundado agora.

De qualquer forma, são fortes os indícios da dificuldade de se preencher postos de emprego para profissionais médicos, principalmente em locais mais distantes ou que tenham menor capacidade de remuneração, o que acaba dificultando em muito o acesso da população aos serviços de saúde:

[...] infelizmente a gente vive hoje uma realidade difícil, porque a oferta de profissionais médicos é muito inferior à quantidade de postos de trabalho que vão se abrindo. As oportunidades de trabalho para o profissional médico são com salários muito acima do que o mercado em geral oferece para profissionais de nível superior; hoje você não tem nenhuma carreira profissional que o recém-formado esteja recebendo propostas tão elevadas (...) nós temos (*na Bahia*) a terceira pior relação de vagas para formação de médicos por habitante no Brasil, a relação só é pior em Alagoas e no Maranhão, e temos um dos piores números de médicos por habitante. (Entrevistado D)

Conforme estudo conduzido pelo Conselho Federal de Medicina a relação de médico por habitante no estado da Bahia no ano de 2011 é de 1,21 médicos para cada 1000 habitantes, bastante semelhante a da Região Nordeste que tem razão, de 1,19, mas distante da média

nacional que é de 1,95 (SCHEFFER, 2011). A concentração deste profissional na capital da Bahia fica evidente ao se considerar que essa mesma razão na cidade de Salvador é de 4,19.

Além disso, pode-se perceber na fala de alguns entrevistados a percepção de que vínculos mais formais não são atrativos para o profissional médico, levando à necessidade de busca por outras vinculações:

A carreira estatutária não tem nenhuma vantagem para ele, *para o profissional médico* (esclarecimento do autor), nessa medida, porque ele não tem nenhuma pretensão de ficar nessa carreira a vida toda, e na medida de que ele se exonera na carreira depois de três anos, depois de dois anos, depois de cinco anos, ele não tem nenhum benefício como em duas outras situações que ele acaba preferindo: ou na situação celetista porque ele acumula FGTS ou quando ele tem um contrato precário [...] onde os encargos são transformados em salário, aonde ele tem uma remuneração maior. (Entrevistado C)

[...] todas as outras profissões de saúde a gente tem conseguido ter quadros em quantidade e qualidade necessária ao garantir uma remuneração melhor, ao garantir esses atrativos. No caso do médico não basta isso: não basta ter carreira, não basta ter direitos sociais, não basta ter bons salários, infelizmente num mercado deste tipo, concorrencial, você vive em uma sociedade de oferta e procura. Nós temos uma grande oferta de postos de trabalho, com uma baixa oferta de profissionais de saúde médicos. (Entrevistado D)

Mesmo assim, um levantamento feito com os profissionais que trabalham na Estratégia de Saúde da Família no ano de 2007 demonstra que boa parte dos profissionais médicos considera importante a existência de vínculo trabalhista no momento em que vão optar pelo local de trabalho (Tabela IV).

EXISTÊNCIA DE VÍNCULO TRABALHISTA	PROFISSÃO					
	MÉDICO		DENTISTA		ENFERMEIRO	
	n	%	n	%	n	%
Mais importante	86	61,9	83	57,6	105	66,5
Alguma importância	33	23,7	50	34,7	48	30,4
Menos importante	10	7,2	5	3,5	5	3,2
Nenhuma importância	10	7,2	6	4,2	0	0
Total	139	100,0	144	100,0	158	100,0

Tabela III - Importância da existência de vínculo trabalhista segundo profissão – Bahia, 2009. Fonte: Pesquisa “Mercado de Trabalho dos profissionais de nível superior que atuam no Programa de Saúde da Família na Bahia” - 2009 – EPSM/NESCON/FM/UFMG.

Discutir a inserção dos médicos no mercado de trabalho é um tema bastante complexo e que envolve inclusive a identificação que esse profissional tem com a *classe-que-vive-do-trabalho*.

6.2 Repercussão das proposições da FESF para o trabalho em equipe e para a organização dos trabalhadores

Estando bem documentada a situação de precarização do trabalho na ESF na Bahia, a dificuldade de atrair profissionais médicos para atuar nessa área e como a Fundação Estatal foi proposta para responder a essa situação, pode-se passar à análise da forma pela qual deverá ocorrer a inserção dos trabalhadores vinculados à FESF nas equipes de Saúde da Família.

O vínculo proposto pela FESF é utilizado para contratação principalmente de médicos, que serão inseridos em equipes de Saúde da Família nas quais outros profissionais podem estar envolvidos e que muitas vezes não terão nenhuma ligação com a Fundação. Foi possível notar que nem todos os entrevistados tinham a percepção (na época do debate sobre a criação da FESF) de que isso ocorreria, como aparece nos relatos a seguir:

Se não fosse para ter um modelo único (*de contratação de todos os trabalhadores da ESF de um mesmo município*), eu acho que não seria viável. (Entrevistado B)

[...] a gente nem tinha ideia de que o município iria fazer essa opção dúbia (*com trabalhadores na mesma equipe com e sem vínculo na FESF*), a gente achava que quando o município iria optar era só fundação, ou então gestão própria do município, e aí quando vieram os primeiros dados preliminares nos surpreendeu bastante, que nenhum município (se tem eu tenho desconhecimento) fez a opção somente pelo modelo da Fundação Estatal. (Entrevistado A)

Não teria como a gente fazer a seguinte regra: ou o município faz com que todos os trabalhadores sejam trabalhadores da Fundação ou ele não pode aderir à Fundação. (Entrevistado C)

Alguns entrevistados (A e B) não imaginavam que aconteceriam essas diferentes vinculações e entendiam através dos debates que todos da equipe de Saúde da Família seriam contratados através da FESF. O entrevistado B chega a afirmar o entendimento de que todas as equipes de um mesmo município seriam contratadas pela Fundação. Já o entrevistado C vislumbrava o cenário de diferentes vinculações desde o início, trazendo a percepção que melhor consegue demonstrar como ficariam as equipes de Saúde da Família.

Para se entender esse modelo (partindo da época em que se estava discutindo a Fundação) pode-se imaginar o seguinte cenário: numa equipe composta por cerca de dez trabalhadores (pelo menos médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e ACS) poderia haver até quatro formas de vinculação (diferentes) desses profissionais. Como a FESF possibilita um contrato flexível, o qual interessa sobretudo ao médico, o gestor municipal poderia acabar demandando à FESF somente a contratação desse profissional, enquanto que os demais trabalhadores permaneceriam vinculados diretamente ao município.

Sabe-se que a legislação atual do setor público permite diversas formas de vinculação, trazendo uma série de possibilidades: contratação direta ou indireta via OS, Oscip, cooperativa, prestação de serviço como autônomo e até mesmo cargo comissionado. Um levantamento realizado pelo NESCON em 2009 demonstrou a existência de todos esses vínculos nos municípios do estado da Bahia. Na medida em que se diversificam as modalidades de contratos trabalhistas, fragmenta-se o espaço de negociação coletiva dos trabalhadores com os empregadores, sejam esses últimos o município ou os contratantes de uma dessas formas indiretas.

Desse modo, seria possível estabelecer duas dimensões distintas de heterogeneidade e fragmentação ocasionadas ou potencializadas pela FESF na mesma localidade: nem todos os trabalhadores de uma mesma equipe teriam o vínculo com a fundação e nem todas as equipes de Saúde da Família de um mesmo município disporiam de trabalhadores vinculados à FESF. Mesmo em uma única Unidade Básica de Saúde, onde trabalhe mais de uma equipe de Saúde da Família, poder-se-ia ter um médico contratado via FESF e outro contratado por uma modalidade distinta.

