



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO - UFPE**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTEGRADO EM SAÚDE COLETIVA**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: POLÍTICA, PLANEJAMENTO E GESTÃO EM**  
**SAÚDE**

**RAQUEL SANTOS DE OLIVEIRA**

**PRECARIZAÇÃO E INTENSIFICAÇÃO DO TRABALHO NA**  
**ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: UM ESTUDO COM CIRURGIÕES-**  
**DENTISTAS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES**  
**ODONTOLÓGICAS**

**RECIFE - PE**

**2010**

**RAQUEL SANTOS DE OLIVEIRA**

**PRECARIZAÇÃO E INTENSIFICAÇÃO DO TRABALHO NA  
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL: UM ESTUDO COM CIRURGIÕES-  
DENTISTAS DOS CENTROS DE ESPECIALIDADES  
ODONTOLÓGICAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Área de Concentração: Política, planejamento e gestão em saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Heloísa Maria Mendonça de Moraes

RECIFE - PE

2010

Oliveira, Raquel Santos de

Precarização e intensificação do trabalho na atenção à saúde bucal: um estudo com cirurgiões-dentistas dos centros de especialidades odontológicas / Raquel Santos de Oliveira. – Recife : O Autor, 2010.

171 folhas ; Il., fig. e quadro; 31 cm.

Orientador: Heloísa Maria Mendonça de Moraes.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco. CCS. Saúde Coletiva, 2010.

Inclui bibliografia e anexos.

1. Saúde bucal. 2. Trabalho em saúde. 3. Flexibilização. 4. Precarização. 5. Intensificação. I. Moraes, Heloísa Maria Mendonça de. I. Título.

617.601

CDD (20.ed.)

UFPE

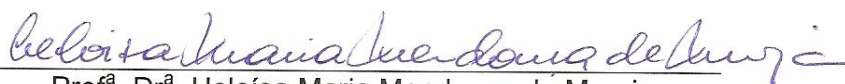
CCS2011-04

RAQUEL SANTOS DE OLIVEIRA

**PRECARIZAÇÃO E INTENSIFICAÇÃO DO TRABALHO NA ATENÇÃO À  
SAÚDE BUCAL: UM ESTUDO COM CIRURGIÕES-DENTISTAS DOS  
CENTROS DE ESPECIALIDADES ODONTOLÓGICAS**

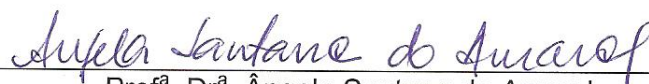
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Departamento de Medicina Social do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

**COMISSÃO EXAMINADORA**



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Heloísa Maria Mendonça de Moraes  
Departamento de Medicina Social – UFPE

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



Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Ângela Santana do Amaral  
Departamento de Serviço Social - UFPE

Aprovada em 01 de dezembro de 2010

RECIFE – PE

2010

## **AGRADECIMENTOS**

### ***A minha mãe Glória,***

Uma mulher forte, dedicada, que enfrentou todos os desafios da vida para possibilitar o melhor para seus filhos. Agradeço por toda sua doação e encorajamento, por ter compartilhado comigo todos os meus sonhos, sempre acompanhando atenta e carinhosamente o meu processo de crescimento. Amo-te infinitamente.

### ***Ao meu pai Carlos,***

Por ter possibilitado todas as conquistas. E mesmo não compreendendo as minhas posições ideológicas, sempre me apoiou e me deu suporte para eu vencer as barreiras. Meu eterno agradecimento.

### ***Aos meus irmãos, Viviane e David,***

Cada qual com suas características, mas comuns entre nós a união e a capacidade de enfrentarmos as adversidades da vida. Vocês serão sempre meus grandes e eternos amigos. Agradeço pelo incentivo, apoio, carinho, empenho, solidariedade e lealdade em todos os momentos. Sou imensamente feliz por poder compartilhar a vida com vocês.

### ***Ao meu precioso amor, Bruno***

As minhas palavras serão insuficientes para expressar tudo o que você representa para mim. Agradeço a Deus, ao destino, à coincidência, por ter possibilitado o nosso encontro. Ao seu lado, meu projeto de vida e de companheiro faz todo o sentido. Obrigada pelo ombro amigo, pelo amor e toda sua dedicação em todos os momentos da minha vida. Que possamos continuar a construir a nossa história sempre alicerçada na verdade, lealdade e companheirismo.

### ***A minha orientadora, Heloísa***

A grande responsável por esse trabalho instigante e transformador. Com sua sabedoria, dedicação, incentivo, provocações, ensinamentos e valiosas leituras, me fez perceber que eu poderia ir mais além, sempre acreditando que eu seria capaz. Agradeço pela oportunidade e possibilidade de um desenvolvimento intenso em busca do conhecimento, por sua preciosa dedicação, orientação e respeitosa amizade. Serei sempre sua grande admiradora e amiga.

***Ao meu amigo e orientador, Paulo Sávio,***

O responsável pela minha grande descoberta: a Saúde Coletiva. Agradeço por todos os seus ensinamentos, por ter me mostrado o caminho a seguir, e acima de tudo, por me ajudar a trilhá-lo. Leal companheiro, amigo de todas as horas, obrigada por tudo.

***A Nilcema Figueiredo,*** pela amizade, acolhida, carinho e confiança. Agradeço pelo incentivo e eterno apoio.

***A todos os professores do curso do mestrado,*** que compartilharam essa jornada e possibilitaram a construção do ensino científico.

***A Luci Praciano,*** pela acolhida no curso, esteve sempre presente e disposta em nos servir. Admiro sua força e coragem para enfrentar os obstáculos da vida.

***A Ione Magalhães,*** por todo seu incentivo e carinho. Saiba que admiro e prezo muito por sua amizade e confiança em mim. Agradeço a você e todos que compartilharam comigo essa jornada. Que os laços de família e amizade se fortaleçam a cada dia.

***A minha avó, Iolanda e meu tio José da Paz e familiares***

Vocês que acompanharam no dia a dia essa trajetória, agradeço pela sincera torcida. Obrigada por todo carinho e por sempre acreditarem nos meus propósitos

***A Anna Flávia e Maria Luiza,*** cunhada e sobrinha, que estão sempre ao meu lado, me fortalecendo. Meus dias são muito mais alegres com vocês.

***Aos queridos amigos,*** companheiros do mestrado, Jarbas Nunes, Marcela Lucena, Marina Rosas, Mário Roberto, Raquel Aquino, Mônica Oliveira, Dirce Pereira, Moreira, pelas conversas proveitosas e pelo convívio saudável e prazeroso.

Às amigas, ***Luciana Barreto, Juliana Neves e Gabriela Gaspar*** por entender essa típica ariana e compartilharam comigo grandes momentos.

***Aos coordenadores de saúde bucal dos municípios incluídos na pesquisa:*** Ana Carla, Arnon, André, Bruno, Bruno Cezar, Mário Sérgio, Patrícia Flora, Paulo César, Rosana, Sandra, pelo acolhimento e por terem possibilitado a realização dessa pesquisa, meus sinceros agradecimentos.

**As professoras Ângela Amaral e Maria Augusta Tavares,** agradeço pela disponibilidade, atenção e pelas preciosas considerações e ensinamentos.

**A todos os cirurgiões-dentistas** que fizeram parte dessa investigação e que contribuíram muito para o processo de conhecimento. Obrigada pela atenção.

À instituição pública que possibilitou a construção dessa pesquisa, **Universidade Federal de Pernambuco,** pela concessão da Bolsa REUNI de assistência ao ensino e, em especial, aos integrantes do Programa de Pós-Graduação Integrado em Saúde Coletiva.

*“Não se acostume com o que não o faz feliz, revolte-se quando julgar  
necessário.  
Alague seu coração de esperanças, mas não deixe que ele se afogue nelas.  
Se achar que precisa voltar, volte!  
Se perceber que precisa seguir, siga!  
Se estiver tudo errado, comece novamente.  
Se estiver tudo certo, continue.  
Se sentir saudades, mate-a.  
Se perder um amor, não se perca!  
Se o achar, segure-o!”*

**Fernando Pessoa**

*“Uma idéia torna-se uma força material quando ganha as  
massas organizadas”.*

**Karl Marx**

## RESUMO

**Introdução:** Sob a égide do paradigma neoliberal, alicerçado no processo de desregulamentação dos mercados de capitais e do trabalho e em medidas de ajuste com cortes no financiamento das políticas sociais, a sociedade contemporânea vivencia a desconstrução do universo laboral. No Brasil, no cenário da Reforma do Estado foram implantadas modalidades contratuais baseadas na flexibilização do trabalho, o que conduziu a uma situação crescente de vínculos precários no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), inclusive na Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB). **Objetivo:** Investigar os fenômenos da precarização e da intensificação do trabalho dos cirurgiões-dentistas trabalhadores dos Centros de Especialidades Odontológicas (CEOs)/SUS e a possibilidade de essas condições interferirem no modo como desenvolvem suas práticas profissionais no âmbito da atenção à saúde bucal. **Metodologia:** Estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa. O material empírico foi obtido por meio de entrevistas semi-estruturadas, resguardando-se um espaço para o relato livre dos informantes, sendo utilizada a abordagem dialética para a análise dos dados. O estudo de campo foi realizado nos CEOs localizados nos municípios da Região Metropolitana do Recife. **Resultados:** Dos 118 cirurgiões-dentistas alocados nos 13 CEOs investigados, mais da metade possuíam vínculos temporários com os respectivos municípios. A precarização está presente nos serviços municipais de saúde bucal e a intensificação é um fato do cotidiano dos entrevistados constituindo-se, ambos, problemas sociais relevantes. **Conclusões:** Vínculos instáveis, poucos salários, insatisfação profissional, descompromisso com a assistência, má qualidade da prestação dos serviços, são fenômenos reais encontrados nos CEOs, resultando em evidentes prejuízos para a sociedade e para os trabalhadores. A esse quadro não fica imune, decerto, o desenvolvimento da PNSB.

**Palavras - chave:** Saúde bucal; trabalho em saúde; flexibilização; precarização; intensificação.

## ABSTRACT

**Introduction:** Under the aegis of the neoliberal paradigm, grounded in the deregulation process of capital and labor markets, and in adjustment measures with funding cuts for social policies, contemporary society has been experiencing the deconstruction of the working world. In Brazil, within the context of State Reforms, there has been an implantation of contractual models based on flexibilization of labor, leading to an ever increasing situation of precarious work ties within the Brazilian public health system (known as SUS), including the National Oral Health Policy (PNSB). **Objective:** To investigate the phenomena of both the precarization and intensification of work experienced by dental surgeons at the Centers of Dental Specialties (CEOs)/SUS, and the possibility that these conditions may interfere with how these professional practices are developed within oral healthcare. **Methodology:** A descriptive, exploratory, qualitative study. Empirical material was obtained through semi-structured interviews, with a space provided for any comments the informants wished to make, using a dialectical approach in order to analyze the data. The field study was conducted at local municipal council Centers of Dental Specialties within the Metropolitan Region of Recife. **Results:** Of the 118 dental surgeons allocated to the 13 investigated Centers, more than half were employed on a temporary basis by the respective municipal councils. The precarization of working conditions was encountered in the municipal oral healthcare services and the intensification of work has become a daily reality for those interviewed. Thus, both of these issues constitute very relevant social problems. **Conclusions:** Unstable work ties, meager salaries, professional dissatisfaction, a lack of commitment to attending, poor quality of service, are all real phenomena encountered at the Dental Centers, the result of which is that both society and workers are severely jeopardized. It is also apparent that the development of the National Oral Health Policy is no less immune to the situation.

**Keywords:** Oral health; work in health; flexibilization; precarization; Intensification.

## LISTA DE QUADROS

|                                                                                                                                      |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Quadro 1</b> – Relação dos CEOs da Região Metropolitana do Recife e seus respectivos tipos e números de cirurgiões-dentistas..... | 91 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## LISTA DE TABELAS

|                                                                                                                                                                                 |     |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| <b>Tabela 1</b> - As Dez Unidades da Federação com maior número de cirurgiões-dentistas/ Brasil 2008.....                                                                       | 65  |
| <b>Tabela 2</b> – Frequência e percentual do Perfil dos cirurgiões-dentistas dos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil, 2010.....                                      | 95  |
| <b>Tabela 3</b> – Frequência e percentual da variável relacionada à forma de Contratação dos cirurgiões-dentistas dos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil, 2010..... | 102 |
| <b>Tabela 4</b> – Frequência e percentual da variável relacionada à precarização do trabalho nos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil, 2010.....                      | 104 |
| <b>Tabela 5</b> – Frequência e percentual da variável relacionada às condições de trabalho nos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil, 2010.....                        | 129 |
| <b>Tabela 6</b> – Frequência e percentual da variável relacionada à intensificação do trabalho nos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil, 2010.....                    | 134 |
| <b>Tabela 7</b> – Frequência e percentual da variável relacionada à intensificação do trabalho nos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil, 2010.....                    | 135 |
| <b>Tabela 8</b> – Frequência e percentual da variável relacionada à intensificação do trabalho nos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil, 2010.....                    | 138 |

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|                                                                                                            |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| <b>Figura 1</b> – Participação por gênero em algumas categorias profissionais de saúde - Brasil, 2000..... | 96 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

ABO - Associação Brasileira de Odontologia  
APCD - Associação Paulistana de Cirurgião-dentista  
CEOs - Centros de Especialidades Odontológicas  
CD - Cirurgião-dentista  
CFO - Conselho Federal de Odontologia  
CNS - Conferência Nacional de Saúde  
CNSB - Confêrencia Nacional de Saúde Bucal  
CLT- Consolidação das Leis do Trabalho  
DORT- Distúrbios Osteo-musculares Relacionados ao Trabalho  
ESB - Equipes de Saúde Bucal  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística  
INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social  
MS - Ministério da Saúde  
NESCON - Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva da UFMG  
LBD - Lei de Diretrizes de Bases Educacionais  
LER- Lesão por Esforço Repetitivo  
OIT- Organização Internacional do Trabalho  
OPAS - Organização Panamericana de Saúde  
PEA - População Economicamente Ativa  
PNAD - Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio  
PNSB - Política Nacional de Saúde Bucal  
PNCCSF- Programa Nacional de Controle de Cárie Dental com Uso de Selantes e Flúor  
PRECAD - Programa Nacional de Prevenção de Cárie  
PSF - Programa Saúde da Família  
SESP - Serviço Especial de Saúde Pública

## SUMÁRIO

|                                                                                                                                                               |           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO.....</b>                                                                                                                           | <b>15</b> |
| <b>CAPÍTULO II – OBJETIVOS.....</b>                                                                                                                           | <b>21</b> |
| <b>OBJETIVO GERAL.....</b>                                                                                                                                    | <b>21</b> |
| <b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....</b>                                                                                                                             | <b>21</b> |
| <b>CAPÍTULO III – BASES CONCEITUAIS DA PESQUISA.....</b>                                                                                                      | <b>22</b> |
| <b>3.1 Transformações na esfera do trabalho no cenário da reestruturação produtiva.....</b>                                                                   | <b>22</b> |
| <b>3.1.1 A crise do capital.....</b>                                                                                                                          | <b>22</b> |
| <b>3.1.2 Reestruturação Produtiva: a resposta do capital a sua crise estrutural e os novos contornos que configuram o mundo do trabalho.....</b>              | <b>26</b> |
| <b>3.2 Manifestações fenomênicas da flexibilização no mundo da produção de mercadorias e de serviços: a precarização e a intensificação do trabalho .....</b> | <b>39</b> |
| <b>3.2.1 O Fenômeno Global da Flexibilização .....</b>                                                                                                        | <b>39</b> |
| <b>3.2.2 Desvendando o desenvolvimento da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo.....</b>                                                      | <b>43</b> |
| <b>3.3 Enfocando a saúde bucal: a política nacional e a organização do trabalho .....</b>                                                                     | <b>56</b> |
| <b>3.3.1 A Política Nacional de Saúde Bucal.....</b>                                                                                                          | <b>68</b> |
| <b>3.3.2 Configuração atual da organização do trabalho na atenção à saúde bucal.....</b>                                                                      | <b>74</b> |
| <b>CAPÍTULO IV – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO EMPÍRICO.....</b>                                                                                      | <b>85</b> |
| <b>4.1 Tipologia do estudo .....</b>                                                                                                                          | <b>87</b> |
| <b>4.2 Cenário, localização e universo da pesquisa .....</b>                                                                                                  | <b>89</b> |
| <b>4.3 Coleta e análise de dados.....</b>                                                                                                                     | <b>92</b> |
| <b>4.4 Critérios de inclusão .....</b>                                                                                                                        | <b>92</b> |

|                                                                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| 4.5 Abordagem aos participantes da pesquisa .....                                                                                | 93         |
| 4.6 Considerações éticas.....                                                                                                    | 93         |
| <b>CAPÍTULO V – PRECARIZAÇÃO E INTENSIFICAÇÃO DO TRABALHO: uma realidade no setor público odontológico .....</b>                 | <b>94</b>  |
| 5.1 Caracterização da força de trabalho.....                                                                                     | 94         |
| 5.2 Evidências da precarização do trabalho nos CEOs .....                                                                        | 100        |
| 5.2.1 Os arranjos atuais da precarização: para onde apontam as respostas dos entrevistados? .....                                | 101        |
| 5.2.2 A compreensão do estado de precarização do trabalho e as implicações do fenômeno na Política Nacional de Saúde Bucal ..... | 117        |
| 5.3 Evidências da intensificação do trabalho na vida dos odontólogos que trabalham nos CEOs .....                                | 133        |
| 5.4 As repercussões da precarização e da intensificação do trabalho nas vidas dos entrevistados .....                            | 141        |
| <b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>                                                                                                | <b>148</b> |
| <b>REFERÊNCIA .....</b>                                                                                                          | <b>151</b> |
| <b>ANEXOS</b>                                                                                                                    |            |
| ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa                                                                                 |            |
| ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido                                                                             |            |
| ANEXO C – Instrumento de Pesquisa                                                                                                |            |

## CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO

A pesquisa que ora se propõe, pretende explorar particularmente, as mudanças que vem ocorrendo no trabalho em odontologia, considerando as transformações mais amplas da esfera do trabalho no cenário da reestruturação produtiva.

A reestruturação produtiva, enquanto manifestação cíclica das crises do capitalismo pode ser entendida como uma das alternativa de solução à crise fordista, que vigorou praticamente ao longo de todo o século XX, cuja proposta está alicerçada em políticas macroeconômicas que tem como objetivo de adequar o terreno para um novo processo de padrão produtivo flexível: o toyotismo. Esse processo de reestruturação do capital, com vistas à recuperação do seu ciclo reprodutivo, trouxe, entre tantas outras consequências, inflexões no mundo do trabalho.

Para Mota (2000, p. 28 e 29), as mudanças decorrentes da reestruturação produtiva, sobretudo as que são orientadas pela flexibilização, alteram substantivamente a formação do mercado de trabalho ou, numa linguagem coloquial, o mercado de trabalho, via desemprego, terceirização, precarização do trabalho e dos vínculos formais de trabalho.

Antunes (2007a, p. 15) acrescenta que essas transformações que a classe trabalhadora vem sofrendo ocorrem tanto nos países centrais como no Brasil, e destaca que quase um terço da força humana disponível para o trabalho, em escala global, ou se encontra exercendo trabalhos parciais, precários, temporários, ou já vivenciam a barbárie do desemprego. Mais de um milhão de homens e mulheres padecem as vicissitudes do trabalho precarizado, instável, temporário, terceirizado, quase virtual.

Um dos autores que vem trabalhando intensivamente essas questões é o pensador húngaro István Mészáros, discípulo de Lukács, um dos principais teóricos contemporâneos da Escola de Budapeste. Para Amadeo (2006, p. 78), Mészáros explora um marxismo da terceira época que busca entender a forma do processo pelo qual o capitalismo, como forma mais recente de produção do capital, sucede a integração global e leva a seu limite o capital como modo de controle, regulando a totalidade das relações sociais.

Outros autores serão visitados no percurso da pesquisa, sobretudo os que vêm trabalhando o impacto da reestruturação produtiva no Brasil. Para Antunes (2007a, p. 14), a nova morfologia do trabalho compreende desde o operariado industrial e rural clássico, em via de retração, até os assalariados de serviços, os novos contingentes de homens e mulheres terceirizados, subcontratados, temporários que se ampliam. Diz o autor:

“No Brasil, esse quadro é ainda mais grave. Pudemos presenciar, durante nossa década de *desertificação neoliberal*, simultaneamente, tanto as desregulamentações nas mais distintas esferas do mundo do trabalho e da produção como uma significativa reestruturação produtiva em praticamente em todo o universo industrial e de serviços, consequência da nova divisão internacional do trabalho que exigiu mutações tanto no plano da organização societária da produção como nos processos de reterritorialização e desterritorialização da produção, entre tantas outras consequências” (Ibidem, p. 14).

De acordo com Pochmann & Antunes (2007, p. 202): “o cenário aberto pelo neoliberalismo e pela reestruturação produtiva de amplitude mundial, proliferaram as distintas formas de flexibilização: salarial, de horário, funcional ou organizativo, entre outros exemplos.