Essa situação foi bastante discutida entre os entrevistados, que vislumbraram esse cenário de forma diferente. Uma das visões entendia que isso não prejudicaria o trabalho na ESF:

Eu acho que isso é um problema que pode acontecer, mas com um impacto muito pequeno, porque na verdade você tinha equipes aonde o conjunto dos trabalhadores não tinham os direitos sociais assegurados, se você garante dos profissionais de nível superior de uma forma e os de nível médio e auxiliar de outra forma, isso não é o que vai ser a diferença. (Entrevistado D)

Nesse caso, admite-se a possibilidade de ampliar as modalidades de contratação, não havendo, contudo, o entendimento de que provavelmente poderiam resultar em heterogeneidade e fragmentação dos trabalhadores, desde que para alguns profissionais de nível superior se ofertará a possibilidade de contratos indiretos e para outros, por exemplo, os agentes comunitários de saúde, serão mantidas as modalidades de contrato direto. O entrevistado G almeja que ocorram diferentes vínculos entre trabalhadores de um mesmo serviço:

[...] nós começamos com uma instituição que começa a vincular a produção e a qualidade do trabalho das unidades de uma forma diferente, e aí ficará bem mais claro para os colegas que tem os dois vínculos dentro do município: tem um que está através da fundação e tem um que não aderiu através daquela forma, então temos essa diferença que já pode ser mostrada. Imaginamos que iria acontecer essa diferença na conscientização desses trabalhadores. (Entrevistado G)

Questiona-se aqui de que forma a previsão do entrevistado representará melhoria real para o trabalhador, principalmente pela defesa da produtividade como uma forma de alcançar a qualidade no trabalho. Estimular um comportamento competitivo não deve ser visto como uma forma de superar a opressão do trabalho abstrato, o que de modo contrário, só acontecerá através de relações solidárias estimuladas entre a *classe-que-vive-do-trabalho*.

Já o entrevistado I admite a dificuldade de gerenciar trabalhadores com diferentes vínculos no mesmo local de trabalho, porém entende isso como “um processo de evolução”, que representa uma melhoria da situação anterior na qual o cenário era de grande precarização. Ele classifica a situação futura como uma “Torre de Babel”, entendendo as diferentes linguagens que podem ser criadas e as barreiras de comunicação entre pessoas com inserções distintas em um mesmo local de trabalho.

Esse entrevistado, ao ser indagado a respeito das dificuldades advindas com o novo modelo, admite a tendência do que se está considerando como heterogeneização e fragmentação, sendo essa problemática minimizada pela defesa da necessidade de respostas imediatas para a população. A lógica é de que os benefícios obtidos em um curto prazo com a criação da Fundação Estatal superariam as eventuais desvantagens futuras.

Por outro lado, alguns entrevistados criticam veementemente o estímulo proporcionado pela FESF para diferentes modalidades de contrato. Um dos entrevistados desenha um cenário bastante ruim para o trabalhador a partir dessa situação, com consequências que prejudicariam as relações entre os profissionais de uma mesma equipe de saúde e levariam a um ambiente de desconfiança dentro do serviço de saúde:

[...] essa relação é péssima para os serviços, você coloca os trabalhadores uns contra os outros (...) você atrapalha bastante as relações de trabalho, imagina você estar convivendo com um colega que faz as mesmas coisas que você, o mesmo profissional que você, ele tem uma remuneração diferente da sua. (Entrevistado H)

Esse entrevistado entende que a presença de diferentes vínculos irá desestimular os profissionais que estejam menos protegidos ou com remunerações piores. Entende também que a competição entre os trabalhadores terá efeitos prejudiciais sobre cada um e que essa situação não deve ser vista enquanto desejável e, portanto, critica a postura da SESAB em defendê-la como parte das proposições da Fundação Estatal.

Cabe aqui retornar ao marco teórico desse trabalho e discutir o que tem representado o processo de heterogeneização e fragmentação da *classe-que-vive-do-trabalho*. Como já se observou anteriormente, Antunes (2008) analisa a expansão do trabalho assalariado que foi ampliado principalmente no setor de serviços. Esse processo levou ao aumento do que o autor denomina de *subproletariado*, presente tanto na área fabril quanto na de serviços, representado pela expansão do trabalho parcial, precário, subcontratado e terceirizado.

As consequências desse processo são o aumento do desemprego estrutural e a precarização do trabalho. No caso do presente estudo, analisa-se particularmente o que representa a expansão do trabalho precário, considerando que os médicos em atuação no Brasil não enfrentam a problemática do desemprego. Portanto, cabe indagar de que forma estaria ocorrendo a precarização do trabalho nos serviços de saúde e qual é o papel da Fundação Estatal nesse processo.

Para Druck (2011) “[...] a perda da condição de uma inserção estável no emprego cria uma condição de insegurança e de um modo de vida e de trabalho precários” (DRUCK, 2011, p. 41), levando a uma situação de *desfiliação social* em virtude da condição social fragilizada do trabalhador. A autora coloca a precarização do trabalho como centro da dinâmica da acumulação flexível, sendo consequentemente uma estratégia fundamental do capital.

Confirmando-se o pressuposto de que a FESF representa uma ampliação do processo de *terceirização* dos trabalhadores, adquire sentido a tese de que a Fundação estaria contribuindo para o processo de heterogeneização e fragmentação da *classe-que-vive-do-trabalho*. Essa ideia é sustentada pelo fato de que a FESF será responsável somente pela gestão do trabalho dos profissionais vinculados a ela, não tendo gerência sobre as demais atividades desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família (principalmente as atividades fim, que dizem respeito à relação com o usuário). Esse distanciamento entre gestão do trabalho e organização da ESF será analisado no tópico seguinte.

Druck (2002) critica fortemente a *terceirização*, pois entende que essa é a principal política de gestão do trabalho no interior da acumulação flexível e tem como grande meta

gerar contratos flexíveis, que se caracterizam como “[...] contratos por tempo determinado, por tempo parcial, por tarefa, por prestação de serviço, sem cobertura legal e sob a responsabilidade de terceiros”. Com isso ocorre a transferência de custos trabalhistas e das responsabilidades de gestão.

Neste caso se percebe uma diferença de estratégia da FESF quando comparada com outros modelos de gestão. Nas experiências desenvolvidas com OS e Oscip, muitas vezes essas entidades assumiam todas as responsabilidades das Unidades Básicas de Saúde (com custos e ferramentas questionáveis), tal como ocorria com a Real Sociedade Espanhola em Salvador, conforme mencionado no tópico anterior. Já na FESF ocorre predominantemente a transferência da gestão do trabalho.

Os trabalhadores têm dificuldade em analisar como devem se posicionar diante dessa nova conjuntura, como fica evidente na fala a seguir que discute o posicionamento do movimento sindical perante a proposta de criação da Fundação Estatal de Saúde da Família, considerando a nova conjuntura política do estado da Bahia após a eleição do governo Wagner:

[...] é difícil você pensar que no momento anterior (*período carlista*) você combateu um bocado de coisa, você tinha uma capacidade muito grande de fazer uma defesa até mais dura de determinado tipo de modelo e hoje você está até meio que conformado com o que estão lhe apresentando como alternativa porque o cenário político mudou. (Entrevistado B)

A preocupação com a possível situação do trabalhador da FESF também está presente na fala de outros entrevistados: “[...] dessa forma o SUS não tem como dar certo, porque são esfaceladas as relações de trabalho, no mínimo você estará fragmentando, você vilipendia as relações de trabalho, você fragiliza essas relações” (Entrevistado H).

Entende-se aqui que mais um exemplo dessa fragmentação é o grau de diferenciação que é apresentado entre as profissões. Faz-se uma marcada distinção entre o papel do médico, com sua história de profissão de prática liberal e a organização dos interesses corporativos antecedendo e sobredeterminando as finalidades do aparato coletivo da prestação de serviços (NOGUEIRA, 1994); e os demais profissionais, principalmente o agente comunitário de

saúde, profissão que possui marco legal bastante recente e exige que o profissional tenha domicílio na área da equipe de Saúde da Família.

Essa situação leva a mais um nó crítico que precisa ser analisado no que se refere à proposição da Fundação Estatal: por mais que se valorize o trabalho em equipe na Estratégia de Saúde da Família, vê-se uma especial atenção na formulação da FESF para assegurar a contratação do médico. Apesar de ser uma diretriz fundamental da ESF, nem sempre tem-se o trabalho em equipe enquanto principal preocupação da Fundação Estatal. Neste ponto é importante destacar que alguns documentos do Ministério da Saúde abordam a questão da interdisciplinaridade, criticando a divisão social do trabalho, ou seja, a separação entre seu processo de elaboração e o de execução (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, 1999, 2004, 2005).