Na mesma direção, Tavares (2004, p.19 e 24) esclarece que o caráter flexível da informalidade caminha lado a lado com o crescente desaparecimento das regulações que caracterizam o trabalho formal. E esse fenômeno, em nada modifica a contradição capital-trabalho, ou seja, a subordinação do trabalho ao capital.

O fenômeno mundial da flexibilização, introduzido pelo paradigma da acumulação flexível, descrito por Harvey, tem deletérias implicações para o universo laboral, pois, impreterivelmente leva ao processo de precarização e intensificação do trabalho, o que elucida uma condição de relacionalidade entre os dois fenômenos.

Nesse sentido, Thébaut-Mony & Druck (2007, p. 36) esclarecem que:

“A palavra flexibilidade esconde /mascara os fenômenos materiais reais dos quais é feita: a intensificação do trabalho, fragmentação dos coletivos de trabalho, instalação de um desemprego estrutural, recurso ao trabalho temporário e à subcontratação” [...]

Para as autoras a relação entre flexibilidade e precariedade pode ser apreendida no “lugar” em que elas estão indissoluvelmente ligadas e onde, portanto, desaparece a separação ou disjunção entre os dois fenômenos: a organização social do trabalho (ibidem, p. 37).

Outro fenômeno que está presente no universo laboral e que tem grande impacto para os trabalhadores da saúde é a intensificação do trabalho. Dal Rosso (2008, p. 45) argumenta que a sociedade contemporânea é sacudida por uma onda de exigências cada vez maiores sobre os assalariados por mais trabalho e mais resultados. Esse grau superior de envolvimento dos indivíduos pode ser físico, mental ou emocional; intensificar significa, resumidamente, aumentar a exploração do trabalho.

Os fenômenos expostos anteriormente podem ser vistos no âmbito da saúde. Em um estudo, ainda na década de 1980, Nogueira (1987) já apontava para uma *tendência de aumento da jornada de trabalho* e um crescente aumento de empregos, em *tempo parcial*, em detrimento dos de *tempo integral*. O autor argumenta que a acumulação de múltiplos postos de trabalho prejudica o rendimento dos profissionais de saúde e, em última instância, prejudica a qualidade dos serviços que são capazes de prestar.

Beaglehole & Dal Poz (2003); Dussault & Dubois (2003), esclarecem que a globalização ocasionou efeitos diretos e indiretos na força de trabalho em saúde de muitos países. Muitos desses efeitos são reflexos do enxugamento do Estado e conseqüente corte em programas sociais e de saúde, entre eles, citam-se: redução ou manutenção do contingente de trabalhadores em contexto de ampliação de demandas; deterioração das condições de trabalho e precarização do mercado; redefinição do papel do Estado, atuando mais como regulador e aumento da participação do setor privado na oferta de serviços.

No Brasil, a prática odontológica esteve longe de se caracterizar enquanto prática tradicionalmente instituída nos serviços públicos de saúde. Pelo contrário, “A atenção odontológica no serviço público brasileiro, nas últimas décadas, caracterizou - se por prestar assistência a grupos populacionais restritos, como os escolares. O restante da população ficava excluído e dependente de serviços meramente curativos e mutiladores (OLIVEIRA; SALIBA, 2005).

Nogueira (1987) inclusive pode constatar que havia uma discreta presença dos cirurgiões-dentistas nos serviços públicos de saúde, no final da década de 1980. E chama a atenção para o fato de que mais de 60% do emprego, entre 18 categorias, eram assumidos por médicos e atendentes. Enquanto isso, os odontólogos permaneciam num patamar de 4%, o que ilustrava bem a situação deplorável do atendimento odontológico-institucional.

De sorte que, no ano 2000, ao ampliar a atenção à saúde bucal da população, o Ministério da Saúde deu um salto importante na direção dos princípios do SUS. O incentivo financeiro para a inserção de Equipes de Saúde Bucal (ESB) no Programa Saúde da Família (PSF) foi estabelecido através da Portaria 1.444/GM de 2000 (BRASIL, 2002).

Assim, a expansão da atenção básica para a saúde bucal requereu a inclusão de cirurgiões-dentistas entre os trabalhadores das equipes de saúde da família. Ocorre que no contexto dos anos 2000 no qual se deu esse processo, estavam postas as condições macro-estruturais para o fenômeno por muitos denominados como flexibilização e precarização do trabalho (ANTUNES, 2007a; ANTUNES, 2008; BORGES, 2007; DRUCK & THÉBAUD-MONY, 2007; MÉSZARÓS, 2002; MÉSZARÓS, 2009).

Desse modo, a política de saúde bucal nasceu com a marca do trabalho terceirizado, subcontratado, sem proteção social. São reveladores os dados de Lourenço et al (2009) que apontam para a existência da precarização das relações de trabalho na atenção básica. A pesquisa foi realizada na ESF-Estratégia Saúde da Família com as Equipes de Saúde Bucal em 310 municípios no Estado de Minas Gerais, os dados demonstraram, no que se refere à forma de contratação dos cirurgiões-dentistas, que 21% das ESB referiram teste seletivo interno, 12%, concurso externo, 16,3%, credenciamento e 50,6% relataram outras formas como contrato, indicação política, nomeação, licitação, terceirização, contratos por cooperativas, contrato temporário, contrato de prestação de serviços, etc.

Desde março de 2004, o MS - Ministério da Saúde vem implantando a Política de Saúde Bucal do Governo Federal, conhecida como “Brasil Sorridente”, com o objetivo de ampliar o atendimento e melhorar as condições de saúde bucal da população brasileira. A política também incentiva o aumento

da oferta de procedimentos nos níveis secundário e terciário da atenção com a implantação dos CEOs- Centros de Especialidades Odontológicas (Brasil, 2004).

Os CEOs são serviços de atenção secundária devendo se constituir em unidades de referência para a Atenção Básica. Estão integrados ao processo de planejamento loco-regional que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor (FIGUEIREDO & GOES, 2009).

Considerando, pois, o cenário anteriormente descrito para o caso do trabalho na prática odontológica na atenção básica de saúde, esta pesquisa pretende explorar a inserção do cirurgião-dentista na rede de atenção secundária, para compreender de que modo estão se estruturando as relações e as condições de trabalho.

O pressuposto orientador desta investigação é que manifestações fenomênicas da precarização e da intensificação do trabalho ao se fazerem presentes no modo como se organiza a prática odontológica, repercutem sobre a vida dos profissionais e, em decorrência, devem interferir no desenvolvimento da Política Nacional da Saúde Bucal.

Ao buscar a literatura nacional poucos estudos foram encontrados dirigidos à compreensão desse problema. Mas não são poucas as evidências empíricas que apontam para a relevância do tema, seja porque os profissionais terminam expostos a condições de trabalho geradoras de morbidade, ou pelas consequências dessas condições sobre o resultado final dos trabalhos que realizam, ou ainda, pelas funções que ocupam no setor público ou privado.

É importante lembrar que uma oferta adequada das condições de trabalho e da garantia de direitos trabalhistas, inclusive os referentes à proteção social para os profissionais de saúde, são de inquestionável importância para a efetiva materialização dos princípios e diretrizes que regem o SUS (Sistema Único de Saúde), que tem como um dos “lemas” a prestação de serviços de qualidade. Importam igualmente ao trabalho humano no sentido de torná-lo uma atividade de auto-realização, emancipadora, transformadora, e não se reduzir simplesmente a um meio de prover a vida.

A força de trabalho em saúde ao vivenciar os dissabores da incerteza nas relações de trabalho, acrescidos de um trabalho realizado em serviços

inadequados, dificilmente adere às propostas do SUS, impedindo a construção de um Sistema Nacional de Saúde universal e integral. Presencia-se com frequência uma ineficácia na qualidade da assistência prestada e a não garantia do acesso universal aos serviços de saúde.

Cabe dizer ainda que uma das intenções deste estudo foi revelar a realidade de forma crítica, contextualmente situada. A autora rejeita, a priori, os preceitos das “novas” formas flexíveis do trabalho e suas deletérias consequências sociais.

Uma advertência àqueles que buscam pesquisas meramente descritivas, lineares, livres de julgamentos de valor e de pressupostos ideológicos; irão se decepcionar. Recusa-se a neutralidade, a imparcialidade, a não contextualização dos fatos, ou até mesmo aquelas pesquisas que não tentam, pelo menos não tentam, explicar as possíveis causas dos fenômenos sobre os quais se debruçam.

De modo oportuno Lowy (1987, p. 195 - 199) esclarece:

[...] “tanto a seleção do objeto da pesquisa como a aplicação técnica das descobertas científicas dependem dos interesses e concepções de classe e grupos sociais que financiam, controlam e orientam a produção científico-natural, assim como da ideologia ou visão social de mundos dos próprios pesquisadores”.

[...] “toda ciência implica opção. As visões sociais de mundo e valores intervêm também na análise empírica da causalidade, na determinação científica dos fatos e nas suas conexões, assim como na interpretação geral e na construção das teorias”.

Este trabalho se justifica, portanto, por todas as razões expostas, mas, fundamentalmente, pela escassez de estudos sobre o fenômeno da precarização e da intensificação do trabalho na prática odontológica. Trata-se de um tema cuja relevância política, econômica e social é inquestionável.

## **CAPÍTULO II – OBJETIVOS**

### **OBJETIVO GERAL**

- Investigar os fenômenos da precarização e da intensificação do trabalho dos cirurgiões-dentistas trabalhadores dos CEOs e a possibilidade de essas condições interferirem no modo como desenvolvem suas práticas profissionais no âmbito da atenção à saúde bucal.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Descrever o cenário da oferta de postos de trabalho para esses cirurgiões-dentistas e as possibilidades que se apresentam para suas inserções no mercado de trabalho, ressaltando os pressupostos da Política Nacional de Saúde Bucal;
- Investigar a ocorrência de precarização e intensificação do trabalho desses cirurgiões-dentistas, tentando identificar e caracterizar os efeitos dessas condições sobre suas vidas pessoais e profissionais, inclusive sobre a qualidade dos trabalhos que realizam;
- Compreender como as transformações detectadas na esfera do mundo do trabalho estão penetrando a implementação da Política Nacional de Saúde Bucal.

## CAPÍTULO III – BASES CONCEITUAIS DA PESQUISA

### 3.1 Transformações na esfera do trabalho no cenário da reestruturação produtiva

#### 3.1.1 A crise do capital

Pretendemos trazer, no texto a seguir, o debate sobre as transformações que ocorreram no universo do trabalho, no contexto da reestruturação produtiva, partindo do pressuposto da crise do capital, iniciada na década de 1970, enquanto processo primordial que vem afetando a totalidade do complexo social, sem a pretensão de sermos conclusivos, mas, sobretudo, para compreender as reais consequências da crise sobre a classe trabalhadora.

Nas palavras do filósofo húngaro István Mészáros (2007, p. 55):

“Vivemos em uma época de crise histórica sem precedentes, cuja severidade pode ser dimensionada pelo fato de não estarmos enfrentando uma crise cíclica mais ou menos ampla do *capitalismo*, tal como experimentada no passado, mas a crise estrutural cada vez mais profunda do próprio *sistema do capital*. Como tal, essa crise afeta - pela primeira vez na história - a totalidade da humanidade e, a fim de que a humanidade sobreviva, demanda mudanças fundamentais no modo de controle do metabolismo social”.

A lógica auto-expansiva do capital que se expressa pelo interesse exclusivo de sua auto-reprodução, não leva em consideração as necessidades humanas, assim, o capital resiste de forma destrutiva, ao que se interpuser em seu caminho, no sentido de ir de encontro ao objetivo de ampliar a produção da mais-valia. Nesse sentido, Mészáros assegura que:

“A tendência universalizadora do capital tem sido irresistível há muito tempo na história. Por isso, alguns clássicos da filosofia burguesa podiam conceituar – com certa justificativa – o “mal radical” como instrumento para realizar o bem. Contudo, para ver o mundo do ponto de vista do capital, eles teriam necessariamente que omitir as limitações históricas. Em si, o capital não é mau nem bom, mas “indeterminado” em relação aos valores humanos. No entanto, essa “indeterminação” abstrata, que o torna compatível com o progresso concreto sob circunstâncias históricas favoráveis, adquire uma destrutividade devastadora, quando as condições objetivas associadas

às aspirações humanas começam a resistir a seu inexorável impulso expansionista” (MÉSZÁROS, 2002, p. 252 - grifos do autor).

Prossigamos. É da natureza do capital não reconhecer qualquer medida de restrição, não importando o peso das implicações materiais dos obstáculos a enfrentar... “A degradação da natureza ou a dor da devastação social não têm qualquer significado para o seu sistema de controle sociometabólico, em relação ao imperativo absoluto de sua auto-reprodução numa escala cada vez maior” (MÉSZÁROS, 2002, p.252-253).

Devido a sua própria natureza auto-expansionista, no sentido de submeter o trabalho aos seus desígnios com o intuito de apropriar-se da mais-valia, o capital não aceita restrições à sua lógica nem se auto-limita. Nesse sentido, Mészáros (2002, p.251) afirma que “o capital em si é absolutamente incapaz de se impor limites, não importando as consequências, nem mesmo a eliminação total da humanidade”.

Os seres humanos são degradados e reduzidos, pelo capital, ao status de meros “custos de produção” como “força de trabalho necessária”, o capital pode tratar o trabalho vivo homogêneo como nada mais do que uma “mercadoria comercializável”, da mesma forma que qualquer outra, sujeitando-a as determinações desumanizadoras da compulsão econômica (MÉSZÁROS, 1998).

O autor aponta quatro aspectos principais da crise estrutural do capital: Primeiro, seu *caráter é universal*, a crise não é restrita a uma esfera particular, por exemplo, financeira ou comercial, nem afeta apenas alguns ramos particulares de produção, nem tampouco se aplica a este ou àquele tipo de trabalho; segundo, seu *alcance* é verdadeiramente *global*, não é limitado a um conjunto específico de países; terceiro, sua *escala de tempo* é extensa, contínua, permanente, em lugar de limitada e cíclica, como foram as crises passadas; e por fim, seu *modo* de se desdobrar poderia ser chamado de *rastejante*, pois a maquinária empenhada em ‘administrar a crise’ é posta em jogo com frequência crescente, porém com eficácia decrescente (MÉSZÁROS, 2002, p. 796).

Para ele, não há nada de novo em associar capital a crise, pois crises cíclicas de várias intensidades e durações é o modo natural de existência do

capital, sendo o modo de progredir para além de suas barreiras imediatas e, assim, ampliar com dinamismo perverso sua esfera de dominação e operação.

Mészáros esclarece que as três dimensões fundamentais do capital – produção, consumo e circulação/distribuição/realização – tendem a se fortalecer e se ampliar por um longo período; assim, são superadas com êxito as limitações imediatas de cada uma, graças à interação entre elas. E exemplifica: a barreira imediata para a produção é positivamente superada pela expansão do consumo e vice-versa. Os limites são vistos como barreiras a serem transcendidas, e as contradições imediatas são utilizadas como alavancas para o aumento exponencial no poder aparentemente ilimitado de autoprodução do capital. E segue: Não há como haver qualquer crise estrutural enquanto o mecanismo dessas três dimensões estiver funcionado normalmente, podendo haver outros tipos de crise, como as cíclicas, que não afetam as três dimensões (MÉSZÁROS, 2002, p.795-798). Ainda segundo o mesmo autor só se pode falar em crise estrutural quando:

[...] “a tripla dimensão interna da auto-expansão do capital exhibe perturbações cada vez maiores. Ela não apenas tende a romper o processo normal de crescimento, mas também pressagia uma falha na sua função vital de deslocar as contradições acumuladas do sistema”.

[...] “quando os interesses de cada uma deixam de coincidir com os das outras, até mesmo em última análise. A partir deste momento, as perturbações e “disfunções” antagônicas, ao invés de serem absorvidas/dissipadas/desconcentradas e desarmadas, tendem a se tornar cumulativas e, portanto, estruturais, trazendo com elas um perigoso complexo mecanismo de deslocamento de contradições” (Ibid., p.799).

Os reflexos da crise estrutural do capital, que teve início na década de 1970, podem ser vistos através da situação de privação das condições mais elementares de vida pela qual passa a maioria da população mundial, e podem ser demonstrados por meio do desemprego estrutural, do subemprego, da fome, do precário sistema de transporte público e de saúde, do baixo nível das condições de ensino e da deficitária situação de moradia daqueles que vivem em favelas, apesar das promessas liberais de pleno emprego e de progresso para todos e fim da pobreza, segundo postularam Walt Rostow e John Kenneth Galbraith (MÉSZÁROS, 2007, p. 125 -126).

No século XX, o capital respondeu à crise estrutural através da pouca participação do Estado no processo de reprodução socioeconômica, como uma saída para suas dificuldades e ignorando os perigos de longos prazos da solução adotada para a viabilidade do sistema.

No que diz respeito ao antagonismo do capital, Mészáros afirma:

“O sistema é antagônico até o mais fundo do seu âmago, por conta da subordinação estrutural hierárquica do trabalho ao capital, que usurpa totalmente - e deve sempre usurpar - o poder de decisão. Esse antagonismo estrutural predomina em todos os lugares, desde os menores “microcosmos” constitutivos até “macrocosmos” e abarca as mais abrangentes estruturas e relações produtivas. E, precisamente porque o antagonismo é estrutural, o sistema de capital é - e deve sempre permanecer – irreformável e incontrolável” (MÉSZARÓS, 2007, p. 57-58).

Ricardo Antunes recupera as reflexões de István Mészáros e explicita que: “O sistema de capital por não ter limite de expansão, acaba por converter-se numa processualidade incontrolável e profundamente destrutiva. Conformado pelo que Marx denomina de *mediações de segunda ordem* - quando tudo passa a ser controlado pela lógica da valorização do capital, sem que se leve em consideração os imperativos humanos - sociais vitais - a produção e o consumo supérfluos acabam gerando a corrosão do trabalho, com sua conseqüente precarização (MÉSZÁROS, 2009, p.11).

De forma precisa e suscita, Antunes (2008, p. 29-30) descreve um diagnóstico dessa crise. E esclarece que após um período longo de acumulação de capitais, ocorrido no apogeu do fordismo e da fase keynesiana, o capitalismo, a partir do início dos anos 70, começou a dar sinais de um quadro crítico que pode ser evidenciado pelos seguintes traços:

- 1) queda da taxa de lucro, devido ao aumento do preço da força de trabalho, conquistado durante o período pós-45 e pela intensificação das lutas sociais dos anos 60, que objetivaram o controle social da produção, acarretando uma redução dos níveis de produtividade do capital, acentuando a tendência decrescente da taxa de lucro;
- 2) esgotamento do padrão de acumulação taylorista/fordista de produção, dado pela incapacidade de responder à retração do consumo que se acentuava;

- 3) hipertrofia da esfera financeira, que ganhava relativa autonomia frente aos capitais produtivos, o que era expressão da própria crise do capital e seu sistema de produção, colocando o capital financeiro como campo prioritário para a especulação, na nova fase do processo de internacionalização;
- 4) maior concentração de capitais, devido à fusão entre as empresas monopolistas e oligopolistas;
- 5) crise do Welfare State, que acarretou a crise fiscal do Estado capitalista e a necessidade de retração dos gastos públicos e sua transferência para o capital privado;
- 6) acentuação da privatização, tendência generalizada às desregulamentações e a flexibilização do processo produtivo, dos mercados e da força de trabalho.

Ante a crise o capital iniciou um processo de reorganização do capital e de seu sistema ideo-político de dominação, evidenciado pelo advento do neoliberalismo, com a privatização do Estado, a desregulamentação dos direitos do trabalho e a desmontagem do setor produtivo estatal; a isso seguiu um intenso processo de reestruturação produtiva e do trabalho, com vista a dotar o capital do instrumental necessário para tentar repor os patamares de expansão anteriores (ANTUNES, 2008, p. 31).

### **3.1.2 Reestruturação Produtiva: a resposta do capital a sua crise estrutural e os novos contornos que configuram o mundo do trabalho**

Para muitos autores, a reestruturação produtiva tem sido propagada por como sendo a grande transformação no processo produtivo no final do século XX, com conseqüências funestas para o mundo do trabalho. Esse processo de reestruturação do capital objetivou a recuperação do seu ciclo produtivo e se deu de forma superficial, contudo, não se alteraram os pilares do modo de produção capitalista, que subsume o trabalho ao capital. Em tal conjuntura, destaque-se, entre outras conseqüências, a nítida diminuição no volume de empregos e o aumento significativo da parcela da população que não possui perspectivas de emprego estável.

Como respostas do capital à crise dos anos 70, intensificaram-se as transformações do processo produtivo, através do avanço tecnológico, da constituição das formas de acumulação flexível e das alternativas aos modos de produção fordista/taylorista, com destaque para o toyotismo (ANTUNES, 2008, p. 197).

Em circunstância de crise, a reorganização dos mercados e a reestruturação da produção são iniciativas próprias para o estabelecimento de um “novo equilíbrio” e têm como exigência básica a reorganização do papel das forças produtivas na recomposição do ciclo de reprodução do capital, afetando tanto a esfera da produção quanto as relações sociais. Para Mota & Amaral (2000, p. 27), este reordenamento expressa às estratégias utilizadas pelo capital em direção ao enfrentamento da crise e se dá através da reorganização do processo de produção de mercadorias e de realização do lucro. Trata-se da reorganização das fases do ciclo global da mercadoria e da criação sócio-políticas, culturais e institucionais necessários à manutenção do processo de reprodução social.