Nessa perspectiva defende-se o trabalho em equipe como uma forma de diminuir as fronteiras corporativistas entre as profissões e de dialogar com as disputas de poder no sentido de construir projetos coletivos de cuidado, através da interação entre trabalhador e usuário. Critica-se contundentemente visões gerenciais que perseguem quase que exclusivamente a produtividade, estimulando situações de destaque para características individuais em detrimento dos resultados do trabalho coletivo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Pode-se perceber semelhanças na formulação da FESF com a divisão da “sociedade dual” descrita por Harvey (2001), ao referir-se à existência de um grupo minoritário central credenciado pela sua flexibilidade e capacidade de adaptação, inclusive com mobilidade geográfica; e um grupo periférico de empregados facilmente disponíveis no mercado, temporários, trabalhando em tempo parcial, com segurança menor ainda no trabalho. Tal como aparece nas falas de alguns entrevistados:

[...] é bom lembrar que no caso do ACS pela sua própria natureza, o requisito para ocupar o posto de trabalho, é ser morador daquela localidade. Já o profissional de nível superior, especialmente o médico, é um profissional que necessariamente tem que apresentar a possibilidade de migrar (*ou ser promovido*) de municípios. (Entrevistado D)

[...] no caso específico da Saúde da Família, existem duas categorias de trabalhadores (...) porque na equipe mínima (*o profissional com nível superior*) tem outro patamar de nível, eles são trabalhadores da saúde independente de estarem no Programa ou não, mas os ACS e os agentes de endemia se não estiverem no PSF eles vão fazer o que na área de saúde? [...]

então separa isso e deixa o médico e enfermeiro serem estatutários e os outros dois (*ACS e agentes de endemia*) não serem estatutários, por carteira de trabalho. (Entrevistado B)

Mesmo com a concepção equivocada do entrevistado B, já que a proposta da FESF é a vinculação celetista para os profissionais de nível superior, é possível perceber a diferenciação para os profissionais de uma mesma equipe de Saúde da Família.

É inegável que em parte essa diferenciação é estimulada pela própria legislação. Para os ACS, por exemplo, houve a regulamentação de sua profissão, quando através da Lei nº 11350/2006, ficou explícita a necessidade de o agente comunitário de saúde residir na comunidade em que trabalha e o estímulo para criação de mecanismos de proteção social para esse ator.

Mesmo assim, essa diferenciação deve ser discutida no que diz respeito ao mercado de trabalho e ao tipo de pactuação que é feita com os diferentes atores componentes da equipe de Saúde da Família. Para os médicos, enquanto trabalhadores com maior tempo de formação, propõe-se a busca por um vínculo que seja mais atrativo e ao mesmo tempo mais flexível (conforme nota de rodapé na página 85). Para o ACS, o que foi garantido com a participação da SESAB foi uma vinculação estatutária, ocorrendo a mobilização de um grande número de municípios que criaram leis para regulamentar seu trabalho.

De um lado essa situação reconhece a necessidade de proteger socialmente o trabalho do ACS, ao mesmo tempo em que aprofunda a heterogeneidade e fragmentação dos trabalhadores de um mesmo serviço, dificultando o trabalho em equipe. Mais que isso, se reforça uma conjuntura denominada por Antunes (2008) como uma *alteração qualitativa na forma de ser do trabalho* no momento em que se impulsiona um movimento de qualificação e desqualificação dentro das características do período de acumulação flexível.

A alteração qualitativa à qual o autor se refere diz respeito às novas exigências do mercado, onde a partir de influências advindas do modelo toyotista, se valoriza o trabalhador polivalente, multifuncional. Esse profissional é convidado para a qualificação através da intelectualização do trabalho social, levando a um incremento das atividades com a *cabeça* para quem trabalhava somente com *as mãos* (Antunes, 2008). Retornar-se-á a esse tema mais adiante ao se discutir a relação entre trabalho produtivo e improdutivo.

Paralelamente a essa tendência ocorreu um movimento de desqualificação em inúmeras atividades laborais, nas quais se estimula a desespecialização do trabalhador típico do fordismo. Observa-se um questionamento constante do trabalhador mais qualificado a fim de diminuir seu poder sobre a produção e aumentar a intensidade do seu trabalho. Com isso foi possível observar “[...] um efetivo processo de *intelectualização do trabalho manual* [...] e em sentido radicalmente inverso uma *desqualificação* e mesmo *subproletarização* intensificadas” (Antunes, 2008, p 58-59) que possibilitaram a criação de uma sociedade dual (Harvey, 2001).

Ao dialogar com o objeto desse trabalho, nota-se que não é possível uma correlação direta desses conceitos com o trabalho na Estratégia de Saúde da Família: se de um lado foi possível vislumbrar o fenômeno da qualificação pela progressiva intelectualização do trabalho em saúde, não é possível afirmar que a desqualificação viesse a ocorrer, tendo em vista a complexidade crescente do processo de trabalho na APS.

As novas proposições colocadas pela FESF geram dificuldades para o trabalhador entender quem será o responsável pela gestão de todo o processo do cuidado necessário para o desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família:

[...] a contratação do profissional vai ser feita pela fundação, porém a gestão do cuidado tem que ser feita pela gestão municipal, então o trabalhador iria ter um vínculo empregatício com a fundação, era quem iria depositar o salário dele na conta, o plano de carreira dele era o plano da fundação, várias coisas nesse sentido; porém a gestão cotidiana do trabalho desse profissional ela está vinculada à gestão municipal, então quem iria fazer a contratualização e a pactuação das metas era a gestão municipal junto com os trabalhadores. (Entrevistado E)

As colocações do entrevistado trazem informações que precisam ser analisadas do ponto de vista da gestão do trabalho e da proteção social do trabalhador. Novamente é possível questionar de que forma a coletividade dos trabalhadores irá se organizar e aonde irá pleitear seus direitos sociais. A discussão seria com a FESF no que diz respeito ao salário, e com o gestor municipal no que tange à organização do trabalho?

Também é possível observar nas falas alguns indícios de perda de representatividade do movimento sindical junto aos trabalhadores. Os entrevistados C e E questionam a baixa capilarização dos sindicatos e a dificuldade de agregar as diferentes categorias profissionais com vínculos diversos em somente uma entidade de todos os trabalhadores:

[...] tem um problema na representação dos trabalhadores, um problema nisso que eu vou dizer, por exemplo, o sindicato dos servidores públicos, eles tem outra base, uma outra realidade e é uma outra questão, o sindicato dos médicos, parte das pessoas que tem voz no sindicato médico não são médicos de saúde da família. (Entrevistado C)

[...] (*se observa*) a falta de um movimento mais articulado dos trabalhadores, porque os sindicatos dos trabalhadores em saúde, Sindisaúde, eles acabavam não focando muito nos profissionais da atenção básica, justamente porque eles não tinham vinculação muito grande, então até enquanto categoria profissional eles tinham uma organização muito frágil. (Entrevistado E)

[...] tanto que quando as lideranças poucas dos sindicatos, do Sindisaúde, que respeitavam a posição hegemônica feita pelo movimento sindical em geral (*aqui entenda-se, a posição da central sindical que é contrária às FEDP – nota do autor*) motivada pela preocupação com a possibilidade de quebra de sua base; mesmo assim eles (*lideranças sindicais*) enxergavam boas possibilidades na criação da FESF, embora não assumissem. Suas críticas não tinham eco entre os trabalhadores. (Entrevistado E)

Essa situação gera preocupação na fala de alguns atores, como o entrevistado F, prevendo que na Fundação “[...] o trabalhador perde a representatividade e com isso, perde o sentido, ele não sabe mais a quem recorrer para fazer o controle social quando tiver dificuldade”. A fala reflete a preocupação de um conselheiro de saúde, mas sabe-se que a repercussão de questionamento de representatividade não fica restrita ao controle social, podendo ter consequências para a organização interna dos trabalhadores.

É um desafio que o atual momento histórico coloca para o movimento sindical: ser crítico quanto à reestruturação produtiva e abranger outros segmentos de trabalhadores prejudicados pelas novas formas de exploração do capital e pelas diversas formas de precarização do trabalho. Para isso é importante manter-se propositivo, com a criação de agendas políticas que o afastem de uma postura que esteja restrita a somente reagir às iniciativas do capital (ANTUNES, 2010).

Apesar das consequências de heterogeneização e fragmentação dos trabalhadores, previstas na época de criação da Fundação Estatal, um dos entrevistados chega a afirmar que a criação da FESF teria o potencial de mobilizar os profissionais integrantes dessa iniciativa:

[...] dentro da fundação a gente tinha a consciência de que ia fazer algo inédito do ponto de vista do fortalecimento dos trabalhadores na medida em que a Bahia (...) tem um pouco mais de 5000 profissionais (*na Saúde da Família*), cada um deles contratados por um dos 417 municípios e com contratos distintos. A gente começava a fazer um processo de unificação desses trabalhadores: regidos por uma mesma regra e regidos por um mesmo contratante, é óbvio que (...) mais cedo ou mais tarde se organiza um sindicato muito forte, que é um sindicato que ele tem uma base sobre as mesmas condições, com o mesmo negociador e, portanto, ele tem uma enorme capacidade de pressão. (Entrevistado C)

A materialização dessa possibilidade necessitaria de um envolvimento significativo da maioria dos municípios do estado da Bahia desde o início da criação da Fundação Estatal de Saúde da Família. Poder-se-ia argumentar a respeito da dificuldade para realizar o processo de unificação proposto pelo entrevistado C em virtude de uma série de questões, como a dimensão territorial do estado, a presença de várias realidades nas suas regiões e, principalmente, a heterogeneidade de interesses advinda da diversidade de categorias profissionais envolvidas na ESF.

Ao mesmo tempo, caberia indagar da perspectiva do entrevistado, se interessaria para a luta sindical a criação de outra entidade de modo a dispersar ainda mais o movimento de profissionais da saúde (em relação ao qual foram apontadas limitações em sua atuação e capacidade de mobilização por alguns entrevistados). O problema que aqui se põe retoma as questões da fragmentação e da heterogeneidade e seus efeitos para a luta dos trabalhadores.

6.3 Papel do trabalhador nos processos de gestão dentro da proposição da FESF

Seguindo a análise proposta a partir do referencial teórico de Antunes, percebe-se a necessidade de analisar a conjuntura atual da *classe-que-vive-do-trabalho* para além do ponto

de vista da heterogeneidade e da fragmentação, de modo a incluir também o processo de *complexificação*. Esse processo abrange diversas inserções e atividades produtivas: desde aquelas nas quais os trabalhadores se beneficiaram com o avanço tecnológico e vivenciaram uma maior intelectualização do seu trabalho até as que se mantêm em atividades com características mais artesanais.

O papel do trabalhador se modifica na reestruturação produtiva, incorporando novas tecnologias no processo de trabalho, as quais são rapidamente capturadas pelo capital e passam a representar trabalho morto (Antunes, 2008). Por isso é necessário analisar com calma o que representam alguns movimentos que convidam o profissional para se integrar à gestão ou que valorizam sua capacidade de inovação, buscando discutir se todo esse processo não significaria mais um movimento de captura a partir do capital.

Cabe analisar se o envolvimento do trabalhador na gestão do processo de trabalho efetivamente se traduz em maior autonomia nas decisões e superação da opressão do capital. O que se observa na reestruturação produtiva, que tem como uma de suas expressões o toyotismo, leva a concluir exatamente o contrário: ocorre uma sensação fugaz de maior participação que logo é substituída pelas exigências geradas no controle entre pares.

O movimento de intelectualização acaba levando à constituição de uma força de trabalho mais complexa, que deve ser explorada de maneira mais intensa e sofisticada. É nesse sentido que Antunes (2009) fala sobre a crescente interação entre trabalho e ciência, entre execução e elaboração, demandando uma nova postura da força de trabalho em se “envolver” com o avanço tecnológico. Por isso a principal transformação não está em eliminar o trabalho e substituí-lo pela ciência, mas tornar a última mais decisiva no processo de criação de valores de troca.

Dentro dessa discussão de expansão do trabalho dotado de maior dimensão intelectual, Antunes (2009) problematiza a interação entre o trabalho *material* e *imaterial*. Para tanto, o autor se refere novamente à *noção ampliada de trabalho* e a expansão do trabalho em serviços, os quais mesmo não sendo de uma esfera diretamente produtiva, muitas vezes desempenham atividades imbricadas com o trabalho produtivo. O autor defende que seria equivocado desconsiderar a vigência de formas dadas pelo trabalho imaterial, sendo importante compreender no mundo contemporâneo a expansão de esferas consideradas improdutivas.

Essa noção é bastante trabalhada por Lojkine (1995) ao apontar que o trabalhador de um ramo considerado produtivo necessita cada vez mais desempenhar funções tidas como improdutivas, no momento em que passa a lidar com processos informatizados e a se envolver em funções gerenciais. O contrário também passa a ser cada vez mais imbricado: com a expansão do trabalho assalariado e dos serviços, o trabalhador antes considerado improdutivo contribui cada vez mais na expansão dos valores de troca e do lucro.

Para o autor é uma dinâmica de caráter contraditório, pois de um lado abrem-se os ofícios operários às competências relacionais, ao mesmo tempo em que se procura dividir e parcelar o trabalho complexo dos serviços, buscando mensurá-lo com parâmetros de um trabalho mais simples. É nessa linha que o autor indaga, quase para constatar:

Na ausência de “mercadorias”, o capitalismo não criou, de fato, “serviços mercantis”, e não é o caso de hoje submeter o conjunto dos serviços aos critérios mercantis, graças aos suportes materiais da informática, que permite parcelar, dividir e, em seguida, transformar em objeto todas as formas de trabalho vivo, inclusive o objeto artístico? (LOJKINE, 1990, p 43).

O autor analisa os “improdutivos produtivos” nos serviços de saúde, e critica movimentos que ocorrem desde a década de setenta, quando se valoriza a introdução de critérios de rentabilidade de empresas industriais nos hospitais, a utilização da informática (em uma de suas finalidades, qual seja a de isolar o que é imprevisível da atividade médica, subordinando-a à vontade da organização através da parametrização) e a divisão-parcelamento das atividades de tratamento médico (LOJKINE, 1995).

A partir dessas colocações, pode-se avançar para buscar compreender o modo como é visto o papel do trabalhador por um dos entrevistados. A preocupação de que o trabalhador esteja sempre se aperfeiçoando precisa ser analisada, mediante a indagação de qual é o objetivo desse aprimoramento. O entrevistado G demonstra atenção com as aspirações pessoais do profissional da FESF, que busca ascender para outras inserções na carreira e com isso tornar-se mais valorizado no mercado:

Então esses vínculos que estou dizendo, são os vínculos de compromisso, são os vínculos ideológicos de você encampar o trabalho em saúde com a formação, que não vem só com a formação, vem com a capacitação que eu acho que a gente tem que vir e aí a gente tem que repensar o trabalho na Fundação Estatal. (Entrevistado G)

Aqui valeria indagar quais seriam os vínculos ideológicos necessários para o trabalhador citado pelo entrevistado G. São os de combater a fetichização do trabalho e lutar por sua emancipação ou são os que buscam sua cooperação para com a acumulação de capital? Parece ser a segunda preocupação a que fica mais evidente na fala do mesmo entrevistado, quando nota-se claramente que o foco da evolução pretendida está no mercado de trabalho e não no modo como são tratadas as necessidades sociais da população:

Entendendo de que ele (*trabalhador*), ao assumir o compromisso com o seu trabalho em primeiro lugar - não estou me referindo com a Fundação, não estou me referindo com a prefeitura, estou falando com o seu trabalho, enquanto o trabalhador de saúde - ele vai subindo por aí, adquirindo uma nova consciência e responsabilidade de trabalho, esse trabalhador ele se qualifica hoje, para se inserir no mercado de trabalho de uma forma bem melhor. (Entrevistado G)

O entrevistado deixa a sua preocupação explícita com esse envolvimento do profissional e como ele deve ter uma nova postura em suas atividades, discorrendo sobre a oportunidade de qualificação que a FESF pode apresentar. É importante ressaltar que a perspectiva adotada nesta pesquisa entende que trazer sentido ao trabalho passa por uma nova significação: sair da alienação do “trabalho morto”, encontrar a realização no “trabalho vivo” e na contribuição que ele proporciona à sociedade (ANTUNES, 2008).

Além disso, o que é exposto pelo entrevistado acaba levando a uma importante contradição no discurso: ao mesmo tempo em que se defende a Fundação Estatal como uma

possibilidade para atenuar a falta de médicos nos serviços de Saúde da Família (principalmente para os municípios pequenos do interior), também se defende que para o profissional de nível superior essa vinculação pode representar uma “ascensão” para outros postos no mercado de trabalho, inclusive com novas atribuições:

[...] então pode ter certeza disso, muitos profissionais que começaram por aí já estão assumindo outros cargos, inclusive dentro da própria gestão, e saindo inclusive para consultorias, para esse tipo de coisa, acho que o universo que se abre para esses profissionais, enquanto eles se qualificam melhor, o universo se torna bem maior. (Entrevistado G)

Essa contradição pode trazer sérias consequências: se desde já vislumbra-se que a qualificação trará a possibilidade de outras oportunidades empregatícias, estar-se-ia rompendo com a ideia de que é importante a vinculação a mais longo prazo do médico, seja com a equipe de saúde ou com a população assistida. Assim, não parece que essa seja uma carreira tida como “moderna e que estimula a valorização do trabalhador” como visto na página 60.