Garay (2009) descreve a reestruturação produtiva como sendo um termo que engloba o grande processo de mudanças ocorridas nas empresas e principalmente na organização do trabalho industrial nos últimos tempos, por meio da introdução de inovações tanto tecnológicas como organizacionais e de gestão, buscando alcançar uma organização do trabalho integrada e flexível.

Os países de capitalismo avançado vivenciaram profundas transformações no mundo do trabalho, nas suas formas de inserção na estrutura produtiva, nas formas de representação sindical e política. A classe-que-vive-do-trabalho<sup>1</sup> sofreu a mais aguda crise deste século, que não atingiu só sua materialidade, mas teve profundas repercussões na sua subjetividade. Mais que isso, esse fenômeno constituiu-se no motor para o aparecimento de correntes

---

<sup>1</sup> Por classe-que-vive-do-trabalho ou classe trabalhadora Antunes (2007a, p. 103) entende “todos aqueles e aquelas que vendem sua força de trabalho em troca de salário, incorporando, além do proletariado industrial, dos assalariados do setor de serviços, também o proletariado rural. Essa noção incorpora o proletariado precarizado, o subproletariado moderno, part time, o novo proletariado do Mc Donalds, os trabalhadores terceirizados das empresas, os trabalhadores assalariados da chamada “economia informal”, que muitas vezes são indiretamente subordinados ao capital, além dos desempregados, expulsos do processo produtivo e do mercado de trabalho pela reestruturação do capital. A classe trabalhadora hoje exclui, naturalmente, os gestores do capital, seus altos funcionários, ou ainda aqueles que, de posse de um capital acumulado, vivem de especulação e dos juros, excluindo também os pequenos empresários, a pequena burguesia urbana e rural proprietária”.

distintas no pensamento social universal e contemporâneo, tendo em vista a natureza axiológica da categoria trabalho (ANTUNES, 2008, p. 23).

Até os anos sessenta do século XX, o processo hegemônico de produção de mercadorias no modo de produção capitalista é aquele que combina os princípios da administração científica de Taylor com as inovações introduzidas por Ford, tais como a linha de montagem, a padronização dos componentes e a verticalização da produção (FARIAS & KREMER, 2004).

Como funcionava a empresa taylorista e fordista em seu processo produtivo? Nas palavras de Antunes & Pochmann (2007, p. 196) tratava-se de uma produção cronometrada, homogênea, de ritmo controlado, buscando, como disse Ford, “que a opção do consumidor fosse escolher entre um carro Ford preto modelo T ou um carro Ford preto modelo T”. Por ser homogênea, a produção dava-se em ritmo seriado e em linhas rígidas. Essa produção em massa favoreceria um barateamento dos preços, sendo ampliado, desse modo, o consumo também em massa, e, por conseguinte, incrementados os salários dos operários.

Outras características do modo de produção fordista e taylorista são descritas por Antunes (2008, p. 24; 2007, p. 36): *produção em massa*, através da linha de montagem e de produtos homogêneos; *trabalho parcelar* e pela *fragmentação das funções*; na decomposição das tarefas, que reduzia a ação operária a um conjunto repetitivo de tarefas cuja somatória resultava no trabalho coletivo produtor de veículos; *separação entre elaboração e execução* no processo de trabalho; existência de *unidades fabris concretas e verticalizadas* e pela constituição/ consolidação do trabalhador *coletivo fabril*.

É pertinente acrescentar ainda que esse modelo de produção tinha como uma de suas metas combater o “desperdício” na produção, racionalizando ao máximo as atividades realizadas pelos trabalhadores, reduzindo o tempo e aumentando o ritmo do trabalho, tendo em vista a ***intensificação das formas de exploração***. Uma importante observação é feita por Antunes, em suas palavras:

“Paralelamente à perda de destreza do labor operário anterior, esse processo de *desantropomorfização do trabalho* e sua conversão em apêndice da máquina-ferramenta dotavam o capital de maior

intensidade na extração do sobretrabalho. À mais-valia extraída *extensivamente*, pelo prolongamento da jornada de trabalho e do acréscimo da sua dimensão *absoluta*, intensificava-se de modo prevaiente a sua extração *intensiva*, dada pela dimensão relativa da mais-valia. A *subsunção real do trabalho ao capital*, própria da fase da maquinaria, estava consolidada”(ANTUNES, 2007, p. 37).

Com o acirramento da concorrência internacional e a globalização da economia, a partir da década de 70 esse padrão de acumulação de capital entrou em crise devido a fatores como a saturação do mercado de bens duráveis, a perda do poder aquisitivo, a entrada de novos países produtores, a formação de blocos regionais. Assim, começou-se a buscar novos padrões, novos modelos de organizações, para fazer frente a estes novos desafios de competitividade através dos quais as empresas poderiam sobreviver (GARAY, 2009b).

Um novo cenário no mundo produtivo foi consolidado mediante a chamada “reestruturação produtiva do capital sob a égide neoliberal”. Conforme descrevem Antunes & Pochmann (2007, p. 197) a pragmática neoliberal está alicerçada sob a regência do mundo do mercado, incentivando as privatizações e as desregulamentações de todo tipo, da economia às relações trabalhistas, do mundo financeiro às leis fiscais. Vale lembrar, entretanto, que a redução do Estado no âmbito produtivo e na prestação de serviços públicos foi substituída pelo fortalecimento da ênfase privatista do aparato estatal.

Com o declínio do modelo fordista de produção de mercadorias fazia-se necessário implementar novos mecanismos e formas de acumulação, capazes de oferecer respostas ao quadro crítico que se desenhava, movimento que David Harvey (1992) chamou de era da “acumulação flexível”. Conforme argumentam Antunes & Pochmann (2007, p. 198) tratava-se de garantir a acumulação, porém de modo cada vez mais flexível. Daí é que se gestou a chamada empresa flexível.

Sobre a “acumulação flexível” Harvey (1992, p. 140 e 148 apud ANTUNES, 2008, p. 28) esboça, de forma sintética, essa nova fase da produção: Para ele, padrão produtivo é “marcado por um confronto direto com a rigidez do fordismo. Ela se apóia na flexibilização dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrão de consumo. A acumulação

flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto dos setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego no chamado “setor de serviços”, bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então subdesenvolvidas”.

A cerca das considerações de Antunes (2008, p. 30) sobre a experiência da acumulação flexível, o autor esclarece que essa trouxe várias conseqüências e em várias direções, no entanto, foi o toyotismo ou “o modelo japonês”, que causou maior impacto, decorrente da revolução da técnica que operou na indústria japonesa, quanto pela potencialidade de propagação que alguns dos pontos básicos do toyotismo têm demonstrado que, hoje, atinge uma escala mundial.

Esse novo paradigma do modelo japonês, foi implementado pelos capitalistas em reação à crise do regime de acumulação fordista/taylorista, visando recuperar o seu ciclo produtivo e reverter à diminuição da taxa de lucro (CARVALHAL, 2004). Na mesma direção, Farias e Kremer (2004) apontam que o processo de reestruturação produtiva procura dotar os espaços fabris de características mais flexíveis para a produção de mercadorias, através da utilização de novas tecnologias físicas de base microeletrônica e pela implementação de novas formas de organização e gestão do trabalho, com especial ênfase no modelo toyotista.

Essa reestruturação produtiva fundamentou-se ainda no que o ideário dominante denominou como lean production, isto é, a empresa enxuta, a “empresa moderna”, a empresa que constrange, restringe, coíbe, limita o trabalho vivo, ampliando o maquinário tecno-científico, o que Marx denominou como trabalho morto. Ela redesenha cada vez mais a planta produtiva, reduzindo força de trabalho e ampliando sua produtividade (ANTUNES & POCHMANN, 2007, p. 198).

As transformações no mundo do trabalho não se dão com a mesma intensidade em todos os países e lugares, conseqüentemente, não determinam os mesmos aspectos e características na composição da força de trabalho em todo mundo, não a homogeneiza globalmente e sim a heterogeneiza cada vez mais enquanto força produtiva, complexificando a divisão social do trabalho a

partir das condições já existentes. Se de um lado requer uma força de trabalho qualificada, de outro, intensifica e acelera o aparecimento de novas atividades que exploram a força de trabalho precariamente, heterogeneizando suas classificações e qualificações sem, no entanto, por em questão a lógica da reprodução ampliada do capital, realizada na exploração do trabalho assalariado (GONÇALVES, 2009).

Ainda, no bojo dessas transformações, têm-se como resultados o desemprego em dimensão estrutural, a precarização ilimitada, a perda de direitos, o rebaixamento salarial e a intensificação da extração de trabalho de modo ampliado.

O fenômeno da intensificação do trabalho é uma condição intrínseca a todo e qualquer tipo de trabalho realizado nesta sociedade capitalista, que pode se dá em maior ou menor grau, porém, não se dá do mesmo modo em todos os ramos de atividades nem em todas as ocupações, existindo as particularidades inerentes a cada setor da divisão tripartite do trabalho. Na era da sociedade pós-industrial, o capitalismo na sua perversa ampliação da mais-valia, inexoravelmente, exige sempre algo a mais do trabalhador. A intensificação se refere à maneira como é executada a ação do trabalho, ao grau de consumo de energia, seja ela física, emocional ou intelectual.

Mota e Amaral (2000, p. 30) acrescentam, ainda, que, além do desemprego, da precarização do trabalho, dos salários e dos sistemas de proteção social, verifica-se para a classe trabalhadora a construção de outras formas de sociabilidade que estão relacionadas com a necessidade do capital de criar novas formas de subordinação do trabalho, que possibilitam flexibilizar a produção e intensificar a produtividade longe da tradição de conflitos que sempre permeou a relação entre patrões e empregados.

Os contornos mais gerais, que configuram a nova morfologia do trabalho, segundo Antunes (2008, p. 47) são: uma crescente redução da classe operária industrial; uma expansão do trabalho assalariado, devido à grande ampliação do assalariamento no setor de serviços; uma expressiva heterogeneização do trabalho, propagada também pela inclusão da mulher no mundo operário e uma subproletarização intensificada, em decorrência da expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, terceirizado. Resumidamente: “há uma

processualidade contraditória que, por um lado, reduz o operariado industrial e fabril; do outro, aumenta o subproletariado, o trabalho precário e o assalariamento no setor de serviços”.

Sabe-se que desde o início da reestruturação produtiva do capital, com a retração do binômio taylorismo/fordismo, vem ocorrendo **uma redução do proletariado** industrial, fabril, tradicional, manual, estável e especializado, herdeiro da era da indústria verticalizada de tipo taylorista e fordista (ANTUNES, 2007a, p. 18).

Dal Rosso (2008, p. 37) oferece uma análise sobre a atual redução do emprego no setor industrial, esclarecendo que as transformações tecnológicas tendem a afetar mais profundamente o trabalho industrial, substituindo mais velozmente o trabalho por máquinas e ultimamente por robôs inteligentes, conduzindo as sociedades em função das estruturas setoriais de seus empregos para a sociedade que podem ser descritas como serviços pelo fato de terem a maioria de sua força de trabalho ocupada nesse setor e não nas atividades industriais.

Nos discursos mais difundidos sobre as transformações econômicas em curso, muitas vezes resumidos em termos de mundialização ou globalização, a forte redução de empregos entre os operários aparece como uma consequência inevitável de uma dupla modernização: a introdução de novas tecnologias, que reduzem parte do trabalho vivo na produção material, e a evolução para a economia “pós-industrial”, com o crescimento do terciário, dos serviços, das “produções imateriais” (HIRATA & PRETÉCEILLE, 2002, p. 51).

Enquanto se reduz o proletariado industrial, é extremamente significativo **o aumento do novo proletariado fabril e de serviços ou do subproletariado**, presente nas diversas formas de trabalho precário e que são os trabalhadores temporários, subcontratados, “terceirizados”, part-time, vinculados à “economia informal”, entre outras modalidades (ANTUNES, 2007a, p. 18).

Esse processo atinge também, de forma diferenciada, os países subordinados de industrialização intermediária, a exemplo do Brasil, México, Coréia, entre tantos outros que, após a expansão do proletariado industrial nas décadas anteriores, começaram a presenciar, recentemente, um expressivo

processo de desindustrialização, tendo como consequência o crescimento do trabalho precarizado (ANTUNES, 2007, p.103).

No Brasil, em 2007, mais de 50% da população economicamente ativa encontrava-se em situação de informalidade (ANTUNES, 2007a, p. 17 e 19).

Nas palavras de Antunes: “O trabalho estável torna-se quase virtual. Estamos vivenciando, portanto a erosão do trabalho contratado e regulamentado, dominante no século XX”. Outra particularidade do universo laboral contemporâneo é o significativo aumento do trabalho feminino. Portanto, compreender a classe trabalhadora hoje significa perceber o significativo processo de feminilização do trabalho, que atinge mais de 40% ou 50% da força de trabalho em diversos países, e que tem sido absorvida pelo capital, preferencialmente no universo do trabalho desregulamentado e através da exploração dessa mão-de-obra. Sabe-se que essa nova divisão sexual do trabalho tem, entretanto, significado fortemente desigual, quando se comparam salários, posições ocupadas, direitos e condições de trabalho em geral (ANTUNES, 2008, p. 119).

No que diz respeito às evidências das desigualdades de gênero no mercado de trabalho brasileiro, Abramo (2006) demonstra que essa desigualdade não é um fenômeno que está referido a “minorias”. Pelo contrário, são problemas que dizem respeito às grandes majorias da população: segundo os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) 2003, as mulheres representam 43% da População Economicamente Ativa (PEA).

Os rendimentos das mulheres são sistematicamente inferiores aos dos homens, inclusive quando se compara níveis similares de escolaridade. Por hora trabalhada, as mulheres recebem, em média, 79% da remuneração média dos homens (ou seja, 21% a menos) e uma grande parte dessa ocupação feminina se concentra nos segmentos mais precários do mercado de trabalho. (ABRAMO, 2006).

Outra tendência presente na sociedade contemporânea é a crescente imbricação entre trabalho material e imaterial, uma vez que implica, além da monumental precarização do trabalho, um aumento das atividades dotadas de maior dimensão intelectual, quer nas atividades industriais mais informatizadas, quer no setor de serviços. Essa crescente imbricação encontra-se subordinada à

lógica da produção de mercadorias e de capital levando a que a força de trabalho intelectual produzida dentro e fora da produção seja absorvida como mercadoria pelo capital (ANTUNES, 2008, p.176).

Ainda nas palavras do autor:

“A nova fase do capital, portanto, re-transfere o *savoir faire* para o trabalho, mas o faz apropriando-se crescentemente da sua dimensão *intelectual*, das suas capacidades cognitivas, *procurando* envolver mais forte e intensamente a subjetividade operária. Mas o processo não se restringe a esta dimensão, uma vez que parte do *saber intelectual* é transferida para as máquinas informatizadas, que se tornam *mais inteligentes, reproduzindo parte das atividades e elas transferidas pelo saber intelectual do trabalho*. Como a máquina não pode suprimir o trabalho humano, ela necessita de uma maior *interação* entre a subjetividade que trabalha e a nova máquina inteligente. E, nesse processo, o envolvimento interativo aumenta ainda mais o *estranhamento e a alienação do trabalho*, amplia as formas modernas da *reificação*, distanciando ainda mais a subjetividade do exercício de uma vida autêntica e autodeterminada” (Ibid., p.177 e 178).

Lojikine (1995, p. 242) analisa a interpenetração entre as funções produtivas e improdutivas, como sendo estabelecidas a partir de novos laços entre produção material e serviços, entre saberes e habilidades, que se articulam para responder às exigências de interconexão dos mercados, os quais demandam a vinculação entre o trabalho na indústria, serviços e pesquisa científica através de uma rede em que se articulam o produtivo e o improdutivo, determinando a emergência ou substituição de determinada forma de organização e prestação de serviços.

Na atualidade, o espaço ocupado pelo trabalho imaterial no conjunto das atividades humanas expandiu-se muito. Mesmo tradicionais atividades industriais e primárias, que se utilizavam mais do trabalho material (físico), hoje, são transformadas pela revolução tecnológica, incorporando nelas também uma grande fatia de trabalho imaterial (Dal Rosso, 2008, p. 29).

Pochmann (2006) esclarece que um dos traços principais que permeia o trabalho contemporâneo, distinto de outras épocas, é em decorrência do fato de que o emprego está cada vez mais concentrado em atividades de serviços, portanto em atividades predominantemente imateriais.

Conforme argumenta Dal Rosso (2008, p. 33), existem atividades de serviços que estão fundamentadas na materialidade e na imaterialidade. Para os que estão baseados na materialidade, o emprego da força de trabalho pauta-se tão integralmente no trabalho físico e corporal, quanto no trabalho industrial. Os serviços com base na imaterialidade demandam mais intensamente as capacidades intelectuais, afetivas, os aprendizados culturais herdados e transmitidos, o cuidado individual e coletivo.

Outra tendência apontada anteriormente, particularmente nas últimas décadas do século XX, foi uma significativa expansão dos assalariados médios no “setor serviços”, o que permitiu a incorporação de amplo contingente oriundo do processo de reestruturação produtiva e da desindustrialização. É necessário destacar que as mutações organizacionais, tecnológicas e na forma de gestão também vêm afetando o setor de serviços, que cada vez mais se submete à racionalidade do capital (ANTUNES, 2007, p. 111).

A expressiva expansão do setor de serviços produz novas características ao trabalho, como também altera as demarcações tradicionalmente reconhecidas entre os setores industriais, financeiros, comerciais e de serviços. Costa (1998, p. 14) esclarece que as atividades de serviço passam a fazer parte da dinâmica de acumulação, vindo a se configurar como uma das questões que assume relevância no conjunto das recentes transformações societárias, aí incluídos o processo de reestruturação produtiva e a globalização da economia.

A autora ainda explica que foram exatamente estas mudanças que levaram alguns cientistas sociais a defender a tese do fim da centralidade do trabalho na determinação da sociabilidade capitalista, tomando as características distintas do processo de trabalho na produção de bens e serviços como determinantes da emergência de “novos atores e processos sociais”, cujos conteúdos do trabalho romperiam com a racionalidade típica do processo de produção industrial (Ibidem, p.15).

Offe em seus estudos aponta para a expansão do setor de serviços. As sociedades ocidentais, a partir das últimas décadas do século XX, têm sido denominadas por ele de “sociedades de serviços”, dado o notável e progressivo aumento desse setor. Para o autor isso se refere ao crescimento absoluto e relativo do “setor terciário”, isto é, do “setor de serviços”, o qual seria gerador de

produtos não materiais (OFFE,1994: 137–138). Contudo, é preciso esclarecer que Offe é um dos autores que defende a tese do fim da centralidade do trabalho.

A presente pesquisa converge com a interpretação e o posicionamento de Costa sobre a centralidade do trabalho:

“... as mudanças nos processos de produção são mobilizadoras de novas formas de combinação do trabalho dos assalariados dos serviços, e dos que atuam no processo material de produção, dando origem a uma nova composição do trabalhador coletivo e, conseqüentemente à emergência de novas formas de cooperação”. E acrescenta:

“Este posicionamento, longe de sugerir a negação de particularidades nos conteúdos, processos e métodos de trabalho na esfera da produção e na dos serviços, afirma a emergência de novas atividades no setor de serviços e na combinação destas com as serviços tradicionais e com as novas formas de produção material” (Costa,1998, p. 15).

Sobre a considerável concentração do trabalho no setor terciário, Pochmann (2006) anuncia que esse poderá representar cerca de 90% do total das ocupações. Nesse sentido, o terciário tende não apenas a assumir uma posição predominante tal como representou a agropecuária até o século XIX, com a indústria respondendo por não mais de 10% do emprego total, como passar a exigir, por conseqüência, novas formas de organização e de representação dos interesses num mundo do trabalho muito heterogêneo.

Uma questão singular desse processo, diz respeito ao modo como essas tendências se manifestariam nos serviços públicos (saúde, educação, energia, telecomunicação, previdência). Também eles estão submetidos a um expressivo processo de mercantilização, de *mercadorização*, o que afetou ainda mais a classe trabalhadora (ANTUNES, 2007a, p. 17-19).

Costa (2000, p. 98) argumenta que as atividades de serviços passam a fazer parte da dinâmica de acumulação, vindo a se configurar como uma das questões que assume relevância no conjunto das recentes transformações da sociedade. O campo dos serviços é passível de redefinições em função das

necessidades do processo de acumulação, as quais modificam as relações entre os diversos capitais, entre as esferas da produção, distribuição e circulação e os requerimentos e mecanismos necessários à reprodução da força de trabalho.

Ainda, conforme os argumentos da autora, o que se vem assistindo na atualidade é a inclusão crescente da lógica da racionalidade da produção capitalista na prestação de serviços. O que vem a modificar consideravelmente os padrões de incorporação da força de trabalho, bem como a organização da natureza do trabalho. Estes passam a se expressar na crescente diversificação do uso da sua força de trabalho, na ampliação do leque das ocupações, nos critérios de aferição da produtividade e na especificação de novas tarefas e especialidades.

Para além dessas questões, a autora chama atenção para o fato de que:

“Aliás, para além de uma busca de eficiência e eficácia na prestação dos serviços sociais públicos, o que se constata - a exemplo da saúde, da educação e da previdência – é o fato de que o valor de uso social desses serviços, voltados para o atendimento das necessidades de reprodução da “própria vida”, se realiza de modo a articular e/ou a sustentar os interesses das indústrias (farmacêuticas, de equipamentos, de produção da cesta básica), dos proprietários de grandes estabelecimentos como hospitais, creches e escolas, bem como do setor financeiro, voltado para os seguros de saúde e previdência” (ibid., p.110).

Dal Rosso (2008, p. 32) insiste que os setores que fazem mais exigência à inteligência, à efetividade, à capacidade de representação cultural, à capacidade de relacionar-se são os serviços de educação e cultura, os de *saúde*, os serviços sociais, os de comunicação e telefonia, os bancários e de finanças e outros que surgiram com a revolução da informática. Seria justamente nessas instâncias onde predominaria o trabalho imaterial.

Sobre o trabalho no âmbito da saúde, Pires (1998, p. 85) explica que:

“O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material, que se completa no ato de sua realização. Não tem como resultado um produto material, independente do processo de produção comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade.”

Hoje, majoritariamente, o trabalho em saúde é um trabalho coletivo, institucional, que se desenvolve com características do trabalho profissional e, também da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho e da lógica taylorista de organização e gestão do trabalho (RIBEIRO, PIRES & BLANK, 2004).

Igual a outros serviços, a produção no campo da saúde neste século sofreu as transformações impulsionadas pelo modo de produção capitalista, levando à coletivização (cooperação), à crescente absorção de maquinário e tecnologia, e ao assalariamento. Por influências decisivas do Estado e do capital, as relações laborais dentro do mercado na saúde, seguem tanto quanto o mercado em geral, ou seja, na relação de venda e compra da força de trabalho entre trabalhador e empregador, podendo ser estabelecido através de contrato ou acordo (ANSELMU, 1993, p. 2 e 3).

Os fenômenos acima apontados revelam que o capitalismo tem vivenciado um quadro crítico de grande complexidade principalmente no último quartel do século XX. E essa crise tem gerado, entre tantas conseqüências, profundas mudanças no interior do mundo do trabalho. No Brasil – país em que o Estado-de-Bem-Estar praticamente não teve expressão – especialmente a partir da década de 90, o campo do trabalho vive o acirramento das privatizações, reestruturação industrial, terceirizações, desemprego estrutural, aumento do emprego informal e fragilização do poder sindical. Tudo isso na circunstância da globalização e de suas reformas neoliberais, com políticas deliberadas que diluem as fronteiras público/privado (LEDA, 2009).

## 3.2 Manifestações fenomênicas da flexibilização no mundo da produção de mercadorias e de serviços: a precarização e a intensificação do trabalho

### 3.2.1 O Fenômeno Global da Flexibilização

Tomando como referência as questões gerais acima expostas, para o desenvolvimento desta investigação foram selecionadas enquanto categorias analíticas **a precarização e a intensificação do trabalho**. Nesse momento, trata-se de trazer à discussão os componentes conceituais de uma e outra, com vistas à definição do que buscar no trabalho empírico.

Sob a égide do paradigma neoliberal a sociedade contemporânea vivencia as atribulações da desconstrução do mundo laboral. No bojo das transformações que advieram da reestruturação produtiva, uma das drásticas conseqüências foi o esfacelamento das relações de trabalho decorrente da flexibilização. O nível de informalidade dos empregos cresce implacavelmente e, em todo o mundo, milhões de trabalhadores encontram-se submetidos a condições de trabalho aviltantes e não estão protegidos pelas leis trabalhistas. Em escala mundial, perdem direitos sociais, historicamente conquistados, impostas pelos detentores dos meios de produção. Diante dessa perversa realidade é possível indagar sobre a efetividade das leis trabalhistas que vigoram hoje no Brasil. Qual o sentido de flexibilização e quais as reais conseqüências para a classe trabalhadora?

De modo oportuno e esclarecedor, Mézaros explica a lógica destrutiva do capital sobre o trabalho:

“A condição crucial para a existência e o funcionamento do capital é que ele seja capaz de exercer *comando sobre o trabalho*. Naturalmente, as modalidades pelas quais este comando pode e deve ser exercido estão sujeitas às mudanças históricas capazes de assumir as formas mais desconcertantes... no curso de seu desdobramento histórico, o capital progressivamente supera as resistências que encontra e adquire um poder soberano para dominar todas as facetas do processo de reprodução societária” Mézaros (2002, p. 710).

Quando o capital alcança um ponto de saturação no seu próprio espaço e não encontra novos caminhos para uma nova expansão, a alternativa é deixar que sua própria força de trabalho local sofra as graves consequências da deterioração da taxa de lucro. As classes trabalhadoras da sociedade “pós-industrial” estão experimentando uma amostra da real perniciosidade do capital “liberal” (MÉSZÁROS, 2002, p. 1006).

Ao mesmo tempo, na medida em que os trabalhadores são “envolvidos” pelas novas formas de organização do trabalho, passam a *pensar e fazer pelo e para* o capital, o que aprofunda (ao invés de abrandar) a subordinação do trabalho ao capital (ANTUNES, 2001, p. 42).

É necessário esclarecer que a **flexibilização** enquanto estratégia para a desregulamentação, bem como todo o receituário que se esparrama via tecnologias de gestão do “mundo empresarial”, são expressões de uma lógica societal onde só o capital vale e a força humana de trabalho conta apenas enquanto parcela imprescindível para a reprodução desse mesmo capital. Isso porque o capital é incapaz de realizar sua auto-valorização sem utilizar-se do trabalho humano (ANTUNES, 2001, p. 35).

Para que haja a efetiva flexibilização do aparato produtivo é necessário a flexibilização dos trabalhadores que se dá por meio de direitos flexíveis, onde a disponibilidade da força de trabalho está em função direta das necessidades do mercado consumidor (Antunes, 2008:34). Então, os capitais passam a exigir a flexibilização dos direitos do trabalho, forçando os governos nacionais a se ajustarem à fase da acumulação flexível (ANTUNES E POCHMANN, 2007, p. 203).

A informalidade é o cerne no atual processo de acumulação do capital, onde a *flexibilização* das relações de trabalho tende a suprimir cada vez mais os direitos trabalhistas e previdenciários, desonerando o capital de “gastos” excessivos com a força de trabalho, criando várias formas de trabalho precário, aumentando e aprofundando a intensificação do trabalho. São essas as formas que o capital adota para atender às novas exigências da economia de mercado.

Na década de 1970, as múltiplas transformações que ocorreram na esfera do trabalho foram rotuladas, reunidas e coordenadas durante a década seguinte num vocabulário único: *flexibilidade*. A flexibilidade, que é em primeiro lugar

possibilidade de as empresas adaptarem sem demora seu aparato produtivo (nível de emprego) às evoluções da demanda, também será associada ao movimento rumo à maior autonomia no trabalho, sinônimo de adaptação mais rápida do terreno às circunstâncias locais, sem que fossem esperadas as ordens de uma burocracia ineficiente (BOLTANSKI & CHIAPELLO, 2009, p. 229).

Esses autores interpretam que a flexibilidade possibilitou transferir para os assalariados e também para os subcontratados e outros prestadores de serviços o peso das incertezas do mercado. Ela se decompõe em *flexibilidade interna*, que se baseia na transformação profunda da organização do trabalho e das técnicas utilizadas (polivalência, autocontrole, desenvolvimento de autonomia etc.), e *flexibilidade externa*, que supõe uma chamada organização do trabalho em rede, na qual empresas “enxutas” encontram os recursos de que carecem por meio de abundante subcontratação e de uma mão de obra maleável em termos de emprego - empregos precários, temporários, trabalho autônomo, de horário ou jornada de trabalho - tempo parcial, horários variáveis (Ibid., p. 240).

Antunes & Pochmann (2007, p. 202), afirmam que no cenário aberto pelo neoliberalismo e pela reestruturação produtiva de amplitude mundial proliferam as distintas formas de flexibilização: salarial, de horário, funcional ou organizativo, entre outros exemplos. Desse modo, a flexibilização pode ser entendida como “liberdade da empresa”: para desempregar trabalhadores, sem penalidades, quando a produção e as vendas diminuem; para reduzir o horário de trabalho ou para recorrer a mais horas de trabalho; para ter a possibilidade de pagar salários reais mais baixos do que a paridade de trabalho exige; para subdividir a jornada de trabalho em dias ou semanas segundo as conveniências das empresas, mudando os horários e as características do trabalho (por turno, por escala, em tempo parcial, horário flexível etc.), entre tantas outras formas de precarização da força de trabalho.

Existem várias denominações, em cada país, para a flexibilização. Druck (2007, p. 28) diz que este é um “fenômeno mundial que se generalizou para todas as atividades e tipos de trabalho na indústria, no comércio, nos serviços, no setor público e privado. Tal fenômeno se apresenta, entretanto, sob diferentes modalidades e diversas formas de regulação e legislação, expressando, centralmente, as condições objetivas e subjetivas que sintetizam

as relações de força em cada sociedade”. “Na atualidade, a flexibilização se caracteriza como um fenômeno novo porque passa a ocupar um lugar central nas novas formas de gestão e organização do trabalho inspiradas no “modelo japonês” (toyotismo) e implementadas no bojo da reestruturação produtiva, como resposta à crise do fordismo em âmbito mundial”.

Para a autora, o termo “**flexibilização** significa:

“Um processo que tem condicionantes macroeconômicos e sociais derivados de uma nova fase de mundialização do sistema capitalista, hegemonizado pela esfera financeira, cuja fluidez e volatilidade típica dos mercados financeiros contaminam não só a economia, mas a sociedade em seu conjunto, e, dessa forma, generaliza a flexibilização para todos os espaços, especialmente para o campo do trabalho. Nesta fase, a liberalização e liberdade do mercado atingem níveis inéditos de desenvolvimento. Esse processo mais geral determina e articula a flexibilização dos processos de trabalho, do mercado de trabalho, das leis trabalhistas e dos sindicatos, definindo o caráter da reestruturação produtiva mais recente, especialmente no que se refere à estratégia das empresas na adoção dos novos padrões de gestão do trabalho (toyotismo, produção enxuta etc.)” Druck (2007, p. 29).

No âmbito do processo de trabalho, a flexibilização ocorre por meio das jornadas móveis de trabalho, na remuneração através dos salários flexíveis (parte fixa e variável que chega a representar 60% do total e depende de metas/objetivos cumpridos), dos prêmios de produtividade, assiduidade e criatividade (DRUCK, 2007, p. 30).

Nos anos noventa do século vinte, quando o Estado brasileiro estabeleceu a flexibilização da legislação trabalhista, pode-se entender que foram oficializadas as formas de precarização e de informalidade no mercado de trabalho. Tanto que naquele período verificou-se o crescimento de trabalhadores sem carteira assinada devido à flexibilização da legislação trabalhista (FARIAS & KREMER, 2004). Diga-se de passagem, que a flexibilização é o processo responsável pela precarização do trabalho, há uma articulação entre esses fenômenos. A respeito dessa correlação, Thébaud-Mony & Druck (2007, p. 29) argumentam que as formas precárias de trabalho, legais ou ilegais, são utilizadas como recurso para garantir a acumulação: contratos temporários e subcontratação de serviços de terceiros são parte do crescente fenômeno da informalização do trabalho. A liberdade do patronato em demitir e/ou usar as

formas de contrato precárias encontra sustentação, por um lado, no âmbito estrito do mercado sustentado na estratégia da competitividade; e, por outro, no respaldo do Estado, que vêm aplicando as políticas neoliberal e, paralelamente, reformam a legislação do trabalho desregulamentando e liberalizando ainda mais a força de trabalho.

É esclarecedora a interpretação de Mészáros (2002, p. 330), sobre o novo mecanismo de liberalização do mercado de trabalho quando ele afirma que regras flexíveis querem dizer, a precarização da força de trabalho no mais alto grau praticável, que têm o intuito de aumentar as perspectivas de acumulação lucrativa do capital. É a questão da precarização que será tratada a seguir.

### **3.2.2 Desvendando o desenvolvimento da precarização do trabalho no capitalismo contemporâneo**

Frente às transformações ocorridas no interior da esfera do trabalho, a partir da década de 1970, a classe trabalhadora vivencia uma perversa contradição. Por um lado, está inserida num mercado de trabalho precário, caracterizado por uma forte instabilidade contratual e reduzida remuneração, por outro, é exigido cada vez mais do trabalhador seu envolvimento com o processo de trabalho, o que se dá por meio de atividades que requerem mais iniciativa, multifuncionalidade, autonomia e comunicação. Em decorrência, espraia-se o sentimento de insatisfação profissional; da insegurança diante da falta de empregos e dos frágeis vínculos empregatícios; ou difunde-se a barbárie do desemprego. Pode-se inferir, então, que o mundo do trabalho sofreu uma mutação de forte envergadura responsável por profundas consequências sociais.

O universo laboral vive a era da precarização ilimitada a qual atinge uma amplitude global. Por precarização entende-se o trabalho instável, condição na qual as relações formais de emprego garantidas pela legislação social protetora dos direitos do trabalho são substituídas cada vez mais pelas relações informais, representadas pelo trabalho parcial, temporário, terceirizado ou subcontratado.

O século XX marcado pela mundialização fundada na hegemonia da “lógica financeira”, que ultrapassa o terreno estritamente econômico do mercado e impregna todos os âmbitos da vida social, confere conteúdo a um modo específico de trabalho e vida. Trata-se de uma rapidez inédita do tempo social, um tempo volátil, efêmero, descartável, sem limites, de tudo o que se produz, principalmente, daqueles que produzem: os homens e mulheres que vivem do trabalho. A flexibilização e a precarização do trabalho se metamorfoseiam, assumindo novas dimensões e configurações, impondo, processos ágeis de produção onde é preciso contar com trabalhadores que se submetem a quaisquer condições para atender ao novo ritmo e às rápidas mudanças. É o tempo de novos (des)empregados, empregáveis em curto tempo, através das novas e precárias formas de contrato e, dentre elas, a terceirização/subcontratação ocupa lugar de destaque (DRUCK, 2007, p. 25 e 26).

Os capitais passam, então, a exigir a flexibilização dos direitos do trabalho, forçando os governos nacionais a ajustarem-se à fase da acumulação flexível. Como a lógica capitalista é acentuadamente destrutiva, os governos nacionais são cada vez mais pressionados a adaptar a legislação social dos respectivos países às exigências do sistema global do capital e aos imperativos do mercado, destruindo profundamente os direitos do trabalho aonde eles ainda se mantêm. Por causa disso é que a legislação social do trabalho está sendo desmontada, em cenários nos quais as resistências não têm a força suficiente para impedi-las (ANTUNES & POCHMANN, 2007, p. 203 e 204).

A ampliação do trabalho precário tem sido uma preocupação central em todo o mundo contemporâneo. O trabalho precário não é novidade e existe desde o início do trabalho assalariado, podendo ser visto como “normal” nas economias capitalistas. No entanto, forças sociais, econômicas e políticas que têm operado durante várias décadas tornaram o trabalho mais precário no mundo inteiro (KALLEBERG, 2009).

De um modo geral, as mudanças nas correlações de forças entre o capital e o trabalho facilitaram a precarização das relações de trabalho, processo esse resultante do movimento de flexibilização desencadeado na antiga ordenação da esfera do trabalho (BORGES, 2007, p. 84).

Para Ruas (1994, p. 98), os impactos da reestruturação produtiva sobre o mercado de trabalho têm tomado as seguintes formas: grande mobilidade da mão-de-obra; crescimento da participação do trabalho informal; redução dos salários reais na maioria dos setores; aumento do recurso à subcontratação do trabalho, com a participação do trabalho a domicílio; maior seletividade das empresas na contratação de trabalhadores - em termos da sua qualificação e atitudes - pela grande disponibilidade de mão-de-obra no mercado.

Dessa forma, destaca-se a precarização das relações de trabalho e o desemprego como resultados de todo esse processo. A precarização é instituída na medida em que as relações formalizadas de emprego (pelo instrumento da carteira de trabalho) são substituídas cada vez mais por relações informais de compra e venda de serviços, fruto principalmente das terceirizações, trabalho a domicílio (agora também em setores não tradicionais) e a contratação por tempo limitado (GARAY, 2009).

Sinteticamente, Kalleberg (2009) explica que “o trabalho precário é o resultado do crescimento da globalização (interdependência econômica e seus correlatos, tais como maior comércio internacional e movimento acelerado de capital, produção e trabalho) e da expansão do neoliberalismo (uma ideologia que implica desregulação, privatização e remoção de proteções sociais). Essas mudanças são acarretadas por processos de inovação tecnológica - dos quais a revolução informacional se constitui o ápice - que viabilizam muitos dos resultados da globalização. Simultaneamente a esses determinantes da crise, e até em consequência deles, dá-se o esfacelamento do poder combativo dos sindicatos e a fragilização das lutas operárias em todo o mundo.

No Brasil, a difusão do trabalho precário vai acontecer principalmente desde os anos noventa, com o aumento da privatização e da desregulamentação estabelecidas pela ideologia neoliberal. Um grande número de empresas adotou novas tecnologias e formas de organização do trabalho, resultando em aumento de produtividade. Essas mudanças também significavam que menos trabalhadores seriam necessários, ocasionando a redução da força de trabalho (Ibid., 2009).

Na mesma direção, Borges (2007, p. 82) faz uma leitura do processo de desestruturação do mercado de trabalho no Brasil, o qual teria ocorrido em dois

grandes momentos. O primeiro ocorreu nos anos oitenta, etapa final da crise do modelo de industrialização centrado na substituição de importações e voltado para o mercado interno. No período, a interrupção das elevadas taxas de crescimento do PIB, a crise da dívida e a inflação descontrolada traduziram-se, no mercado de trabalho, no aumento da proporção de ocupados fora de uma relação de emprego com cobertura social, em perdas salariais e na elevação da concentração de renda a favor das empresas. Apesar disso, as conquistas dos trabalhadores foram conservadas, pois coincidiu com o colapso do regime autoritário e com o fortalecimento das organizações dos trabalhadores. Em 1990, tempo histórico de implementação da agenda neoliberal, iniciou-se o segundo momento que se estendeu por toda a década. As transformações seguiram um caminho certamente não previsto pela maioria dos brasileiros: mudou o padrão de desenvolvimento, mudaram as formas e mecanismos de inserção e de permanência no mercado de trabalho e, assim, mudaram as expectativas sobre o futuro do país e sobre os projetos de vida da maioria dos que vivem do trabalho.

Por fim, conclui a autora: “Transitou-se de uma economia com setores estratégicos controlados diretamente pelo Estado, ou indiretamente através de regulamentações, para uma economia com grande parte dos setores estratégicos privatizados e desnacionalizados.

Druk & Thébaud-Mony (2008, p. 30) esclarecem que a questão acerca da precarização do trabalho no Brasil refere-se essencialmente aos resultados e impactos da flexibilização. Para as autoras, as noções que demarcam a flexibilização são a fragmentação, a segmentação dos trabalhadores, a heterogeneidade, a individualização, a fragilização dos coletivos, a informalização do trabalho, a fragilização e crise dos sindicatos e, a mais importante delas, a idéia de *perda* - de direitos de todo o tipo - e a degradação das condições de saúde e de trabalho. Essas são noções que dão conteúdo à idéia de precarização, considerada como a implicação mais forte da flexibilização.

Boltanski & Chiapelo (2009, p. 248) mostram que os deslocamentos destinados a conferir maior flexibilidade externa às empresas redundaram, para

toda população, no desenvolvimento da precariedade do emprego (temporário, contratado por tempo determinado, tempo parcial ou variável).

Atualmente, a prática que consiste em ocupar empregos fixos recorrendo apenas a um número “mínimo possível” de pessoas e utilizar “trabalho externo” como complemento, possibilitou paralelamente o desenvolvimento da terceirização e do trabalho temporário. As empresas ao contratarem essencialmente por tempo limitado criam uma reserva de mão de obra móvel. O tempo parcial é um instrumento essencial de flexibilidade. Possibilita aumentar a presença de pessoal nas horas de maior atividade do setor de serviços, porém a utilização de horário de trabalho para criar flexibilidade não passa obrigatoriamente pelo tempo parcial. Em sentido oposto, o mecanismo aumenta a carga de trabalho além do horário legal (BOLTANSKI & CHIAPELO, 2009, p. 249).

Em busca de uma conceituação para *precarização*, Thébaud-Mony & Druk (2008, p. 31) a compreendem como um processo social constituído pela amplificação e institucionalização da instabilidade e insegurança - expressa nas novas formas de organização do trabalho - onde a terceirização/subcontratação ocupa um lugar central e pelo recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social através das inovações da legislação do trabalho e previdência. Esse processo atinge todos os trabalhadores, independentemente de seu estatuto e tem levado à crescente degradação das condições de trabalho e saúde dos trabalhadores, bem como à diminuição da vitalidade da ação sindical.

Também Kalleberg (2009) entende o “trabalho precário” como trabalho incerto, imprevisível, no qual os riscos empregatícios são assumidos principalmente pelo trabalhador e não por seus empregadores ou pelo Estado. Exemplos de trabalho precário incluem atividades no setor informal e empregos temporários no setor formal.