É nesse contexto que surge a proposição de gestão por resultados. Tem-se discutido essa concepção de gestão dentro da crítica à acumulação flexível e sua correlação com as novidades propostas pela administração gerencial (BEHRING, 2008). Dentro desse paradigma é feito um convite ao trabalhador para defender o serviço em que está inserido e propõe-se um aumento de sua participação na definição de algumas etapas do processo de trabalho. O que se questiona é se essa participação do trabalhador em alguns processos decisórios tem capacidade para alterar uma relação de força onde o gestor determina as principais decisões.

A gestão por resultados é um tema que aparece polarizado na fala dos entrevistados. Para alguns é defendida por dois principais motivos: como uma forma de estimular os trabalhadores no desempenho de suas atividades e atribuir aumentos salariais conforme a implicação de cada um deles (neste caso valorizando os que mais se responsabilizam com os usuários); e pela possibilidade de gerar espaços de pactuação entre gestores, trabalhadores e

usuários, ampliando a apropriação que o profissional teria de seu trabalho e com isso combatendo a alienação e a concepção hierárquica taylorista. Essas possibilidades são descritas como uma alternativa para democratizar o processo de trabalho e levar a uma maior autonomia do trabalhador:

[...] a leitura da remuneração variável enquanto possibilidade na contratação de trabalhadores é de que ela iria: por um lado estimular o profissional, porque ele iria ter uma possibilidade de variação da sua remuneração de acordo com os seus resultados; e por outro lado ele atuaria como um instrumento para ajudar na mediação da relação entre trabalhador, usuário e gestor. A ideia era não só definir metas, se elas estão sendo alcançadas ou não, mas era que isso acontecesse primeiro, que a própria equipe definisse as metas junto numa pactuação entre trabalhador, usuário e gestor. (Entrevistado E)

Então quando nós pensamos o conjunto de elementos da fundação, tentamos superar vários problemas: um ambiente mais democrático, aonde ele (*o trabalhador*) construísse as regras do jogo, aonde ele negocia com outros trabalhadores, aonde ele coloca interesses em análise, exercitando mais o processo de co-gestão. Então, se apropriando mais do processo de trabalho, reduzindo esses elementos de verticalização e subordinação do trabalhador, um elemento em que ele percebesse que o trabalho é uma realização mais importante do que somente o valor de troca. (Entrevistado C)

Percebe-se a importância da co-gestão na fala dos entrevistados, considerando duas dimensões fundamentais do processo de trabalho em saúde: produzir valor de uso com relação às necessidades de saúde da sociedade (refletindo a finalidade dos serviços de saúde); ao mesmo tempo em que também se propõe trabalhar com a dimensão subjetiva dos profissionais de saúde na perspectiva do empoderamento dos sujeitos, da ampliação da autonomia dos trabalhadores e da democratização das instituições (CAMPOS, 2003).

Outros entrevistados, entretanto, se colocam em dúvida quanto a essa possibilidade, problematizando como essas proposições podem ser utilizadas pelo gestor em uma perspectiva de somente valorizar a produtividade (típico dos processos fordistas), e com isso se tornarem mais uma forma de opressão do trabalhador, ampliando a expropriação do sentido do seu trabalho, mais uma vez separando “o caracol da sua concha” (ANTUNES, 2005).

Mesmo assim, alguns entrevistados que questionam esse processo acabam defendendo a sua utilização, atribuindo características positivas à gestão por resultados, como o estímulo permanente para que o trabalhador aperfeiçoe o que está sendo desenvolvido:

[...] pode-se ter o olhar de que (*a gestão por resultados*) é um processo de cobrança injusto e muitos enxergam como isso porque a acomodação de certa maneira é visível, e de certa maneira as metas são fundamentais para um processo de planejamento que você tem que ter em qualquer tipo de gestão e se a gente não se basear em metas podemos realmente vir a sucumbir. (Entrevistado I)

[...] você não pode tratar o servidor público estatutário tal e qual empregado de carteira assinada, por diversos motivos, então nessa situação, independente da variedade ou do que possa significar um avanço em relação a premiação, pagamento de percentual de produtividade, eu continuo a pensar que é preciso tomar cuidado para não descaracterizar o papel do serviço público. (Entrevistado B)

Nota-se a preocupação com a repercussão da gestão por resultados no trabalho em saúde. Entende-se que é desejável uma maior participação dos trabalhadores nos processos decisórios e que isso os ajude a acumular forças, mas não se pode ignorar uma possibilidade de que essa ferramenta seja utilizada de modo inadequado, envolvendo o trabalhador sem uma garantia real de melhores condições de trabalho.

Outro argumento levantado na fala dos entrevistados é o da defesa do momento de criação da FESF enquanto uma grande oportunidade de abertura de possibilidades inéditas na gestão em saúde e de uma nova cultura institucional. Essa etapa seria necessária para substituir uma série de deficiências do setor público, caracterizadas pelo entrevistado enquanto vícios que historicamente se acumularam nos serviços e que fazem com que esse cenário tenha uma avaliação negativa por parte da população em geral:

[...] quando a gente traz a Fundação, a gente traz uma esperança de que começar o novo e de novo pode nos dar agora uma percepção, porque se eu entro agora na fundação no seu primeiro ano, e eu sei que a fundação trabalha por metas, existe uma lógica, formulários a preencher para cumprir, para ver se eu recebo um percentual, é fácil de você estar trabalhando, ou seja, é bem mais fácil eu ter um terreno limpo e construir uma casa do jeito que a gente quer do que pegar uma estrutura com mais de 50 anos de vida. (Entrevistado I)

Fica nítido que se busca vislumbrar a implantação de características típicas da administração gerencial, sendo a Fundação Estatal de Direito Privado colocada como uma oportunidade de criação de uma nova cultura de gestão, com um trabalhador que incorporará na sua rotina a obtenção de produtos e metas.

Na análise do modelo de administração proposto pela FESF, outro ponto polêmico na fala dos entrevistados, diz respeito à natureza pública desse órgão. Alguns defendem que a Fundação Estatal de Direito Privado é uma instituição pública, sem capital privado e que faz parte da administração pública. Para o Entrevistado D esse modelo de gestão é imposto pela realidade e isso faz com que não possa ser desqualificado por debates ideológicos:

[...] a Fundação Estatal é uma instituição pública, 100% SUS, não tem nenhuma participação nem de capital privado, nem de nenhum processo que possa qualificá-la como sendo terceirização na medida em que é fundação que é parte da administração pública. (Entrevistado D)

[...] ela (*a Fundação Estatal*) garantiria uma administração pública, ela desprecarizaria os vínculos dos trabalhadores porque todos seriam concursados com o vínculo empregatício via CLT, teriam todos os direitos trabalhistas garantidos o que permitiria a gente fazer uma carreira que fosse interessante. (Entrevistado E)

Nota-se que o argumento em defesa da Fundação Estatal muitas vezes aparece vinculado às possibilidades proporcionadas por esse modelo para a gestão do trabalho no

SUS. Porém, como já discutido anteriormente e em consonância com Druck (2011), não é o fato de estar situado no âmbito da administração pública que define a condição de terceirização, mas sim, a forma mediante a qual os trabalhadores serão vinculados aos serviços. No caso da FESF ocorre uma terceirização, pois a contratação não é responsabilidade direta do município.

Sabe-se que o discurso da administração gerencial veio acompanhado de uma verdadeira perseguição à defesa da importância do que é público para a população brasileira, valorizando a ideia de eficiência e busca de resultados (muitas vezes sem considerar os meios) para um país de cidadãos-consumidores (NOGUEIRA, 2005).