Para Garay (2009), a precarização ocorre na medida em que as relações formalizadas de emprego (com registro na carteira de trabalho) são substituídas cada vez mais por relações informais de compra e venda de serviços, fruto principalmente das terceirizações, trabalho a domicílio (agora também em setores não tradicionais) e a contratação por tempo limitado.

Para Antunes (2007a, p. 17 e 18), o trabalho precarizado está presente em diversas modalidades: são os terceirizados, subcontratados, part-time, temporários, entre outros. O autor elucida que no século XX a característica dominante foi a erosão do trabalho contratado e regulamentado. Os capitais globais estão exigindo o desmonte da legislação protetora do trabalho. Tal como Thébaud-Mony & Druck, o autor entende que há uma relação de condicionalidade entre flexibilização e precarização, no sentido de que a primeira conformaria o espaço mais geral para a ocorrência da segunda. E flexibilizar a legislação social do trabalho significa aumentar ainda mais o mecanismo de extração do sobretrabalho, ampliar as formas de precarização e destruição dos direitos sociais que foram arduamente conquistados pela classe trabalhadora, desde o início da Revolução Industrial, na Inglaterra, e especialmente pós-30, quando se toma o exemplo brasileiro.

Bourdier (1998, p. 123) afirma que a *flexibilidade* é uma “estratégia de precarização”, inspirada em razões econômicas e políticas, fruto de uma “vontade política” e não de uma “fatalidade econômica”, supostamente dada pela mundialização. O autor define precarização com as seguintes palavras:

“regime político [...] inscrita num modo de dominação de tipo novo, fundado na instituição de uma situação generalizada e permanente de insegurança, visando obrigar os trabalhadores à submissão, à aceitação da exploração”(Ibidem, p.124).

Nessa mesma linha teórica e ampliando o entendimento sobre a precarização, Appay (1997, p. 519 apud HIRATA & PRETÉCEILLE, 2002, p. 55) refere a dupla institucionalização da instabilidade: “precarização econômica (das estruturas produtivas e sociais) e precarização da proteção social (transformação das legislações relativas aos direitos do trabalho, das empresas e das situações externas ao trabalho)”.

Pertinentemente, Hirata (2009) argumenta que “assiste-se hoje em dia a um processo de legitimação social e científica da precariedade, por vezes avaliada de forma positiva e, em outras, apresentada como inelutável, fatal, quase natural”.

A partir de trabalho realizado no Brasil, traz outro ponto importante que deve ser levado em consideração, no que diz respeito à precarização do trabalho: “ela atinge segmentos até então pouco expostos às formas precárias e inseguras de trabalho, como é o caso dos trabalhadores mais escolarizados, que tinham no emprego formal sua principal forma de inserção”. Entre 1992 e 2005, aqueles que tinham formação universitária sofreram queda na proporção de “empregados com carteira assinada” (de 76,5% para 68,2%), aumentando de 5,3% para 11,1% o contingente em empregos precários (BORGES, 2007, p. 89).

É interessante, ainda, elucidar que alguns grupos foram atingidos de forma particular no que se refere à precarização social do trabalho: as mulheres, os jovens, os idosos e os imigrantes. As mulheres constituem certamente a categoria a ser considerada em primeiro lugar, pela posição singular que ocupam no setor de serviços. Hoje, a precarização do trabalho nesse setor, deve estar sempre relacionada com a composição sexual. Um aspecto a ser considerado é o desenvolvimento maciço do trabalho feminino em tempo parcial. Essa modalidade de emprego induz à precariedade no que tange à carreira, aos rendimentos, às perspectivas de formação e às possibilidades de representação. Na França, a composição do grupo dos assalariados em tempo parcial é majoritariamente feminina, 85% de mulheres (HIRATA & PRETÉCEILLE, 2002, p.63).

Conforme argumenta Kallerberg (2009), o trabalho precário tem conseqüências de longo alcance, atravessando muitas áreas que preocupam cientistas sociais, bem como os trabalhadores e suas famílias. Gera insegurança para muitos, e afeta de modo difuso e amplo não só a natureza do trabalho, os locais de trabalho e a experiência dos trabalhadores, mas também muitos aspectos da vida individual e social não relacionados ao trabalho.

Diante do que se colocou à mostra, pode-se constatar nitidamente que a precariedade tem, hoje, um raio de longo alcance. Ela afeta profundamente os indivíduos expostos a seus efeitos, a precariedade transforma o futuro em um mar de incertezas; desestrutura a existência humana; degrada as relações sociais; e se faz presente a todo momento nos cérebros de todos aqueles que vendem sua força de trabalho em troca de baixos salários, a fim de garantir a sobrevivência da espécie.

### 3.2.3 A intensificação da taxa de exploração do trabalho: outra consequência da flexibilização

Estratos precarizados da força humana de trabalho, relações contratuais desprovidas de direitos, crescente exploração do sobretrabalho, além do volumoso exército de desempregados, em escala mundial, são os múltiplos e agudos problemas que configuram o mundo laboral. Mészáros (2002, p. 617) relata que o antagonismo existente entre os interesses do capital e do trabalho é insuperável. Ele emerge do *caráter explorador* do próprio processo de trabalho capitalista e da necessidade de encontrar uma forma de controle adequada a sua perpetuação.

A lógica implacável do capital degrada a força de trabalho do homem, dentro da nova conformação no universo do trabalho. Um dos aspectos a ser considerado e de extrema relevância é o mecanismo da extração de mais trabalho, presente nos setores primário, secundário e terciário e para todas as categorias profissionais.

São milhões de trabalhadores os que não possuem horas definidas de trabalho, tendo horários definidos de acordo com a necessidade dos empregadores em decorrência da “fenomenal” flexibilização. Flexibilizou-se horários, salários, contratos, entre outros, e em contraste aumentou significativamente os níveis de exigência, qualificação e envolvimento, que inexoravelmente significa a nova forma de exploração ao quais os trabalhadores estão submetidos.

Dal Rosso (2008, p. 21 e 23) entende a intensificação do trabalho como sendo mais que um esforço físico, pois ela envolve todas as capacidades do trabalhador, sejam as de seu corpo, a acuidade de sua mente, a afetividade despendida ou os saberes adquiridos através do tempo ou transmitidos pelo processo de socialização. Em suma, a intensificação compreenderia aquelas condições de trabalho que determinam o grau de envolvimento do trabalhador, seu empenho, seu consumo de energia pessoal, seu esforço desenvolvido para dar conta das tarefas a mais.

Um importante aspecto relacionado à intensificação do trabalho é o uso de *novas tecnologias da informação* que podem exercer um estreito controle das

atividades dos trabalhadores, eliminando os poucos espaços do fora de controle. A *informatização* é acompanhada por um nível maior de pressões psicológicas, aumenta a exigência de atenção, vigilância e disponibilidade do trabalhador (BOLTANSKI & CHIAPELO, 2009, p. 275).

Nos séculos XIX e XX, a intensidade do trabalho foi objeto de estudo das principais correntes de organização do trabalho, ainda que o termo tenha perdido sua função social crítica e sua essência de produção tenha sido aplicada sistematicamente para elevar a produção da mais-valia. Taylor, no final do século XIX, alçou os estudos dos tempos e dos movimentos à categoria científica, abrindo as portas para práticas vigentes até os dias de hoje no trabalho, empreitada continuada e aprimorada por Ford. Taiichi Ohno, que desenvolveu o toyotismo no Japão, não é menos pretensioso quando traça o objetivo de superar o método de produção norte-americano baseado sobre uma estrutura de desperdícios, pela adoção dos princípios da polivalência, do trabalho em grupo e o máximo do aproveitamento do tempo do trabalho (DAL ROSSO, 2006).

Antunes (2008, p. 34) alerta que um dos pontos característico do sistema toyotista é a *intensificação da taxa de exploração do trabalho*. Na medida em que os operários atuam simultaneamente com várias máquinas diversificadas ou através do sistema de luzes (verde=funcionando normal; laranja=intensidade máxima, e vermelha=há problemas, devendo-se reter a produção) o que possibilita ao capital intensificar - sem estrangular - o ritmo produtivo do trabalho. E conclui: “As luzes devem alternar sempre entre o verde e o laranja, de modo a atingir um ritmo intenso de trabalho e produção”.

O desenvolvimento da *polivalência com salário igual* é um modo de exploração da força de trabalho, só que de modo disfarçado. As qualidades procuradas no momento da seleção não correspondem às classificações profissionais, portanto não são pagas. É importante atentar que as novas formas de organização do trabalho, introduzidas com o advento do toyotismo, possibilitaram qualificar tarefas, aumentar a autonomia e iniciativa dos operários, exigirem mais dispêndio de energia física, intelectual e emocional, mas os salários permanecem os mesmos. Hoje, são contrastantes as novas requisições do mercado de trabalho. É preciso trabalhar mais, ter mais diplomas, porém os

salários não correspondem às qualificações, além do progressivo aumento dos vínculos instáveis de trabalho (BOLTANSKI & CHIAPELO, 2009, p. 277).

Afirmam Boltanski & Chiapelo (2009, p. 277) que em decorrência dos novos filões de competências nos trabalhadores até então submetidos à divisão do trabalho, favorecendo seu maior empenho, também levou a aumentar o nível de exploração. Desnecessário dizer que a exploração foi reforçada pelo emprego das capacidades humanas, envolvimento afetivo, engajamento, disponibilidade, entre outros, que o taylorismo/fordismo não exigia, pois tratava os homens como máquina. O que o trabalhador põe em jogo na tarefa depende cada vez mais de capacidades genéricas ou de competências desenvolvidas fora do local de trabalho e por isso é cada vez menos mensurável em termos de hora trabalho, o que ocorre com um número cada vez mais elevado de assalariados.

Druck (2007, p. 30) lembra que um dos efeitos da flexibilização implica no processo de intensificação do trabalho para os que permanecem empregados, expondo-os a maiores riscos de acidentes e adoecimento enquanto Boltanski & Chiapelo (2009, p. 271) advertem que os trabalhadores temporários estão mais expostos às más condições de trabalho e à insalubridade do que os que se encontram estáveis no mercado de trabalho.

Na mesma direção, insistem Pochmann & Antunes (2007, p. 203), dando ênfase a que não se tenha qualquer ilusão sobre o fato de que o processo de flexibilização da legislação social do trabalho significa aumentar ainda mais os mecanismos de extração do sobretrabalho e ampliar as formas de precarização e destruição dos direitos sociais que foram arduamente conquistados pela classe trabalhadora.

Segundo os argumentos de Boltanski & Chiapelo (2009, p. 272), os processos de flexibilização e a conseqüente precarização das relações laborais possibilitaram pagar apenas o tempo efetivamente trabalhado e subtrair do tempo pago todos os intervalos, o tempo dedicado à formação e as folgas antes parcialmente integradas na definição da justa jornada de trabalho. Logo, houve o nítido aumento da intensidade do trabalho sem mudanças do salário.

Os mesmos autores mostraram que os dados de uma pesquisa realizada em 1991 sobre “Condições de trabalho” permitiram identificar que um número

cada vez mais crescente de assalariados sofria coação em termos de ritmo de trabalho. Eles demonstram que esse fenômeno não afeta apenas essa categoria, mas atinge do executivo ao operário e todos os outros setores da divisão tripartite do trabalho (Ibid., p. 274).

A intensificação do trabalho é, hoje em dia, a regra em todos os setores, entre os dirigentes e entre os empregados, seja no Japão, na França ou no Brasil. As conseqüências desta intensificação são duplas: de um lado, observam-se danos múltiplos à saúde física e psíquica dos trabalhadores; de outro, o aumento da distância entre os assalariados e os desempregados e, de modo mais amplo, entre os trabalhadores e aqueles que se encontram sem emprego (HIRATA, 2009).

Sobre a presença da intensificação do trabalho em todos os setores da divisão tripartite do trabalho e em todas as categorias, a investigação realizada por Dal Rosso (2006a), no cenário brasileiro, aporta dados muito relevantes.

“Qualquer trabalho – autônomo ou heterônomo, assalariado ou cooperativo, escravo ou servil, camponês, operário ou intelectual – é realizado segundo determinado grau de intensidade. A intensidade é, pois, uma condição intrínseca a todo o trabalho concreto”.

Conforme os argumentos do autor (2006), os novos “trabalhos” contêm graus superiores de intensidade, eles não contêm a jornada definida permanentemente. O autor define que a jornada de trabalho é expressa pelo componente de duração, que corresponde à quantidade de tempo que o trabalho consome das vidas das pessoas. E a questão apresenta implicações: afeta a qualidade de vida, pois interfere na possibilidade de usufruir ou não de mais tempo livre; define a quantidade de tempo durante o qual as pessoas se dedicam a atividades econômicas; estabelece relações diretas entre as condições de saúde, o tipo e o tempo de trabalho executado.

Uma questão que deve ser ressaltada, e que comumente a literatura não o faz, é distinguir a *intensidade* da *produtividade do trabalho*. Ambas as categorias são responsáveis por expressar incrementos nos resultados obtidos do trabalho, porém as origens e as forças responsáveis pela produção de tais resultados são completamente diferentes. A categoria de produtividade pode ser

entendida pela obtenção de resultados superiores em qualidade e quantidade, decorrente de investimentos em tecnologias materiais e organizativas que não requeiram maior consumo das energias pessoais. Por outro lado, a intensidade refere-se ao envolvimento dos indivíduos no processo de trabalho, ocasionando o desgaste da pessoa com o trabalho (DAL ROSSO, 2006).

Esta diferenciação se faz necessária para a compreensão da intensidade, pois para entendê-la é preciso que a atenção esteja concentrada sobre a pessoa do trabalhador, sobre o coletivo deles e não sobre os outros componentes do processo de trabalho que têm capacidade para alterar os resultados, tais como os investimentos tecnológicos. Nesse sentido, deve-se partir da análise de quem trabalha, para examinar qual o dispêndio qualitativo ou quantitativo de energias, e não examinar o desempenho das máquinas ou de outras coisas (DAL ROSSO, 2008:20).

Ainda, segundo o autor, no capitalismo contemporâneo, a análise do trabalho está voltada para os resultados qualitativos ou quantitativos superiores, razão pela qual se exige um consumo maior de energia do trabalho. Quanto maior a intensidade, mais trabalho é produzido no mesmo período de tempo considerado (Ibid., p. 22). Diante desse fenômeno, emerge uma grave consequência: os sérios danos à saúde dos trabalhadores, devido ao crescente grau de intensidade imposto ao trabalho na atualidade.

Faz-se necessário ressaltar que no modo capitalista de produção o grau alcançado na intensidade do trabalho resulta da correlação de forças entre os trabalhadores e o patronato. Dal Rosso (2008, p. 24 e 25) lembra que não é o trabalhador quem decide automaticamente suas condições de trabalho, e nem tampouco estabelece o grau de empenho pessoal com a atividade. No trabalho assalariado, a compra e a venda da força de trabalho confere ao comprador poder sobre como será utilizada essa mercadoria, os empregadores sentem-se com o domínio de determinar como administrar o modo como será feito o trabalho e o seu grau de intensidade. Porém, os trabalhadores não estão completamente à mercê dos detentores dos meios de produção. Primeiro, os trabalhadores têm a capacidade de lutar e resistir e, também, existem os padrões de intensidade construídos através do tempo e esses podem ser utilizados como referência. Assim, a exploração do sobretrabalho permanece

como objeto de eterna disputa entre capitalistas que exigem labutar com mais empenho e trabalhadores que resistem e buscam manter seus ritmos e cargas definidas pessoal ou grupalmente.

A notável expansão do setor de serviços acarretou para o mundo do trabalho contemporâneo a expressiva concentração de mão-de-obra nesse setor. Em decorrência, os componentes de desgaste dos âmbitos intelectuais e emocionais vêm ganhando destaque, constituindo-se em elementos significativos da obtenção de mais trabalho nos dias de hoje. A partir do conceito de intensidade elaborado por Dal Rosso, toda dimensão que o trabalho consome deve ser levada em consideração, e não se deve ter a falsa idéia de que a análise da intensidade se restringe apenas ao esforço físico.

Nessa direção, Dal Rosso (2006a) esclarece que a transição do paradigma da materialidade para o da imaterialidade é acompanhada por conseqüências de amplas implicações. As fronteiras dos tempos de trabalho separados nitidamente dos tempos de não- trabalho passam a ficar mais difusas, afetando a vida individual e coletiva. Essa transição abre outra fonte de problemas para o trabalho por conta dos desgastes intelectuais e relacionais que a atividade imaterial impõe ao trabalhador. Em todas as atividades que concentram grandes volumes de capital e que desenvolvem uma competição sem limites e sem fronteiras, tais como as atividades financeiras, telecomunicações, sistemas de transportes, **ramos de saúde**, educação, cultura, esporte e lazer e outros serviços imateriais, o trabalhador é cada vez mais cobrado por resultados. Esses serviços fazem mais apelo à inteligência, à afetividade, à capacidade de representação cultural e um maior envolvimento no trabalho. O autor, pertinentemente, levanta uma questão que serve de alicerce para o presente estudo “Pesquisa futura precisa aprofundar como aparece à questão da intensidade do trabalho nessas formas de trabalho imaterial”.

### 3.3 Enfocando a saúde bucal: a política nacional e a organização do trabalho

Inicialmente, será feito um conciso percurso da história da profissão, no intuito de entender como se deu a institucionalização e a mercantilização da atividade profissional odontológica, além de se desvendar o interior das disputas entre os diversos grupos de praticantes da profissão pelo monopólio desse mercado. Pois, não é possível compreender as transformações que ocorreram na esfera do trabalho no setor odontológico e a elucidação dos seus problemas sem tomar em conta o processo histórico de mudança da profissão.

Warmling et al (2006), mencionam os estudos de Botazzo (2002), quando o autor descreve que a forma histórica como a odontologia é contada é ingênua e determinante para a formação da identidade profissional no final do século XIX. Nas palavras dos autores:

“Nela supõe-se uma proximidade da odontologia com a arte dentária praticada pelos barbeiros<sup>1</sup> a partir da Antiguidade, preservada durante a Idade Média e em crise após a Revolução Industrial, espécie de sucessão a-histórica de descobertas acidentais e de evolução “natural” de um praticante, desde o princípio marcado pelo estigma do existir separado das outras práticas de saúde, sobretudo as médicas e cirúrgicas”.

Para um melhor entendimento de como se processou a trajetória da profissionalização na odontologia é de significativa importância a interpretação feita por Botazzo et al (2006) quando os mesmos elucidam que: “ Desde as suas origens, os avanços da odontologia identificam-se com um saber técnico, a partir de uma divisão espacial ainda não bem resolvida filosófica e territorialmente com a medicina”.

Ao se fazer uma incursão histórica sobre a origem da odontologia, percebe-se que a linha divisória entre a Medicina e a Odontologia é muito tênue (SILVA & SALES-PERES, 2007).

---

<sup>1</sup> Novo dicionário da língua portuguesa, autoria de Eduardo de Farias (1859) apud SILVA & SALES-PERES (2007) refere-se como “Barbeiro” – s.m. o que faz barba – (antigo) sangrador, cirurgião pouco instruído que sangrava, deitava ventosas, sarjas, punha cáustico e fazia operações cirúrgicas pouco importantes”.

Carvalho (2006) faz uma importante leitura sobre o processo de profissionalização da odontologia e revela questões singulares da prática odontológica e suas repercussões na disputa pelo mercado de trabalho. A autora descreve que a odontologia surge como uma profissão moderna em meados do século XIX, coincidindo com o aparecimento e consolidação do capitalismo industrial e destaca o surgimento de um leque de organizações profissionais, surgindo na Inglaterra, entre 1825 e 1880 e, nos Estados Unidos, no período de 1840 a 1887.

Para a autora, o modelo de profissão odontológica pode ser delimitado em três categorias caracterizadas pela extensão da dominância médica: primeiro, o mais comum, representa a autonomia técnica e independência da odontologia em relação à medicina, a exemplo da odontologia americana; no segundo modelo, o menos comum, a medicina tem domínio sobre a prática odontológica, sendo o caso da Itália onde, até 1985, o médico era legalmente capaz de praticar a odontologia; terceiro, quando a odontologia divide com a profissão médica o campo de trabalho que é o modelo ainda hoje encontrado no Leste europeu (CARVALHO, 2006, p.56).

Ainda de acordo com a autora, o desenvolvimento desses distintos modelos deve ser atribuído às diferentes circunstâncias históricas que determinaram o processo de profissionalização da odontologia em diferentes sociedades. Em todas as situações vividas pela profissão, seja de independência ou de subordinação à profissão médica, é preciso destacar que a odontologia desenvolveu um sistema formal de conhecimento, reclamando para si uma base científica fundamentada no modelo biomédico, ainda que o foco da sua atenção tenha permanecido centrado na sua atividade mecânica (ibidem, p. 57).

Os argumentos que tentam explicar a autonomia da prática odontológica se referem à origem histórica do desenvolvimento da profissão, quanto na natureza do seu objeto de trabalho, que combina arte (techné) e ciência, (ibidem, p. 56).

Em alusão a última explicação, estudos que descrevem a história da medicina (STARR, 1991; SOURNIA, 1982) referem que a prática médica na sua origem também combina (techné) e ciência.