Um dos entrevistados chega a se questionar de que forma a discussão sobre eficiência pode ser utilizada para legitimar o serviço público, ao mesmo tempo em que responda de fato às necessidades sociais da população. É a percepção colocada pelo entrevistado C, onde ele entende que é necessário atribuir um valor positivo para a ideia de eficiência, e com isso seria possível combater a lógica de máxima exploração do trabalhador pelo capital, possibilitando uma ampliação do papel do Estado:

[...] a gente não podia perder o discurso da eficiência para a direita, não dava para você deixar a direita fazendo um discurso de que o servidor público é um servidor estagnado, ele é inapto para a modernização, inapto para a inovação, ele não se qualifica, e deixar o discurso da eficiência somente para o setor privado, numa relação entre capital e trabalho onde a eficiência sempre está relacionada à máxima exploração do trabalhador, aonde tudo aquilo que você explora mais o trabalhador e o capitalista transforma em lucro [...] a gente tinha que enfrentar o debate da qualidade, da eficiência, da efetividade, até porque eficiência no serviço público não é lucro, eficiência no serviço público é você ter sobra de recursos, para você utilizar esses recursos em outras funções públicas igualmente importantes para o benefício da população. (Entrevistado C)

Concorda-se aqui que é um debate necessário que deve ter como objetivo combater a exploração do trabalhador. A dúvida é se é possível agregar essa dimensão de valorização do

serviço público ao discurso da eficiência, tendo em vista a força ainda presente nos dias atuais do discurso neoliberal que culminou com a Reforma de Estado da década de noventa.

Em outro sentido, os entrevistados que são contrários a esse modelo de gestão o localizam no campo da terceirização, questionando porque a contratação dos trabalhadores não acontece através da administração direta. Desse modo, a FEDP é colocada enquanto uma possibilidade que pareceria atrativa em um primeiro momento, mas acaba representando uma solução temporária “que em pouco tempo já começa a dar sinais de esgotamento” (Entrevistado G).

Sobre essa situação, os entrevistados pontuam um paralelo das FEDP com as OS que já atuaram ou atuam no estado da Bahia, onde inicialmente são inaugurados serviços que parecem capazes de melhorar a atenção à saúde da população, mas que com o passar do tempo (e com o aumento dos custos de manutenção) eles deixam de ser atrativos para quem os está financiando, iniciando novos ciclos de sucateamento das unidades de saúde.

Essa preocupação fica bem clara nas colocações de alguns entrevistados, principalmente ao se realizar comparações com modelos como as OS que são gerenciadas pela Real Sociedade Espanhola. Nos questionamentos a FEDP é colocada como uma nova roupagem dessas modalidades:

[...] no início (*da Fundação Estatal*) tudo são flores, com tudo novo e prontinho e lhe dou de presente para você gerir, os primeiros anos está tudo na garantia, a partir do momento que meu lucro diminui porque você precisa dar manutenção, aí eu não quero mais porque agora meu lucro vai desaparecer ou vai diminuir, eu queria, mas agora não quero mais porque a cortina rasgou e no contrato está dizendo que você tem que dar manutenção e tem que substituir peças. (Entrevistado G)

Fica registrada a complexidade do debate que envolve as repercussões provocadas por esse modelo de gestão para os trabalhadores. As consequências de uma política pública devem ser analisadas a longo prazo, sob pena de que propostas como as FEDP seja tomadas

precipitadamente como solução para os problemas de gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde.

A fala dos atores envolvidos no debate sobre a criação da Fundação Estatal de Saúde da Família possibilitou desvendar a intencionalidade presente nesse processo e como ele representa um aprofundamento da “precarização social do trabalho”. Dito isso, alerta-se para o risco da proposta da FEDP ser tomada equivocadamente como uma alternativa que possibilite avanços para a *classe-que-vive-do-trabalho*.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Vive-se um momento de ampliação do fenômeno da “precarização social do trabalho”, condição fundamental para o estágio atual de acumulação do capital. Busca-se institucionalizar a flexibilização e a “precarização moderna” do trabalho, de modo a reconfigurar uma precarização já existente no Brasil. Para tanto, faz-se necessária a apresentação de outra argumentação para justificar aspectos tais como instabilidade, insegurança, adaptabilidade e fragmentação dos coletivos de trabalhadores levando à destituição do conteúdo social do trabalho.

Esse novo conteúdo está presente na formulação da Fundação Estatal de Saúde da Família, a qual se propõe atuar em uma área que já nasce precarizada: a gestão do trabalho na atenção básica. Durante essa pesquisa foi possível acumular informações que datam do primeiro governo FHC, quando se buscava estimular tanto a contratação dos trabalhadores do Programa de Saúde da Família de forma flexível através de Organizações Sociais, como a expansão da atenção básica moldada pelas orientações da Reforma de Estado da década de noventa.

Ao se iniciar a pesquisa sobre a proteção social do trabalhador da Estratégia de Saúde da Família no estado da Bahia, já havia evidências do quadro de precarização, questão essa ratificada unanimemente pelos entrevistados, conforme uma série de exemplos: o baixíssimo índice de contratação através do regime estatutário; a insegurança dos trabalhadores que estavam sujeitos a serem despedidos conforme a vontade dos secretários municipais de saúde; e a ausência de planos de cargos e carreiras nos municípios. Nesse cenário, a FESF se propunha a alterar esse quadro, o que gerou intensos debates locais e nacionais sobre as repercussões do seu modelo.

É preciso considerar alguns pontos em que o processo de criação da FESF contribuiu para o debate sobre a construção do Sistema Único de Saúde. O primeiro diz respeito à necessidade de colocar a atenção básica como uma agenda importante dos gestores estaduais (que muitas vezes se eximem da sua responsabilidade de apoiar os municípios nessa área); e o segundo que trata da possibilidade de formular um plano de cargos e carreiras em conjunto com diversos municípios (algo que é feito no momento de forma isolada e insuficiente).

Mesmo considerando a importância dessas questões, interessa ressaltar os componentes da proposta da FESF que tendem a aprofundar a situação de precarização social do trabalhador em saúde. Faz-se necessário destacá-los sob risco desse modelo de gestão ser tomado precipitadamente como exemplo de avanço para a *classe-que-vive-do-trabalho*. Ressalta-se aqui que a pesquisa esteve localizada temporalmente no período de proposição da FESF, justamente o melhor momento para entender o que vislumbravam seus idealizadores.

Achados tais como a transferência de responsabilidade com a gestão do trabalho para um novo órgão que não abrange todas as atribuições da ESF, caracterizando a terceirização; a ampliação do número de vínculos trabalhistas dentro de uma mesma equipe ou UBS fragmentando seu processo de trabalho; a ausência de estabilidade para o trabalhador que assume os riscos anteriormente destinados ao seu empregador; e a inserção do profissional em espaços pontuais de gestão sem modificar o seu poder de decisão, todos esses aspectos justificam a constatação de que a FESF aprofunda a precarização social do trabalho.

A proposição da FESF induz à constituição de um trabalhador adaptado a um mundo que passa por constantes mudanças na esfera do trabalho. A ênfase no contrato pela CLT é um bom exemplo desse processo. Esse tipo de vínculo passa a ser entendido enquanto o mais adequado para entes públicos que atuam em concorrência com a iniciativa privada, sendo visto como mais vantajoso pelos formuladores das FEDP em virtude de não conferir estabilidade para o profissional.

Entende-se que a gestão da atenção básica é prerrogativa fundamental de qualquer município, independente de seu porte. Portanto a problemática da contratação dos trabalhadores para essa rede de atenção à saúde é uma tarefa colocada prioritariamente para esses entes. Espera-se, portanto, que esteja na pauta do gestor municipal a busca de um vínculo trabalhista que estimule a permanência do profissional, protegendo-o socialmente e desse modo possibilitando a continuidade do cuidado à população.

Com a criação da FESF a atribuição da gestão do trabalho é transferida para esse órgão, o qual passa a ter estrutura jurídica e regras próprias. Apesar de a Fundação Estatal haver sido criada por parte dos municípios do estado da Bahia, esse arranjo difere daqueles em que o trabalhador é vinculado diretamente à gestão municipal. Isso fica muito evidente ao se analisar a separação entre a gestão do trabalho na ESF e as demais atribuições do município.

Nesse aspecto, é possível perceber diferenças sutis na estratégia da FESF quando comparada com outros modelos de gestão. Nas experiências desenvolvidas com OS e Oscip, muitas vezes essas entidades assumem todas as responsabilidades das Unidades Básicas de Saúde, mesmo que com custos e características bastante questionáveis. Já na FESF ocorre predominantemente a transferência da gestão do trabalho, o que torna esse modelo igualmente prejudicial para o trabalhador.