Assim, entende-se que a diferença entre ambas consiste na “finalidade” das suas práticas, já que os diversos estudos (SHARPIA, 2003; BOTAZZO, 2000; CARVALHO, 2006; WARMLING et al, 2006) elucidam que desde a sua origem a medicina volta-se para a terapêutica e a odontologia associa-se a uma função mais ‘cosmética’, ‘artesanal’, ‘comercial’ e, por isso mesmo de baixa estima social.

Para Starr (1991), o distanciamento da odontologia da ciência médica e o seu status inferior, adquirido em razão da atividade manual, pode ser o fator pelo qual a odontologia não foi incorporada à medicina.

Segundo Carvalho (2006, p. 59 e 60), a odontologia emerge no século XIX, de uma prática dedicada à comercialização de artefatos e serviços dentários dirigida para uma minoria afluyente. E por várias razões históricas ela se torna bem sucedida no seu propósito de profissão independente:

- 1) A disseminação das doenças bucais, principalmente a cárie dentária, na primeira metade do século XIX, em decorrência da evolução do mercado de açúcar, favoreceu a expansão e transformação do consumo de serviços odontológicos.
- 2) A existência de condições técnicas e econômicas em torno à prática odontológica, o que tornou possível atender ao crescimento da demanda, pelo mesmo motivo, essa expansão possibilitou um maior desenvolvimento técnico e científico da prática. Essas condições possibilitaram os recursos e instrumentais necessários para a criação das suas organizações profissionais.
- 3) A proliferação de grupos distintos de praticantes de odontologia encorajou os ‘dentistas’ a estabelecerem estratégias protecionistas em volta da jurisdição, através da organização de associações e escolas e da criação de leis e credenciais para garantir o monopólio do mercado odontológico.
- 4) O desenvolvimento de uma noção utilitária da odontologia e a luta para a obtenção de reconhecimento público, partindo de um trabalho mecânico para uma arte cientificamente fundamentada, e a modificação de sua condição social, de um produto de luxo e supérfluo para uma atividade *pública indispensável*, dedicada, principalmente, para o *alívio da dor de dente e do sofrimento humano* (grifo nosso).

- 5) O desenvolvimento de teorias científicas sobre os problemas dos dentes e da boca favoreceu o estabelecimento das condições econômicas para o financiamento de novas descobertas. Assim, os dentistas puderam justificar a necessidade da sua existência enquanto profissão exclusiva e sustentar a demanda jurisdicional e controle sobre o mercado de serviços bucais. Argumentaram que o trabalho odontológico era complexo e era necessário *defender os interesses da população* e assegurar proteção aos usuários, eliminando o 'ignorante' (grifo nosso).

Se esse conjunto de argumentos é apresentado em uma dimensão histórica, deve ser mencionada a incorporação tecnológica na prática odontológica e os escusos interesses das empresas de equipamentos e materiais odontológicos.

Para além do discurso de uma prática cientificamente fundamentada que objetivava defender os interesses da população e aliviar a dor e o sofrimento, faz-se necessário elucidar o grande interesse do capital no mercado de produção de insumos e materiais odontológicos. Nas palavras de Narvai (1994, p. 21):

“Milhões de dólares são movimentados anualmente no Brasil a partir de interesses relacionados às idéias de “odontologia” e/ou “saúde bucal”. A produção, distribuição e consumo de uma enorme quantidade de bens e serviços dinamizam uma complexa estrutura que se estende por todo o território brasileiro e tem raízes dentro e fora do país”.

Esse autor traça as características marcantes da odontologia de mercado: ineficaz, ineficiente, descoordenada, má distribuída, de cobertura baixa, complexa, enfoque curativo, monopolista, mercantilista e inadequada no preparo dos recursos humanos. E explica: “mercantilista na medida em que faz da saúde um bem de troca sujeito às leis econômicas não só no campo da iniciativa privada, como também na pública, que estimula mediante mecanismo de compra de serviços (ibidem, p. 83).

Ainda adentrando na essência da Odontologia de mercado Botazzo (2002, p.22) faz uma oportuna crítica:

[...] “critica-se na profissão o mercantilismo, o elitismo e o pronunciado gosto pela superfície do seu objeto”.

O mesmo autor ainda referindo-se sobre essa prática afirma (Botazzo, 2006).

“A compreensão defendida é que o desenvolvimento da profissão acontece historicamente sem interferir muito na doença. Não se trata de recusar a melhoria dos indicadores de saúde bucal. É preferível afirmar que os índices de cárie diminuíram apesar da odontologia”.

Desse modo, seria possível afirmar que no Brasil, o modelo de realizar a odontologia enquanto campo de práticas passou a reproduzir, integralmente, o modelo educacional da prática odontológica da escola norte-americana. Essa prática, no início do século XX, seguia os padrões assistenciais da medicina. Caracterizada como cientificista ou flexneriana, privilegiava o indivíduo como objeto de prática e responsável pela saúde e estava voltada exclusivamente para o setor privado (BRASIL, 2006b).

Quanto à disputa pelo monopólio do mercado é importante destacar que a profissão odontológica não evoluiu a partir de um único tipo de praticante<sup>2</sup>, mas sim pela competição de diferentes grupos ocupacionais pelo controle profissional do crescente mercado de trabalho odontológico. A partir da segunda metade do século XVIII, a prática odontológica esteve constituída de uma diversa rede de praticantes, qualificados ou não. Assim, regulamentar a profissão tornou-se uma condição indispensável para garantir os benefícios do crescente mercado de serviços a um único grupo: os dentistas credenciados (Carvalho, 2006, p. 59).

Em 1800, nos Estados Unidos, os números de praticantes na área odontológica eram em torno de cem. Decorridos dez anos, contabilizavam trezentos, e em 1840 chegaram a doze mil. Na Inglaterra aconteceu o mesmo processo de expansão: em 1801, eram 44 praticantes; em 1811, 65; em 1821 eram 110 e, em 1841, havia 347 dentistas (CIGRAND, 1892, p.233; HILLAM, 1991, P.76).

---

<sup>2</sup> Existiam vários grupos ocupacionais envolvidos no mercado da prática odontológica: barbeiros, ferreiros, ourives, relojoeiros, boticários, barbeiros, cirurgiões e médicos. Muitos deles prestavam serviços odontológicos como atividade complementar à sua atividade de origem; outros tornaram-se dentistas em tempo integral, que se intitulavam especialista da 'arte dental' (HILLAM, 1991 apud CARVALHO, 2006).

Os discursos proferidos pelos cirurgiões-dentistas dirigidos à própria categoria, ao público leigo e ao Estado, neste último caso com vistas à regulamentação da ocupação, expressavam os argumentos quanto a quem deveriam produzir (e, mais tarde, quem poderia) e como deveriam ser produzidos os serviços de odontologia, na tentativa de convencê-los da necessidade do monopólio de um único grupo, dos dentistas credenciados, sobre esse recém-criado campo de saber. Proposta que foi legitimada pela inauguração da primeira escola de odontologia em Baltimore, nos Estados Unidos, em 1839 (CARVALHO, 2006, p.72).

Para Warmling et al (2006) a estratégia utilizada para esse controle foi desqualificar os práticos, pois a prática dos formados ainda não era socialmente aceita. Quando os formados postulavam a separação dos práticos e a regularização da profissão, argumentando uma prática mais científica, utilizando as redes de poderes que estavam ao seu alcance para incitar a sociedade a se posicionar ao seu lado, e antes de tudo, desejavam estabelecer uma prática diferenciada, porém essa prática não foi claramente diferente.

Para esses autores, os saberes e práticas sobre a boca foram constituídos socialmente, e seu exercício, em conexão com os acontecimentos gerais, forçou o caminho da profissão para o confinamento nas instituições, nas leis profissionais e no ensino.

Ao adentrar na história da prática odontológica no Brasil, Narvai & Frazão (2008, p. 1) descrevem que desde o Brasil colônia, vários dispositivos legais foram ao encontro da regulamentação profissional. O período colonial foi marcado pela ausência de conhecimento científico, práticas rudimentares e a falta de infra-estrutura. Com o passar do tempo, foram chegando lentamente de Portugal os mestres e cirurgiões e barbeiros, que em 1521 para exercerem a profissão precisava de uma licença dada pelo Cirurgião-Mor da Corte Portuguesa.

No século XVII, surge a primeira legislação portuguesa referente à Odontologia, a Carta Régia de Portugal, de 09 de Novembro de 1629 (SILVA & SALES-PERES, 2007).

Mudanças administrativas aconteceram com a chegada da família real, em 1808; já em 1811 foi expedida a primeira “Carta de dentista” para um

português, que o autorizava a tirar dentes. Decorridos cinco meses um brasileiro recebeu a mesma carta. Até o final do século XIX, grande parte da assistência odontológica se realizava no campo das forças armadas, devido à criação do cargo de cirurgião-sangrador no Hospital Militar da Corte em 1809 (NARVAI & FRAZÃO, 2008, p. 3).

No que se refere ao desenvolvimento do sistema de ensino da profissão<sup>3</sup>, na segunda metade do século XIX, o exercício da prática odontológica, tanto por dentistas brasileiros quanto por estrangeiros, exigia a aprovação em um exame de habilitação realizado apenas pelas Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia (MOTT et al, 2008).

Ainda de acordo com os autores o ensino da odontologia no Brasil começou em 1884, quando foram criados os cursos de odontologia anexos as Faculdades de Medicina do Rio de Janeiro e da Bahia. Inicialmente o curso era ministrado em três anos, foi reduzido para dois anos a partir de 1890, quando se passou a exigir um diploma obtido nos cursos recém-criados, ou exame de revalidação realizado nas referidas faculdades, para brasileiros e estrangeiros que queriam exercer a profissão no Brasil e tivessem obtido o diploma no exterior. Para Warmling et al (2006) os cursos de odontologia anexos aos cursos de medicina ou de farmácia no início do século XIX culminou com a federalização do ensino superior do Brasil.

Apenas em 1933, na Era Vargas, houve a regulamentação dos práticos, onde foi expedido o Decreto nº 23.540, o qual fixava a data de 30 de junho de 1934 como a data limite para a concessão de licença aos práticos em exercício (ROSENTHAL, 2001 apud NARVAI & FRAZÃO, 2008).

---

<sup>3</sup> O primeiro curso de Odontologia de São Paulo começou a funcionar em 1902, na Escola Livre de Farmácia. Foram criadas novas escolas estaduais ou livres (particulares), anexas aos cursos de medicina e de farmácia, ou vinculada à associação de classe. Somente em São Paulo foram criadas, entre 1902 e 1924, dez escolas: EFOOSP – Escola Livre de São Paulo, Escola de Farmácia, Odontologia e Obstetrícia de São Paulo, Escola de Farmácia e Odontologia de São Paulo, Faculdade de Odontologia de São Paulo (1902) e a Universidade Livre de São Paulo (1911) que funcionou até 1917; Pingamonhagaba (1913), São Carlos (1914), Mococa (1916), Itapetininga (1921), Jaboticabal (1923), Araraquara (1923) e Ribeirão Preto. Em Minas Gerais: Juiz de Fora (1904), Belo Horizonte (1907), Silvestre Ferraz, hoje Carmo de Minas (1911), Alfenas (1914), Ouro Fino e Leopoldina (não foi localizado as datas) (Campos, 1966; Eyer, 1929 apud Mott et al, 2008).

Os dispositivos legais mais relevantes para o exercício da profissão foi a Lei nº 1.314 de 17 de janeiro de 1959<sup>4</sup> e a lei nº 5.081 de 24 de agosto de 1966<sup>5</sup> que regulamentou o exercício da profissão até os dias atuais. Em 1964, foi instituído o órgão oficial de auto-regulação da profissão, o Conselho Regional de Odontologia<sup>6</sup> (WARMLING et al, 2006).

Esses vários dispositivos legais, instituídos desde o Brasil colônia, se constituíram nas bases da regulação profissional ainda hoje vigente.

O modelo assistencial que desde então foi implantado no país se constitui em um ateste de sua própria ineficácia quando se observa dados recentes pertinentes à saúde bucal dos brasileiros.

Apesar de serem evidentes os números que demonstram o consumo crescente de serviços odontológicos, persiste um notável padrão de desigualdade no acesso. Assim, em pleno século XXI têm-se 28 milhões de brasileiros que nunca visitaram um dentista, somados a outro grande contingente de mutilados – desdentados, o que pode ser constatado pelos dados das PNADs - Pesquisa Nacional de Amostras por Domicílios - de 1998 e 2003 analisados por Pinheiros & Torres (2006), revelando que decaiu de 18,7% para 15,9% a população brasileira que nunca foi ao dentista. As autoras mostraram que essa diminuição não aconteceu em todos os estados do país; em alguns deles, houve um aumento desse percentual (em Rondônia, 12,7%; no Amapá, 7,5%; no Amazonas, 5,8%; em Alagoas, 3,8%; em Pernambuco, 0,5%). Entre as macros – regiões a redução ocorreu de forma desigual, evidenciando as iniquidades no acesso aos serviços de saúde bucal.

---

<sup>4</sup> Brasil. Decreto-lei nº 1.314 de 17 de janeiro de 1951. Regulamenta o exercício profissional dos cirurgiões-dentistas. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1951; 18 jan (WARMLING et al, 2006).

<sup>5</sup> Brasil. Decreto-lei nº 5.081 de 24 de agosto de 1966. Regula o exercício da odontologia. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1966; 26 ago (WARMLING et al, 2006).

<sup>6</sup> Brasil. Lei orgânica nº 4.324 de 14 de abril de 1964. Institui o Conselho Federal e os Conselho Regionais de Odontologia e dá outras providências. Diário Oficial da República Federativa do Brasil 1964; 15 abr (WARMLING et al, 2006).

A marca do descaso da odontologia com os brasileiros também aparece nos dados do último levantamento de saúde bucal - SB Brasil 2003 mostrando que 10,23% da população, entre 65 a 75 anos, tem vinte dentes ou mais, quando a meta preconizada pela Organização Mundial de Saúde é 50% (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003). Esses dados demonstram inequivocamente o caráter de classe no acesso à assistência odontológica no país.

Outro dado relevante que deve ser abordado e discutido é o fato do Brasil ser o país com o maior número de cirurgiões-dentistas do mundo. Apesar desse fato, de per si, não responder pelo fenômeno da precarização do trabalho, tampouco justificá-lo, talvez explique, em parte, o barateamento dessa mão-de-obra, pela grande disponibilidade de profissionais que são acrescentados a cada ano no mercado de trabalho. Deve ser lembrada, ainda, a nítida opção do Estado de favorecer e instaurar a expansão do livre mercado, o que inclui as escolas de ensino privada.

De acordo com dados do INEP - Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais - o Brasil possui 197 cursos de odontologia cadastrados, o que representa um contingente de 9000 cirurgiões-dentistas formados por ano, equivalendo a um acréscimo de 7% ao ano, comparando com a população geral que cresce apenas 2% (BRASIL, 2009).

Em números absolutos o país dispõe hoje de aproximadamente 219.575 profissionais cadastrados no CFO - Conselho Federal de Odontologia, o que representa 19% dos dentistas em escala global; estima-se um quantitativo de um pouco mais de um milhão desses profissionais no mundo (MORITA et al, 2010, p.19).

Morita et al (2010, p.47), ao analisaram a evolução dos cursos de odontologia verificaram que uma significativa expansão (132%) desses cursos ocorreu entre os anos de 1992 (85) até 2008 (197). Contudo, faz-se necessário destacar que são majoritariamente de **instituições privadas** (72%). Detalhando a proporção de instituições privadas e públicas nas regiões do país, observa-se que apenas o Nordeste tem a mesma proporção, onde 16 são privadas e 16 são públicas. Nas outras regiões a proporção de instituições privadas é sempre superior à pública. No Sudeste, são 75 para 23; no Sul são 22 para 11; no Centro - Oeste são 11 para 3 e na Região Norte, são 15 para 4.

Ainda no mesmo estudo, as autoras elucidam os dez estados brasileiros que possuem a maior parte (84,5%) dos profissionais do país e Pernambuco está entre eles (Tabela 1). No estado, a média população/número de cirurgiões-dentistas é de 1.561(8.485.386 habs para 5.598 dentistas – IBGE, 2007). Vale ressaltar ainda, fato importante para a presente pesquisa, que o município do estado com menor razão população/cirurgiões-dentistas é o Recife: 1 dentista para cada 467 habitantes (Ibidem, 2010, p.31).

**Tabela 1 - As Dez Unidades da Federação com maior número de cirurgiões-dentistas, Brasil, 2008.**

| C.R.O         | CD             | %           |
|---------------|----------------|-------------|
| DF            | 5255           | 2,4         |
| <b>PE</b>     | <b>5598</b>    | <b>2,55</b> |
| GO            | 6738           | 3,07        |
| BA            | 7538           | 3,44        |
| SC            | 7763           | 3,54        |
| RS            | 13123          | 5,99        |
| PR            | 13675          | 6,24        |
| RJ            | 26194          | 11,95       |
| MG            | 26728          | 12,19       |
| SP            | 72508          | 33,08       |
| <b>BRASIL</b> | <b>219.575</b> | <b>100</b>  |

Fonte: Sistema de Informação do CFO, 2008. Pesquisa: “Perfil atual e tendências do CD brasileiro”, 2010.

Faz-se necessário destacar que a distribuição dos cirurgiões-dentistas não é equitativa entre as regiões do país. Segundo o CFO, 55,5% dos odontólogos estão no Sudeste, 17% no SUL, 14,5% no Nordeste, 9% no Centro-Oeste e 4% no Norte (CFO, 2009).

A oferta de cursos de aperfeiçoamento profissional (pós-graduação) se constitui em um apelo de mercado consoante o modelo de ensino superior em saúde: desconectado com o perfil epidemiológico da população; especializado ao extremo; fragmentado; com ênfase na incorporação de alta tecnologia; dito de outra forma, inspirado nos pressupostos flexinerianos<sup>7</sup>.

Os dados são alarmantes: somando apenas a oferta da ABO – Associação Brasileira de Odontologia e da APCD – Associação Paulista de cirurgia-dentista, o valor da oferta é nada mais, nada menos do que 16.219 cursos na modalidade especialização, dos quais 13.397 são ofertados pela ABO e 2.822 pela APCD. O único estado brasileiro no qual a ABO não oferece cursos é o Amazonas; o estado que possui o maior número de cursos é o Piauí (2035) e o menor é o Amapá (43). Em Pernambuco, são ofertados 255 cursos (MORITA et al, 2010, p.49-51).

Esse vertiginoso ciclo de abertura de escolas e/ou cursos de odontologia com natureza privada, acontece em meados da década de noventa, no contexto da reforma do Estado, período no qual o Ministério da Educação fomentou de modos distintos a expansão desses estabelecimentos, em consonância com o ideário neoliberal da privatização do ensino.

Vieira, Rego, Amâncio Filho, (2006, p. 37) apresentam os resultados da privatização do ensino superior no país. Todas as graduações do setor saúde estão sendo ofertados majoritariamente por cursos particulares: 70% (1.989) em instituições privadas contra 30% (851) pública, com exceção da Medicina, que a oferta pública é uma pouco maior do que a oferta do setor privado (65 para 60), dados de 2003.

Ainda segundo os autores, dentre as razões do excessivo número de cursos, com as consequências daí advindas, destacam-se as mudanças provocadas pela Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB-Lei nº 9394/96 implementada em 1997), que favoreceu a criação de cursos e a privatização do ensino, em virtude da autonomia concedida às instituições de ensino superior e da possibilidade de flexibilização dos currículos. Outro importante incentivo para o crescimento do sistema de ensino foi o Plano Nacional de Educação elaborado para o decênio 2001-2010, determinando que, ao final do período “sejam ofertadas matrículas em cursos superiores correspondentes a 30% da população de jovens entre 18 e 24 anos” (Ibidem, p. 34 - 35).

---

<sup>7</sup> O paradigma flexneriano é fruto das recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910 pela Fundação Carnegie. O pressuposto flexneriano é coerente com o conceito de saúde como ausência de doença e se expressa por um conjunto de elementos que coexistem e se completam que são: o mecanicismo, o biologismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação e o curativismo (MENDES,1996, p. 232).

Behring (2008, p.22), faz uma importante análise centrada na década de noventa e explica que o Estado ocupa-se em cuidar prioritariamente das condições gerais de reprodução do capital e dos excessos cometidos, no cenário de barbárie que se instaurara desde a década anterior sob o comando do mercado livre.

Em nome de uma modernidade falaciosa e da inserção passiva na nova dinâmica do capitalismo contemporâneo, o Brasil não estaria andando para frente, mas no sentido inverso, interpretado por Behring como “a contra-reforma do Estado<sup>8</sup>”. Ainda, segundo a autora esse caminho se revelou profícuo e implicou um profundo retrocesso social em benefício de poucos. Significou o abandono das possibilidades de ruptura com a heteronomia e de uma redemocratização política e econômica inclusiva dos trabalhadores e da maioria da população brasileira (2008, p. 22).

Ampliando essa abordagem para o setor saúde, Machado (2008, p.319) demonstra que, feita a projeção para cinco anos, considerando o novo *boom* de escolas de saúde, poder-se-ia afirmar que o mercado de trabalho terá à disposição uma oferta anual do dobro e, em alguns casos, do triplo da mão-de-obra disponível em 2004. O quantitativo nesse ano foi bastante expressivo: 15.856 psicólogos; 17.290 Nesta parte do trabalho tem-se o intuito de resgatar como se deu o processo de profissionalização na odontologia e a conformação do mercado de serviços odontológicos, além de se desvendar o interior das disputas entre os diversos grupos de praticantes da profissão pelo monopólio desse mercado. Pois, não é possível compreender as transformações que ocorreram na esfera do trabalho no setor odontológico e a elucidação dos seus problemas sem tomar em conta o processo histórico de mudança da profissão.

---

<sup>8</sup> O modelo da “reforma” do Estado, atribui ao Estado um papel coordenador suplementar. Se a crise se localiza na insolvência fiscal do Estado, no excesso de regulação e na rigidez e ineficiência do serviço público, há que reformar o Estado, tendo em vista recuperar a governabilidade ( legitimidade) e a governança ( capacidade financeira e administrativa de governar). A perspectiva da reforma é a garantir taxas de poupança e investimentos adequadas, eficiente alocação de recursos e distribuição de renda justa. O lugar da política social no Estado social – liberal é deslocado: os serviços de saúde e educação, dentre outros, serão contratados e executados por organizações públicas não-estatais competitivas. Segundo Bresser Pereira, o mentor da formulação da reforma: É um Estado social-liberal porque está comprometido com a defesa e a implementação dos direitos sociais definidos no século XIX, mas também é liberal porque acredita no mercado, porque se integra no processo de globalização em curso, com o qual a competição internacional ganhou uma amplitude e intensidade historicamente novas, porque é resultado de reformas orientadas para o mercado (BEHRING, 2008, P. 173).

Para a autora, se essa expansão não se fizer acompanhar de políticas públicas regulatórias e adequadas, poderá produzir desequilíbrios entre a oferta e demanda de profissionais no mercado de trabalho (Ibid., p, 320).

Tal argumento viria ao encontro da lei de mercado segundo a qual o excesso de mão-de-obra disponível é o meio para barateá-la e explorá-la (Ibidem, p. 320).

Na mesma direção, Tavares (2004, p.115) argumenta que as transformações na relação capital-trabalho fatalmente vêm resultando em prejuízo no pólo mais fraco, especialmente quando existe uma quantidade de força de trabalho disponível muito maior que as necessidades de valorização do capital. Nessa circunstância, o capital promove meios para continuar alcançando o seu fim, dispondo da força-de-trabalho que necessita mediante formas que reduzam significativamente seus custos.

Frente às questões apontadas, faz-se necessária uma discussão que ultrapasse os limites de uma odontologia eminentemente técnica, individualista, discriminatória, mercantilizada, carente de uma articulação com outros campos do conhecimento, que possa ultrapassar a lógica da cura da doença. Inegavelmente existe um grande fosso entre possuir uma prática odontológica tecnicamente “avançada”; uma grande disponibilidade de profissionais e garantir melhorias na atenção à saúde bucal dos brasileiros.

### **3.3.1 A Política Nacional de Saúde Bucal**

Como demonstrado anteriormente, no Brasil o cerne da prática profissional da odontologia sempre foi a esfera privada. O setor público que até os anos cinquenta limitava-se à regulação da prática profissional, progressivamente passa a oferecer assistência odontológica para os escolares, como se relata a seguir. Na verdade, por aproximadas cinco décadas não se pode falar de uma política de saúde bucal no país.

Historicamente, a prestação de serviços de saúde bucal no Brasil, caracterizou-se por ações de baixa complexidade, na sua maioria curativa e

mutiladora, com acesso restrito a grupos populacionais específicos. A grande maioria dos municípios brasileiros desenvolvia ações para a faixa etária escolar, de 6 a 12 anos. Os adultos e os idosos tinham acesso apenas a serviços de urgência, geralmente mutiladores. Isso caracterizava a odontologia como uma das áreas da saúde com extrema exclusão social. Nos últimos anos, apenas algumas experiências isoladas ampliavam o acesso e desenvolviam ações de promoção e prevenção, além de atividades curativas mais complexas. Não havia uma política nacional para o setor (BRASIL, 2006b).

Uma modalidade estatal de produção de serviços odontológicos surge no início dos anos cinquenta. Foi com o SESP – Serviço Especial de Saúde Pública (criado em 1942), implementado em Aimorés - MG e em seguida em vários municípios do Norte, Nordeste e Sudeste, os primeiros programas de odontologia sanitária no Brasil (NARVAI, 1994, P. 79).

Ainda segundo o autor, entre os anos 50 e fins dos anos 80, a assistência odontológica pública no Brasil era caracterizada pela predominância de assistência a escolares (na maioria das vezes com sistema incremental). Para o restante da população, a assistência se dava de forma pulverizada nas diversas instituições, entre elas as conveniadas com o Sistema Previdenciário (INAMPS), as Secretarias Estaduais de Saúde e entidades filantrópicas (NARVAI, 1994).

O autor denomina esse modelo de Odontologia Sanitária. A ferramenta teórica utilizada foi denominada de “sistema incremental”, principalmente para escolares. Consistia em atendimento dental completo, eliminando as necessidades acumuladas e controlando posteriormente, segundo critérios de prioridades quanto a idades e problemas (Ibid., p.29).

A população com idade escolar era o alvo dessa intervenção, tidos como epidemiologicamente mais vulnerável e, ao mesmo tempo, a mais sensível às intervenções de saúde pública. Assim, métodos e técnicas de planejamento e programação em saúde passaram a fazer parte do cotidiano de dezenas de profissionais de odontologia em várias regiões do País (NARVAI, 2006).

A partir da década de 70, com a eclosão do movimento da Reforma Sanitária Brasileira uma nova conjuntura política no país foi formada visando o enfrentamento da polarização da “saúde pública” e a “saúde previdenciária”. De

modo que as principais deliberações realizadas na 8ª CNS – Conferência Nacional de Saúde, em 1986, foram acolhidas na Constituição da República Federativa do Brasil.

Apenas posteriormente à Constituição de 1988, que do ponto de vista jurídico garante o direito à saúde, surge o movimento de luta pela inclusão da saúde bucal no SUS. Fazia-se necessária a implantação de uma política de Estado que garantisse o acesso universal aos serviços odontológicos visando uma mudança na história da saúde bucal brasileira, até então, marcada por uma prática de curativista e excludente, em consonância com os interesses mercantis.

Forças democráticas que defendiam a saúde bucal como direito intrínseco de cidadania aglutinaram-se num projeto comum de superação da exclusão social, entendendo que o resgate do direito do cidadão brasileiro à atenção odontológica, objetivava a superação do histórico abandono e do escasso compromisso público com a saúde bucal da população (OPAS/MS, 2006).

Narvai & Frazão (2008, p. 10) esclarecem que a inserção da saúde bucal no SUS tem sido marcada por conflitos e contradições, desde a 1ª CNSB - Conferência Nacional de Saúde Bucal, realizada em 1986, quando essa inserção foi proposta. Porém, os governos que se sucederam desde então não acataram essa deliberação. As respostas ao conflito foram centralizadas e verticalizadas, além de incoerentes com a proposta do SUS. O conflito do período pode ser visto através das respostas dadas pelo governo federal. Pelo lado do MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social, criou-se um Departamento de Odontologia no INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social e em 1988 foi implementado um Programa Nacional de Controle de Cárie Dental com uso de selantes e Flúor (PNCCSF).

De modo equivalente e complementar à iniciativa do INAMPS, o MS definiu em 1989 uma “Política Nacional de Saúde Bucal”<sup>1</sup> e no mesmo ano lançou o PRECAD - Programa Nacional de Prevenção de Cárie Dental (Ibidem, P.11).

---

<sup>1</sup> BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde Bucal. Política Nacional de Saúde bucal. Brasília: MS;1989 (Documentos Técnicos, série A, DNSB 5).

Ainda para os autores, em 1989, com a eleição direta de Fernando Collor de Mello, os programas mais importantes - PNCCSF e PRECAD foram extintos. O então presidente definiu o documento “Plano Quinquenal de Saúde” (BRASIL, 1990) – A saúde do Brasil Novo (1990 -1995), onde não foi explícita uma política específica para a saúde bucal. Mencionava-se apenas metas para câncer de orofaringe e doença periodontal. Quanto à cárie estava definido uma redução do número de dentes atacados por cárie aos 12 anos de 6,7 em média para 4,3 até 1995 (Ibid.).

É importante registrar que no cenário dos anos noventa e contexto do governo Collor, sob a égide político-ideológica do neoliberalismo, a odontologia de mercado expande-se vertiginosamente.

A conseqüência do descaso do Estado frente aos problemas de saúde bucal da população brasileira foram os alarmantes resultados da situação de saúde bucal conforme apresentados antes, claramente evidenciada por pesquisas realizadas pelo MS nos anos de 1986, 1996 e 2003 (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006b).

Na perspectiva de recuperação da política de saúde bucal, é importante registrar que em 2000 (6º ano do governo FHC), é editada pelo Ministério da Saúde a Portaria 1.444, estabelecendo o incentivo financeiro para a reorganização da atenção à saúde bucal prestada pelos municípios por meio do Programa de Saúde da Família (Brasil, 2000). Em 2002, existiam 4.261 ESB e 16.698 ESF (BRASIL, 2010), embora nenhuma avaliação tenha sido publicada quanto ao impacto dessa medida.

A mudança mais significativa irá ocorrer no governo de Luis Inácio Lula da Silva, quando em 2004 e como resultado de um conjunto de determinantes, foi finalmente formulada a Política Nacional de Saúde Bucal sob a designação de “Programa Brasil Sorridente”.

Nesse contexto, a saúde bucal passou a fazer parte da agenda política, constituindo-se em prioridade do atual governo federal, com aumento significativo dos investimentos que passaram da ordem de R\$ 56 milhões em 2002 para um montante de R\$ 545 milhões investidos em 2006 (OPAS/MS, 2006).

O Coordenador Nacional de Saúde Bucal explica o que vem a ser essa Política (PUCCA JR, 2006):

“Em primeiro lugar é preciso deixar claro que o Brasil Sorridente é a política nacional de saúde bucal e não uma política apenas do governo federal. O Brasil Sorridente é, portanto, a política de saúde bucal do Sistema Único de Saúde. É a primeira vez na história que o governo federal desenvolve uma política nacional de saúde bucal, ou seja, um conjunto de ações que fosse maior do que apenas os incentivos isolados à saúde bucal concedidos até o ano de 2002. Para a organização deste modelo, é fundamental que sejam pensadas as linhas do cuidado da criança, do adolescente, do adulto, do idoso, com a criação de fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar”.

E completa: assumimos alguns pressupostos, entre eles: qualificar a atenção básica, assegurar integralidade das ações, utilizar a epidemiologia e as informações sobre o território para subsidiar o planejamento, centrar a atuação na vigilância em saúde, financiar e definir uma agenda de pesquisa científica. Essa política, então, está estruturada em grandes frentes de ação, dentro das quais estão sendo conduzidas suas atividades.

Segundo as Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal (MS, 2004), a reorientação do modelo adota como eixo o conceito do cuidado, respondendo a uma concepção de saúde centrada não somente na assistência aos doentes, mas, sobretudo, na promoção da boa qualidade de vida e na intervenção nos fatores de risco. A ampliação das ações programáticas e o desenvolvimento das ações intersetoriais se expressam na construção de “políticas saudáveis”, objetivando o desenvolvimento de estratégias voltadas a todas as pessoas da comunidade; como por exemplo, possibilitar acesso à água tratada, incentivar a fluoretação das águas, o uso de dentifrícios fluoretados e assegurar acesso a cuidados odontológicos básicos apropriados para todos.

Na PNSB, especial atenção tem sido dedicada à inserção das Equipes de Saúde Bucal no PSF. De dezembro de 2002 até dezembro de 2005 foram implantadas 8.342 novas equipes de saúde bucal (ESB) em unidades de saúde da família, chegando a um total de 12.603 ESB, o que representa um aumento de mais de 195% no número dessas equipes. Nesse mesmo período, a proporção de Equipes de Saúde da Família que possui profissionais de saúde

bucal, passou de 25,5% para 51,3%. Dessa forma, o cuidado em saúde bucal passou a exigir a conformação de uma equipe de trabalho que se relacione com usuários, no sentido da criação de vínculos e com participação na gestão dos serviços, de modo a dar respostas às demandas da população e a ampliar o acesso às ações e aos serviços de promoção, prevenção e recuperação da saúde (OPAS/MS, 2006).

Souza & Roncalli (2007) argumentam que o aumento do incentivo financeiro concedido pelo Ministério da Saúde para a saúde bucal no PSF nesses últimos anos é reflexo da sua relevância no novo momento político do Brasil.

Contudo, ainda há uma grande distância entre as coberturas ofertadas pelas Equipes Saúde da Família e as equipes de saúde bucal. Em março de 2010 existiam 30.782 ESF e 19.349 ESB implantadas (BRASIL, 2010).

No âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal e sob o argumento de reorientação da atenção secundária na saúde bucal, visando garantir a integralidade da atenção, são implantados os Centros de Especialidades Odontológicas. A implantação dos CEOs objetiva possibilitar acesso aos procedimentos especializados em saúde bucal. Dados do Ministério da Saúde (Brasil, 2010) mostram que após a implantação desse serviço houve um aumento de 250% nesses procedimentos, considerando que em 2003, eles equivaliam a 3,3% do total de procedimentos realizados em saúde bucal. Em 2008, esse percentual aumentou para 11,5%.

Também são bastante expressivos os investimentos federais na atenção secundária em saúde bucal, variando de um montante de R\$ 4.687.200 em dezembro de 2004 para R\$ 78.009.096,91 até abril de 2010, significando um aumento de 732%. Hoje, existem 832 CEOs implantados em todo Brasil; em 2004 existiam apenas 100 serviços (BRASIL, 2010).

Sobre o incentivo à expansão da atenção secundária na atenção à saúde bucal a Coordenação Nacional de Saúde Bucal argumenta que (PUCCA JR, 2006):

[...] “É a primeira vez que o governo federal passa a oferecer à população tratamento odontológico especializado na rede pública”.

[...] “A quase totalidade era de procedimentos mais simples, como extração dentária, restauração, aplicação de flúor e resina”.

De fato conquistamos uma Política de Estado, e não de governo. E tal conquista é de grande peso e estima. Porém, é necessário não perder de vista a experiência história do SUS, que aos vinte anos, mostra a todo momento que a disponibilidade do instrumento legal não necessariamente significa seu cumprimento. E os motivos são diversos...

Esta pesquisa não pretende analisar a implementação dessa Política, isso tem que ficar claro, mas o modo como vem se inserindo a força de trabalho no setor público de saúde, em particular na assistência odontológica, e a repercussão dessa inserção na atenção oferecida à população. Esse é o ponto que será abordado no tópico a seguir.

### **3.3.2 Configuração atual da organização do trabalho na atenção à saúde bucal**

No Brasil, os problemas que compõem o cenário da exploração da força de trabalho em saúde têm raízes na estrutura socioeconômica e política. O país assume desde os anos noventa os pressupostos da política neoliberal alicerçada no processo de desregulamentação dos mercados de capitais e do trabalho; nas medidas de ajuste com cortes financeiros das políticas sociais, como trabalho, educação, saúde; e na intervenção/ regulação estatal mínima.

De modo oportuno e sintético, Behring (2008, p. 19 e 20) argumenta que o caminho percorrido pelo Brasil para o mundo capitalista moderno – deu-se sob a prevalência de um drama crônico: o mix de heteronomia e conservadorismo político, que refreou historicamente a incorporação econômica política e cultural dos trabalhadores, da massa da população. E explica:

“[...] a nação realizou-se para poucos. O Brasil tornou-se o oitavo PIB do mundo até 1994 (depois disso, o PIB caiu para a 11<sup>a</sup> posição entre os países, segundo o FMI), industrializou-se e urbanizou-se, pela via de modernização conservadoras, conduzidas pelo alto. Foi um país que, fundado no desenvolvimentismo, promoveu saltos para frente, cresceu a taxas impressionantes durante cinquenta anos (em média, 5,6%, entre 1940 e 1980), mas mantendo uma também impressionante desigualdade social... Expressa na imensa concentração de renda e riqueza: constitui-se um pobre país rico”.

Especialmente na década de noventa, o setor público de saúde foi afetado pelas ações governamentais decorrentes da política de “Reforma do Estado”, apontada como necessária para o processo de modernização e inserção do país de forma competitiva no cenário internacional (SOARES, 2000).

Conforme argumenta Merhy (1999), o modelo assistencial vigente nos serviços de saúde guia-se pela ótica hegemônica neoliberal e, na prática, essa visão acaba definindo a missão dos serviços e as conformações tecnológicas, atendendo a interesses poderosos, considerados legítimos. Schraiber et al (1999), afirmam que ao implementar esse modelo “há a tendência de se adotar políticas que passem tanto a desproteger o trabalho e o trabalhador, quanto, no caso da saúde, a regular diretamente o produtor direto dos cuidados, interferindo imediatamente em seus processos de trabalho”.

De acordo com Pires (2000), as alternativas de racionalização utilizadas quando os serviços de saúde tornam-se economicamente inviáveis são: a introdução de inovações tecnológico-organizacionais; a redução da força de trabalho; a redução da força de trabalho qualificada; a redução de salários; a precarização das condições e das relações de trabalho, entre outras. Para a autora “A implementação de uma ou outra medida, ou de um conjunto delas, depende de diversos fatores, especialmente da capacidade dos diversos grupos e classes sociais fazerem valer os seus interesses”.

Ribeiro, Pires & Blank (2004), esclarecem que quando essas medidas não são suficientes, no setor dos serviços privados, esses podem simplesmente fechar, como ocorre nas empresas capitalistas. Já nos serviços públicos, dá-se a interferência de um complexo de fatores macropolíticos na escolha da estratégia de racionalização a ser empregada de acordo com cada momento histórico.

Paim & Texeira (2007), argumentam que a reforma neoliberal além de não resolver problemas estruturais do SUS, tais como a insuficiência e a instabilidade do financiamento público para o SUS; a falta de profissionalização de gestores; a descontinuidade administrativa; o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços; tem produzido efeitos deletérios no mercado de trabalho com as formas de terceirização da gestão e a precarização do trabalho, entre outros.

Com o crescimento mundial do setor de serviços, os trabalhadores de saúde tornaram-se um dos maiores contingentes da força de trabalho (PIRES, 2000). Também no Brasil, o processo de implantação do SUS ampliou a oferta de serviços de saúde, expandindo a oferta de empregos. No entanto, essa expansão se deu através da flexibilização das relações de trabalho, desconsiderando, muitas vezes, os direitos trabalhistas, o que tem resultado em condições de precarização (KOSTER, 2007).

Viana & Dal Poz (2005), apontam que a implantação do SUS resultou na ampliação de pessoal de saúde vinculado às secretarias municipais de saúde, mantendo-se estável nas estaduais e reduzindo-se no nível federal. Tudo isso foi induzido por políticas do Ministério da Saúde de expansão de cobertura e de implantação da Estratégia Saúde da Família, associadas às restrições impostas ao gasto público, proliferando, em decorrência, as múltiplas formas de contratação “flexibilizada” de pessoal.

Na mesma linha de raciocínio, Bolaño et al (2009), argumentam que as reformas no setor saúde caminharam para uma extensa flexibilização das formas de contratação, com a proliferação de modalidades alternativas de vínculos e remuneração.

Nogueira, Baraldi & Rodrigues (2004, p. 2), esclarecem que a noção de trabalho precário em saúde tem sido usada, sobretudo para denotar um déficit de observância de direitos trabalhistas e sociais em situações de emprego mantidas pela administração pública.

Os pressupostos de natureza jurídica envolvidos nessa discussão têm sido os seguintes: a) existem direitos consagrados na Constituição que se aplicam a todo trabalhador, seja do setor público, seja do privado; por exemplo, férias, décimo terceiro salário, licença maternidade, aposentadoria, etc.; b) o Estado como empregador, mais do que qualquer agente privado, deveria garantir a seus empregados os direitos associados ao trabalho. No entanto, no SUS, uma parte substantiva da força de trabalho (que se calcula entre 30% a 50% dos empregados) não usufrui desses direitos, o que caracteriza uma situação de precariedade criada e mantida pela administração pública (Ibid., p. 2).

Para Machado (2005, p. 272), os efeitos da flexibilização contratual geraram no SUS mais de quinhentas mil situações de trabalho em condições precárias, contrariando não só a Constituição como também levando insegurança à prestação de serviço. A autora afirma que as diversas modalidades de contratação, bem como jornadas de trabalho que variam entre 12 a 44 horas, por exemplo, fazem do setor uma “anarquia institucional organizada”. E continua: “O processo e o mundo de trabalho estão se transformando de forma significativa, alterando a modalidade dos vínculos empregatícios, a forma de remuneração e, muito fortemente, o modo de trabalhar configurando-se em arenas competitivas, individualizadas em ambientes pouco saudáveis” (Ibid., 273).

Um questionamento importante é levantado por Cordeiro (2001) com respeito ao desempenho dos trabalhadores, ao alegar que a flexibilização tem gerado insatisfação e diminuição do compromisso público do servidor de saúde, baixa estima, fragmentação do trabalho e descontinuidade na prestação de ações de saúde.