Essa transferência de responsabilidades do município para a FESF possibilita estabelecer duas manifestações distintas de heterogeneidade e fragmentação ocasionadas ou potencializadas pela Fundação Estatal em uma mesma localidade: nem todos os trabalhadores de uma mesma equipe teriam o vínculo com a fundação e nem todas as equipes de Saúde da Família de um mesmo município dispõem de trabalhadores vinculados à FESF. Em decorrência, a FESF seria responsável apenas pela gestão do trabalho dos profissionais com os quais possui vínculo e não teria qualquer gerência sobre os demais profissionais, bem como sobre as atividades fim desenvolvidas pela equipe de Saúde da Família.

Mesmo que a FEDP seja vista por alguns atores como um órgão público, não deixa de ocorrer a transferência de responsabilidade para com o trabalhador, caracterizando um processo de terceirização. Cria-se, assim, mais uma forma de vínculo trabalhista, que vem se somar a outras vinculações temporárias dentro de uma equipe com grande rotatividade de profissionais. Dessa forma vai se configurando o fenômeno da *heterogeneização, fragmentação e complexificação* da classe trabalhadora.

Percebeu-se que essa problemática não é alvo central de preocupação dos formuladores da FESF, ainda mais no momento em que algumas falas valorizaram a competitividade entre os profissionais como forma de aperfeiçoar o trabalho na atenção básica. Reafirma-se aqui o pressuposto segundo o qual se nega veementemente a possibilidade de que a competição possa melhorar as condições de trabalho, entendendo que é mais importante que se construam relações de solidariedade entre a *classe-que-vive-do-trabalho*.

Nota-se mais uma vez como a proposta aprofunda a precarização do trabalho. Mesmo para a categoria médica, que não enfrenta a problemática do desemprego, não se observa a construção de alternativas que busquem segurança e estabilidade para este trabalhador. O panorama é ainda mais sombrio quando se consideram os outros profissionais.

É contraditório sugerir que iniciativas como a FESF garantirão o provimento de médicos em áreas de vazio assistencial, ao mesmo tempo em que se propagandeia aos profissionais que a Fundação poderá se constituir em uma oportunidade de transferência para localidades com maior oferta de bens e serviços. Também é contraditório falar em segurança para o trabalhador quando se sabe de antemão que ele não terá estabilidade e, por isso mesmo, estará sempre exposto à possibilidade de migração indesejada no momento em que o município não mais garanta seu trabalho. Nesse último exemplo observa-se a transferência de riscos, que anteriormente eram assumidos pelo empregador, para o profissional.

Foi possível perceber que na proposição da FESF ocorre um convite para que o trabalhador se integre aos processos de gestão, valorizando a polivalência e a multifuncionalidade. É a “alteração qualitativa” do trabalho pela qual ocorre uma intelectualização do trabalho social, onde os trabalhadores improdutivos passam a se tornar cada vez mais produtivos e as atividades são parametrizadas e parceladas.

Ao se exigir mais qualificação desse profissional não se oferece quaisquer garantias de recompensa pelo mais trabalho, ou seja, não se vislumbra o rompimento da situação de opressão do trabalhador pelo capital. A sensação fugaz de maior participação logo é substituída pelas exigências geradas no controle exercido sobre os trabalhadores. Para ele é ofertada a gestão por resultados, o que nesse contexto sugere somente mais um estímulo à produtividade.

Estudos adicionais no âmbito da Fundação Estatal de Saúde da Família podem vir a ser realizados para avaliar os resultados de sua implantação nos municípios aonde foi efetivada e como os trabalhadores à Fundação Estatal estão vivenciando e analisando esse processo.

Fica aqui a impressão final de que o modelo de gestão da Fundação Estatal de Direito Privado não deve ser entendido como uma possibilidade de avanço para os trabalhadores no contexto de mudanças no mundo do trabalho. Isso porque, a proposta da Fundação Estatal de Saúde da Família acaba dando um novo impulso para a precarização do trabalho e o fenômeno da *desfiliação social* da *classe-que-vive-do-trabalho*. As transformações sociais desejadas passam pela conquista da devolução da “concha ao caracol”, quer dizer, pelo resgate do sentido do trabalho humano, para o que, certamente, a proposta das FEDP se coloca em sentido oposto.

8. REFERÊNCIAS

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho**. Reestruturação Produtiva e crise do sindicalismo. São Paulo: Boitempo, 2000.

ANDRADE, L. R. **A FE no SUS**: Fundação Estatal como proposta de gestão do trabalho para Estratégia de Saúde da Família na Bahia. 130 p. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2009.

ANDRADE, L.R., TEIXEIRA, M., MACHADO, C.V. **Gestão do trabalho na Atenção Básica**: A proposta da Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 47, p. 65-76, maio 2012.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 14ª Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **O Caracol e sua Concha** ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. São Paulo: Boitempo, 2005.

_____. **Os sentidos do trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª ed. São Paulo: Boitempo, 2009.

BAHIA, Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Fundação Estatal Saúde da Família**: proposta para debate. 2ª versão. Salvador: Secretaria de Saúde do Estado da Bahia, 2007.

_____. **Plano Estadual de Saúde 2007-2010**. *Revista Baiana de Saúde Pública / Secretaria da Saúde do Estado da Bahia*. - v.33, supl. 1, nov. 2009

BEHRING, E. R. **Brasil em contra-reforma**: desestruturação do Estado e perda de direitos. 2ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

BOLTANSKI, L; CHIAPELLO, E. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

BRESSER PEREIRA, L. C.; GRAU, N. C. **O Público Não-Estatal na Reforma do Estado**. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1999.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

_____. **Saúde Paidéia**. São Paulo: Hucitec, 2003.

_____. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? **Ciência & Saúde Coletiva**, 12(2):301-306, 2007.

CARVALHO, J. M. **Cidadania no Brasil**: o longo caminho. 13ª Ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

CHESNAIS, F. **A Emergência de um regime de acumulação mundial**. Praga – Estudos Marxistas, n. 3. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. Mundialização: o capital financeiro no comando. Publicado originalmente em **Les Temps Modernes**, (nº 607), 2000. In: Revista Outubro nº 05, 2001.

COSTA, L. C. **Os impasses do estado capitalista**: uma análise sobre a Reforma do Estado no Brasil. São Paulo: Cortez, 2006.

DANTAS NETO, P. F. “Surf” nas ondas do tempo: do carlismo histórico ao carlismo pós-carlista. **Caderno CRH**, Salvador, n 39, 213-255, jul/dez 2003.

_____. **Mudança Política na Bahia**: circulação, competição ou pluralismo de elites? Disponível em www.fundaj.gov.br/observanordeste. Acessado em 19 de janeiro de 2012.

DRUCK, G. FRANCO. T. A ALCA e as principais implicações para o trabalho e a saúde dos trabalhadores. **Ciência & Saúde Coletiva**, 8 (4): 875-855, 2003.

DRUCK. G. Flexibilização e Precarização: formas contemporâneas de dominação do trabalho. In: **Caderno CRH**, Salvador, n. 37, p. 11-22, jul./dez. 2002.

_____. Globalização, reestruturação produtiva e movimento sindical. **Caderno CRH**, Salvador, n.24/25, p.21-40, jan./dez. 1996.

_____. Trabalho, Precarização e Resistências: novos e velhos desafios? **Caderno CRH**, Salvador, v. 24, n. spe 01, p. 35-55, 2011.

Fundação Estatal de Saúde da Família. **A Bahia unida por um novo caminho para a saúde da família**. Salvador: FESF-SUS, 2009.

FRANCO, T. B.; PINTO, H. **Fundações estatais como dispositivo para a desprivatização**. Publicado em 13/09/2007 e acessado em 30 de maio de 2011 na página eletrônica www.democraciasocialista.org.br.

GIRARDI, S. N. O Perfil do “Emprego” em Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, RJ, 2 (4): 423-439, out/dez, 1986.

_____. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 14, p. 23-32, 1996.

_____. **Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família**. Belo Horizonte: Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado NESCON/UFMG, 2007.

GRANEMANN, S. **Fundações Estatais**: projeto de estado do capital. In: SOUZA, M. I. B. Política de Saúde na atual conjuntura: modelos de gestão e agenda para a saúde. Rio de Janeiro: UERJ, Rede Sirius, 2007. p. 43-49.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**. Uma pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural. 10^a ed. São Paulo: Edições Loyola, 2001.

HIRATA, H.; PRÉTECEILLE, E. Trabalho, exclusão e precarização sócio-econômica: o debate das Ciências Sociais na França. **Caderno CRH**, Salvador, n. 37, p. 47-80, jul./dez. 2002.

JESSOP, B. **The future of Capitalist State**. Cambridge: Polity Press, 2002.

KALLEBERG, A. L. O Crescimento do Trabalho Precário: um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, Vol. 24, Nº 69, fev 2009, p. 21-30.

LOJKINE, J. **A Revolução Informacional**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **A Classe Operária em Mutações**. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

MARANHÃO, C. H. **Capital e Superpopulação Relativa**: em busca das raízes contemporâneas do desemprego e do pauperismo. In: BEHRING, E. R.; ALMEIDA, M. H. T. **Trabalho e Seguridade Social: Percursos e Dilemas**. 2 ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: FSS/UERJ, 2010.

MARCH, C. A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. **Tempus - Actas de Saúde Coletiva**, Vol. 5, No 1 (2011).

_____. **A contra-reforma do Estado e o trabalho em saúde nos serviços públicos: uma análise da realidade brasileira**. Acessado em 30 de maio de 2011 na página eletrônica www.alames.org.

MEHRY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. **Agir em Saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B.; PINTO, H. A. **Fundação Estatal e o Fortalecimento da Capacidade de Ação do Estado**. Publicado em 13/09/2007 e acessado em 30 de maio de 2011 na página eletrônica www.democraciasocialista.org.br.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 8ª Ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

_____. **Hermenêutica-Dialética como caminho do Pensamento Social**. In: MINAYO, M. C. S. **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. P. 83-108

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. **Saúde da Família no Brasil: Linhas Estratégicas para o Quadriênio 1999/2002 - Desenvolvimento de Recursos Humanos.** Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: equipe de referência e apoio matricial / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **O processo de trabalho em saúde.** In: MINISTÉRIO DA SAÚDE. Curso de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde: unidade de aprendizagem trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. Rio de Janeiro: Brasil, Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/curso_facilitadores_unidade_trabalho.pdf Acesso em 21 abr. 2012.

MINISTÉRIO DO PLANEJAMENTO, ORÇAMENTO E GESTÃO, Secretaria de Gestão. **Projeto Fundação Estatal – Principais Aspectos / Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.** Secretaria de Gestão – Brasília : MP, 2007.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social.** 5ª Ed. São Paulo: Cortez, 2008.

NESCON, UFMG. **Mercado de Trabalho dos Profissionais Médicos, Dentistas e Enfermeiros que atuam na Estratégia Saúde da Família na Bahia – Pesquisa com Gestores**. Belo Horizonte, 2009.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a Sociedade Civil**: temas éticos e políticos da gestão democrática. 2^a Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, R. P. **Perspectivas da Qualidade em Saúde**. Rio de Janeiro: Qualitymark Editora, 1994.

_____. **Bases normativas e conceituais da política de desprecarização e regularização do trabalho no SUS**. Brasília: UNB, 2004.

_____. Estabilidade e Flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. In: **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, Cebes, n. 14, 1996. p.18-22

PINTO, I. C. M. **Ascensão e queda de uma agenda governamental**: o caso das Organizações Sociais da Saúde na Bahia. 254 f. Tese (Doutorado em Administração). Escola de Administração, Universidade Federal da Bahia, 2004.

PINTO, I. C. M.; TEIXEIRA, C. F. Formulação da Política de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde: o caso da Secretaria Estadual de Saúde da Bahia, Brasil, 2007-2008. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 27(9):1777-1788, set, 2011.

POCHMANN, M. **O emprego no desenvolvimento da nação**. São Paulo: Boitempo, 2008.

SALGADO, V. A. B. **Considerações sobre a fundação estatal sob a ótica da gestão pública.** In: SANTOS, L. *Fundações Estatais: Estudos e Parecer.* Campinas, SP: Saberes Editora, 2009. p. 187-216

SALVADOR, Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2010-2013.** Salvador: Secretaria Municipal de Saúde, 2010.

SANTOS, L. **SUS: O espaço da gestão inovada e dos consensos interfederativos.** Aspectos jurídicos, administrativos e financeiros. 2ª Ed. Campinas, SP: Editora Saberes, 2009.

SARAMAGO, J. **A Caverna.** São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

SCHEFFER, M. **Demografia Médica no Brasil.** São Paulo: Conselho Federal de Medicina, Conselho Regional de Medicina do estado de São Paulo, 2011.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em Ciências Sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA

Título do Projeto: “As mudanças no trabalho em saúde e os direitos sociais do trabalhador: a Fundação Estatal de Saúde da Família do estado da Bahia”

Pesquisador Responsável: Felipe Proença de Oliveira.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Estamos realizando um estudo com o objetivo de investigar como o modelo de gestão da Fundação Estatal de Saúde da Família do estado da Bahia incorpora a garantia dos direitos sociais do trabalhador. Essa pesquisa se faz importante pela necessidade de analisar os novos modelos de gestão para o SUS, especificamente as Fundações Estatais de Direito Privado, de forma mais aprofundada do ponto de vista acadêmico. Com isso espera-se contribuir para o debate sobre caminhos possíveis para avançar mais ainda na implantação de um sistema público e integral de saúde. Nesse trabalho, coletaremos os dados utilizando um gravador de áudio, durante a realização de entrevistas. Informamos que esta pesquisa não oferece prováveis riscos à saúde, nem qualquer meio de discriminação aos participantes do estudo. Sua participação é voluntária, sendo garantido o direito de desistir da pesquisa, em qualquer tempo, sem que essa decisão o prejudique. Todas as informações obtidas em relação a esse estudo permanecerão em sigilo, assegurando proteção de sua imagem e respeitando valores morais, culturais, religiosos, sociais e éticos. Os resultados dessa pesquisa poderão ser apresentados em congressos ou publicações científicas, porém sua identidade não será

divulgada nestas apresentações, nem serão utilizadas quaisquer imagens ou informações que permitam a sua identificação.

Esperando contar com o seu apoio, desde já agradeço a sua colaboração.

Contato com o pesquisador responsável:

Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar para o pesquisador Prof. Felipe Proenço de Oliveira. Telefone: (83) 88041180. Endereço: Rua Bancário Elias Feliciano Madruga, nº 770 – Altiplano. João Pessoa – PB. CEP: 58046-088. E-mail: proenco@hotmail.com

Atenciosamente

A coordenação de Pesquisa

AUTORIZAÇÃO

Após ter sido informado sobre a finalidade da pesquisa **“As mudanças no trabalho em saúde e os direitos sociais do trabalhador: a Fundação Estatal de Saúde da Família do estado da Bahia”**, **AUTORIZO** a utilização dos dados por mim fornecidos.

Salvador, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do voluntário da pesquisa

Felipe Proenço de Oliveira

RELATÓRIO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DO(A) MESTRAND(O)A

FELIPE PROENÇO DE OLIVEIRA

No dia 20 de agosto de 2012, às 9h, no Auditório do NUSP, Núcleo de Saúde Pública da Universidade Federal de Pernambuco, os professores: Heloísa Maria Mendonça de Moraes (Doutor(a) do Departamento de Medicina Social da UFPE – Orientador(a)) Membro Interno, Eliana Monteiro Moreira (Doutor(a) Departamento de Sociologia da UFPB) Membro Externo e Garibaldi Dantas Gurgel Junior (Doutor(a) do Departamento de Saúde Coletiva do CPqAM/FIOCRUZ) Membro Externo, componentes da Banca Examinadora, em sessão pública, argüíram o(a) mestrando(a) Felipe Proenço de Oliveira, sobre a sua Dissertação intitulada: "**As mudanças no Trabalho em Saúde e os Direitos do Trabalhador. A Fundação Estatal de Saúde da Família do Estado da Bahia**". Ao final da argüição de cada membro da Banca Examinadora e resposta do (a) Mestrando (a), as seguintes menções foram publicamente fornecidas.

Profa. Dra. Eliana Monteiro Moreira

Prof. Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior

Profa. Dra. Heloísa Maria Mendonça de Moraes

Profa. Dra. **Eliana Monteiro Moreira**

Prof. Dr. **Garibaldi Dantas Gurgel Junior**

Profa. Dra. **Heloísa Maria Mendonça de Moraes**