Em trabalho mais recente, Machado (2008, p.311) demonstra uma expressiva expansão do emprego em saúde nas últimas décadas. Se, em 1980, o setor contava com 573.629 empregos, em 2005, contabilizavam-se mais de dois milhões e quinhentos mil, sendo que 1.448.749 deles estavam no setor público. Esse crescimento resultou da significativa transformação do sistema de saúde brasileiro nas últimas duas décadas.

Contudo, a distribuição desses postos de trabalho, do ponto de vista das regiões brasileiras, é bem distinta. Observa-se uma proporção mais elevada de empregos em saúde na Região Sudeste do que a proporção correspondente à população residente. Assim, o Sudeste, que concentra 43% da população do país, dispõe de quase a metade (46,7%) dos 2.566.694 empregos existentes no Brasil. Em contrapartida, a região Norte soma apenas 6,5% desses postos de trabalho, e a sua população corresponde a 7,9% de toda população do país (Ibidem, p. 313).

Outra observação importante é que, indiscutivelmente, a oferta de empregos públicos na saúde nas últimas duas décadas tem sido liderada pela esfera municipal que passa a responder por mais de 65% do total desses

empregos. Assim, a participação das três esferas de governo se altera radicalmente entre 1992 e 2002, quando a esfera federal passou de 15,5% para 8%; a Estadual de 2,9% para 25,6% e a Municipal de 41,7% para 66,3% (MACHADO e OLIVEIRA, 2006, p.63).

Estudos realizados no âmbito do SUS apontam para um cenário de precarização das relações e condições de trabalho. Tomasi et al (2008), realizaram um estudo em 41 municípios (com mais de 100 mil habitantes) em sete estados das Regiões Sul e Nordeste, no qual foram entrevistados 4.749 trabalhadores de saúde. Os dados revelaram que menos da metade (40%) dos trabalhadores ingressaram por concurso público e 30% dos trabalhadores da Região Sul não possuíam os direitos trabalhistas, esse percentual aumentou para 42% na Região Nordeste. Vale ressaltar que condições e relações precárias de trabalho também foram observadas na pesquisa: metade dos trabalhadores entrevistados considerou o ambiente físico do trabalho inadequado e quase dois terços afirmaram que as tarefas que desempenham e as relações institucionais eram impróprias. Na Região Sul, um terço da amostra considerou as relações pessoais insatisfatórias e esse quantitativo alcançou 90% da amostra no Nordeste.

Em outro estudo, também realizado por Tomasi et al (2007), em Pelotas no ano de 2004, concluiu-se que cerca de um terço dos trabalhadores da rede básica avaliou suas condições de trabalho como inadequadas.

O Ministério da Saúde, em 2002, realizou uma pesquisa de Monitoramento da implantação e funcionamento das Equipes de Saúde da Família no Brasil e divulgou que a situação dos vínculos de pessoal na saúde, na maioria dos municípios, é precária. Os dados revelaram que “64,40 % dos médicos e 63,5% dos enfermeiros, nas 12.259 Equipes de Saúde da Família (ESF) pesquisadas, tinham vínculos precários, como contratos temporários, prestação de serviços, contrato verbal, contrato informal e cargos comissionados (desvio de função)” (BRASIL, 2007c, p. 23).

Reis & Garcia (2008), em um estudo de análise documental no Centro de Prevenção e Tratamento de Toxicômanos (CPTT) em Vitória, constataram que o quadro no CPTT se caracterizava por precarização do vínculo de trabalho da maioria dos profissionais, pois mais de 50% deles possuíam vínculo temporário

de trabalho. Esse cenário traz implicações de diferentes ordens para a consolidação do serviço: para a equipe (a rotatividade de profissionais compromete sua articulação; para a dinâmica e continuidade do trabalho, em face de interrupções de projetos; para os usuários, pois compromete a qualidade do atendimento; para a comunidade em geral, que tende a destacar a ineficiência de uma estrutura que deveria ser articuladora da rede de atenção aos usuários de álcool e de outras drogas.

A pesquisa intitulada “Programa de Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho” realizada pelo Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva Observatório Recursos Humanos NESC/UFRN juntamente com o MS em 2006, evidenciou que nesse Programa a soma entre os contratos temporários, contratação comissionada e os sem contrato totalizou o percentual de 47,5% do conjunto dos profissionais, o que demonstra que quase a metade dos profissionais de nível superior que atua no PSF, na Região Metropolitana de Natal tem vínculo instável ou precário. É importante destacar que a existência dessa forma de “vincular” profissionais aos serviços públicos de saúde caracteriza a extrema precarização do emprego no setor. Entre os médicos, o total de profissionais contratados por meio destas modalidades chega a 60,75% (BRASIL, 2006a: 12).

Pode-se afirmar, portanto, que o preceito neoliberal de flexibilização, adotado primeiramente pelo governo federal e posteriormente, pelos governos estaduais e municipais, possibilitaram às três esferas do governo maior liberdade para contratação e remuneração da força de trabalho, em decorrência do que vem se dando transgressões freqüentes à legislação trabalhista e efeitos deletérios para o SUS.

Cabe destacar que ainda são poucos os estudos nessa temática para a área de saúde, além de pouco esclarecedores, tendo em vista a baixa capacidade explicativa dos marcos conceituais que adotam, assim como também na sub-área da odontologia. Para além dos discursos que atribuem o fenômeno apenas às determinações intrínsecas do setor, é necessário contextualizá-lo, pois os processos estruturais afetam a vida social e implicam em transformações no todo social.

De acordo com os preceitos da PNSB, especial atenção tem sido dedicada à inserção e expansão das Equipes de Saúde Bucal no PSF. Assim, a odontologia foi uma das áreas da saúde que mais se expandiu no Brasil nos últimos anos, tornando-se a terceira categoria de nível superior da equipe de saúde, com 57 mil postos de trabalho, depois de Medicina e de Enfermagem. Pode-se dizer que as políticas públicas do governo federal formuladas nos últimos anos contribuíram de forma ímpar para o crescimento das categorias odontológicas, com a implantação das Equipes de Saúde Bucal no PSF e, posteriormente, com o lançamento do Programa “Brasil Sorridente” (BRASIL, 2004).

Quanto à criação de postos de trabalho para os profissionais da odontologia, é indiscutível o significado da implementação da política pública setorial, como também para milhares de brasileiros que passaram a ter a possibilidade de utilizar os serviços de saúde bucal. Questionam-se as formas de contratações, as condições de trabalho, o descaso com os trabalhadores, o clientelismo político e as omissões do Estado frente aos problemas que configuram o mundo do trabalho hoje.

No que se refere às pesquisas no setor público odontológico, os dados do estudo sobre a “Caracterização dos Recursos Humanos nos serviços públicos municipais de saúde bucal no Brasil em 2006” realizada pelo Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NESCON/UFMG), juntamente com a Coordenação Geral da Política de Recursos Humanos do MS, revelam que em relação ao vínculo do cirurgião-dentista que trabalha no PSF a maioria é contratada por meio de prestação de serviço/autônomo, contrariando a legislação vigente para contratação de profissionais nos serviços públicos de saúde (BRASIL, 2006, p. 16).

Ainda em relação ao tipo de contrato, apenas 38,2% dos dentistas são concursados. O vínculo de estatutário predomina nos municípios com mais de 500 mil habitantes, significando 80% dos municípios pesquisados nesta faixa populacional. Nos municípios com até 50 mil habitantes, o vínculo predominante é o de prestador de serviços/autônomo, em torno de 45%. As regiões Nordeste e Centro-Oeste possuem o menor número de municípios com cirurgiões-dentistas concursados no PSF (Ibid., p. 17).

Quanto aos salários, verificou-se que a média foi de R\$ 2.360,00 para o conjunto de municípios pesquisados, correspondendo a 72% dos municípios pesquisados que possuem PSF. No que se refere à variação entre o menor e o maior salário, observou-se uma maior discrepância entre eles. Assim, o menor salário encontrado foi de R\$ 700,00 nos municípios com faixa de 20 a 50 mil habitantes, e o maior salário praticado foi de R\$ 6.600,00 naqueles municípios com 100 a 200 mil habitantes. Quando se analisaram os salários pelas Regiões do país, encontrou-se o menor salário na Região Nordeste (R\$ 700,00), muito próximo ao menor salário das regiões Centro-Oeste e Norte, respectivamente R\$ 710,00 e R\$ 740,00. O maior salário encontrado está na Região Sudeste (Ibid. p. 15).

Em relação à jornada de trabalho, em 85,8% dos municípios pesquisados, a maior parte dos dentistas da Estratégia Saúde da Família possui jornada de trabalho de 40 horas semanais. Em apenas 4,6% dos municípios os dentistas trabalham 20 horas semanais no PSF (BRASIL, 2006, p.14).

Contudo, o que se verifica na prática é o predomínio dos múltiplos vínculos, nos quais o cumprimento dessa jornada é meramente teórico. Essa prática recorrente no funcionalismo público tem raízes no clientelismo político; na ausência de regulamentação do próprio Estado, assim como na inexistência do controle social, além dos direitos legais de acúmulo de empregos. Por outro lado, os precários salários e os vínculos empregatícios desprotegidos forçam a mão-de-obra a acumular outros precários trabalhos.

Na pesquisa do Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva Observatório RH NESC/UFRN juntamente com o MS em 2006, os dados demonstram que em relação aos cirurgiões-dentistas quase a metade (47,16%) é contratada por vínculos precários, somando-se os contratos temporários, comissionados e com os chamados sem contratos.

Lourenço et al (2009), realizaram uma pesquisa em 310 municípios (36,3%) dos 853 existentes no Estado de Minas Gerais os quais haviam implantado Equipes de Saúde Bucal na Estratégia Saúde da Família até o primeiro trimestre de 2004. Os autores puderam constatar que 50,6% dos entrevistados relataram ter formas de contrato precárias tais como, contrato por indicação política, nomeação, licitação, terceirização, contrato por cooperativa,

contrato temporário, contrato de prestação de serviços, etc. Os autores esclarecem ainda que vínculos precários além de não resguardarem os direitos trabalhistas dos profissionais, fazem com que estes fiquem à mercê das mudanças políticas.

Em 93,3% dos 155 municípios pesquisados, em relação à jornada de trabalho, predominaram 40 horas semanais, sendo que para cumprir esta jornada, 10,2% dos cirurgiões-dentistas tinham remuneração abaixo de cinco salários mínimos (R\$ 1.200,00 para o valor referência do SM = R\$ 240,00); 50% recebiam entre 5 e 7,5 salários mínimos (R\$ 1.200,00 a R\$ 1.800,00); 22,3% entre 7,5 e 9 salários mínimos (R\$ 1.801,00 a R\$ 2.200,00) e 17,4% dos cirurgiões-dentistas recebiam um salário acima de nove salários mínimos (acima de R\$ 2.201,00) (LOURENÇO et al,2009).

Moimaz et al (2003), buscaram traçar o perfil das cirurgiãs-dentistas, em Araçatuba, São Paulo. Todavia, os objetivos da pesquisa limitam-se apenas em conhecer a renda mensal, o grau de satisfação e as dificuldades encontradas na prática profissional. Inexiste referencial teórico que embase os problemas da atual situação do mercado de trabalho no setor odontológico, além de não haver referência no que diz respeito às condições e relações de trabalho dessas profissionais. Sobre os resultados da pesquisa, das 100 profissionais entrevistadas, 44% afirmaram que a renda não é compatível com as suas necessidades básicas; a maioria (87%) disse não ser a principal fonte de renda da sua família; 38% delas possuem renda inferior à R\$ 1.500,00. As principais queixas sobre a profissão foram: a baixa remuneração e a saturação do mercado de trabalho.

As recomendações dos autores do estudo citado acima se restringem à “necessidade de reflexão pelas instituições de ensino e entidades de classe sobre as conseqüências desse fato na prática odontológica” (Ibid.). Como se o ensino e a prática realizada estivessem direcionados aos interesses da coletividade e não aos interesses pessoais e do capital.

Outros estudos realizados por Paranhos et al (2009, 2009a, 2009b), sobre o mercado de trabalho odontológico nas Regiões Norte, Centro-Oeste e Sul do Brasil, restringem-se a analisar unicamente a distribuição de cirurgiões-dentistas nas diferentes especialidades odontológicas, analisando a relação CD/habitante

nessas Regiões. A preocupação desses pesquisadores gira em torno do não prestígio social da odontologia e da baixa remuneração da profissão, além da saturação do mercado de trabalho devido à expansão dos cursos de odontologia. E explicam: “são 12 mil recém formados a cada ano, onde há um acréscimo de 7% comparado com a população que cresce 2%, distribuídos de forma irregular pelo território brasileiro”.

No que tange à vertiginosa expansão dos cursos de odontologia em todo país, pergunta-se: Quais os verdadeiros interesses dessa expansão? A expansão se dá em que setor: público ou privado? Como já anunciado, do total de 197 faculdades de odontologia no Brasil, 72% são privadas.

Outro questionamento dos autores é a saturação do consultório privado, o cerne da questão para eles, pois alegam que é devido à “desleal” concorrência do mercado e do baixo poder aquisitivo da população. Tal qual nos primórdios da constituição da profissão, os interesses mercantis se sobrepõem a qualquer outro fator. Se não há “lucro”, não existe prestígio profissional. Nada de novo nesse discurso.

Ainda no que se referem às pesquisas, em um estudo qualitativo, que buscou interpretar os significados dos discursos dos cirurgiões-dentistas sobre as percepções da sua própria inserção e atuação profissional no Programa de Saúde da Família em Fortaleza/CE, Chaves & Miranda (2008) observaram que um dos principais motivos de insatisfação com o exercício profissional no PSF referiu-se às suas condições estruturais e organizativas, consideradas insuficientes ou inadequadas pela maior parte dos entrevistados.

Desse modo, na literatura pesquisada há um consenso incontestado de que a baixa remuneração salarial dos odontólogos na Estratégia Saúde da Família é um obstáculo para a consolidação do serviço público, como um novo espaço para a prática profissional dos cirurgiões-dentistas, condição essa em muito agravada pela forma “precarizada” das contratações.

Por se tratar de um profissional de nível superior, no qual grandes investimentos são feitos na graduação e posteriormente nas especializações, ele idealiza um certo prestígio profissional, um “status” social condizente com o padrão de vida anteriormente estabelecido/previsto. Assim, ao se deparar com a realidade do mercado de trabalho, o que inclui as condições e as formas de

contratações; os baixos salários; as exigências de cumprimento de metas; as quantidades de pacientes a serem atendidos, tanto no setor público quanto no privado, o profissional passa a vivenciar os dissabores da profissão.

Para muitos, desistir e tentar outra profissão torna-se uma possibilidade. Para aqueles que não querem ou não podem retroceder, fica como saída a submissão às novas regras de mercado e a busca por outras alternativas. Não há como dissociar toda essa conjuntura da qualidade do atendimento prestada da condição de vida e profissional desses trabalhadores. Esses fatores estão interligados entre si. E de acordo com a menção anterior, não se pode esquecer que se vive na era do consumo. Para muitos indivíduos, o sentido da vida, a realização pessoal e/ou profissional está alicerçada no padrão de consumo estabelecido pelo capital. Parafraseando Tavares: “Portanto, afora o capital, todos os envolvidos são perdedores”.

## CAPÍTULO IV – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS DO ESTUDO EMPÍRICO

O primeiro percurso metodológico desta pesquisa consistiu na elaboração do caminho teórico para uma devida compreensão do contexto gerador da questão: os problemas da precarização e da intensificação do trabalho na contemporaneidade. O presente estudo trata de uma investigação sobre as relações e condições de trabalho vivenciadas pelos cirurgiões dentistas no Sistema Único de Saúde, no contexto da reestruturação produtiva, sob a ótica desses atores e sob a interpretação da pesquisadora. Desse modo, fez-se uma revisão bibliográfica consistente com o objeto do estudo, abordando o processo histórico da organização do trabalho e suas subseqüentes transformações e impactos para a força de trabalho, buscando um diálogo sobre o assunto com autores relevantes na literatura nacional e na internacional.

O estudo está amparado na corrente de pensamento marxista. Existem duas razões que explicam, ao menos em parte, sua permanente atualidade. Em primeiro lugar, pela reiterada incapacidade do capitalismo em enfrentar e resolver os problemas e desafios originados em seu próprio funcionamento. Na medida em que o sistema prossegue condenando segmentos crescentes das sociedades contemporâneas à exploração e a todas as formas de opressão – com suas seqüelas da pobreza, marginalidade e exclusão social. Assim, exigem uma visão alternativa da sociedade e uma metodologia prática para pôr fim a esta ordem de coisas que continuaram estando presentes. Todos esses elementos não fazem senão ratificar a renovada vigência do marxismo (BORON, 2006, P. 34).

A outra é a usual capacidade que este *corpus* teórico demonstrou para enriquecer-se em correspondência com o desenvolvimento histórico das sociedades e das lutas de classe pela emancipação dos explorados e oprimidos dos sistemas. O marxismo, em suma, é uma tradição vivente que reanima seu fogo na incessante dialética entre o passado e o presente (Ibid., 2006, p.35).

Para reiterar a escolha do pensamento marxista e sua inquestionável atualidade para discutir e interpretar as questões do presente estudo, recorre-se à oportuna interpretação de Lowy (2008, p. 31). O autor faz uma importante

referência ao pensamento de Gramsci quando este insistiu na importância da historicidade do marxismo. Isso implica que o marxismo em sua essência, seja um produto histórico, que suas descobertas científicas e teóricas não sejam leis absolutas, não sejam verdades absolutas e eternas. São produtos da história e, portanto, estão destinadas a serem historicamente superadas, quando estiverem superadas as condições nas quais elas estão válidas e se aplicam, isto é, a existência de uma sociedade de classes.

Sendo assim, não há como negar que se vive em uma sociedade perversa, desigual, injusta, na qual o capitalismo está alicerçado nas contradições que subsume o trabalho ao capital, usurpando a força de trabalho. Não há como se discutir a questão do trabalho na contemporaneidade sem o embasamento na teoria marxista, pois todas as razões citadas acima são presentes na atual sociedade.

Minayo (2008, p. 106) faz uma leitura da perspectiva marxista e argumenta que os princípios que explicam o processo de desenvolvimento social são o materialismo histórico e o materialismo dialético. O primeiro representa o caminho teórico e, por sua vez, a dialética refere-se ao método de abordagem da realidade, reconhecendo-a como processo histórico em peculiar dinamismo, provisoriedade e transformação.

Löwy (2008, p. 27) usa indistintamente os termos dialética materialista, materialismo dialético, filosofia da práxis, método dialético. Para o autor não há uma única maneira de definir o método inaugurado por Marx. Ele argumenta que o método de Marx é antes de tudo histórico; o historicismo é o centro, é o elemento motor, é a dimensão dialética e revolucionária do método.

Gramsci também insistiu sobre a importância da historicidade do marxismo, afirma Löwy (2008, p. 31). Para Gramsci isso implica que o marxismo, ele mesmo, seja um produto histórico, que suas descobertas científicas e teóricas não sejam leis absolutas, nem verdades eternas. São produtos da história e, portanto, estão destinadas a ser historicamente superadas, quando estiverem superadas as condições nas quais elas são válidas e se aplicam, isto é, a existência da sociedade de classes. Portanto, enquanto existir a sociedade de classes, exploração, desigualdades sociais, as análises e conclusões do método marxistas seriam válidas.

De maneira clara e objetiva, Löwy (2008, p. 14 - 16) traz três elementos fundamentais da análise dialética. Primeiro na hipótese dialética não existe nada eterno, fixo, absoluto. Tudo o que existe na vida humana e social está em perpétua transformação, tudo é perecível, tudo está sujeito ao fluxo da história. Ao aplicar o método dialético, todos os fenômenos econômicos ou sociais, todas as leis da economia e da sociedade são produtos da ação humana e, portanto, podem ser transformados por essa ação. Partindo do princípio que não há verdades absolutas, as doutrinas e interpretações da realidade devem ser vistas na sua limitação histórica. O segundo elemento seria a categoria da totalidade, o que não significa um estudo da totalidade da realidade. Essa categoria significa uma percepção da realidade social como um todo orgânico, estruturado, no qual não se pode entender um elemento, um aspecto, uma dimensão, sem perder sua relação com o conjunto. E por último, a categoria da contradição. Uma análise dialética é sempre uma análise das contradições internas da realidade. Ela mostra necessariamente que as visões de mundo entre as classes sociais são contraditórias, pois existe um enfrentamento permanente entre as ideologias e as utopias na sociedade, correspondendo aos enfrentamentos das várias classes sociais ou grupos que as compõem.

No esforço de atender a esses requerimentos é que o arcabouço teórico da pesquisa buscará dimensionar as transformações da esfera do trabalho no cenário específico da flexibilização, abordagem conceitual esta selecionada tendo em vista seu potencial explicativo para o problema.

#### **4.1 Tipologia do estudo**

Trata-se de um estudo descritivo e exploratório de natureza qualitativa. Para Fraser & Gondim (2004) a abordagem qualitativa parte da premissa de que a ação humana tem sempre um significado subjetivo (diz respeito ao que ocorre na mente consciente ou inconsciente da pessoa - o nível de análise é a pessoa) e intersubjetivo (se refere ao conjunto de regras e normas que favorecem o compartilhamento de crenças por grupos de pessoas inseridas em determinado

contexto sociocultural – o nível de análise se localiza na estrutura e nos sistemas). Daí que as questões abordadas versarão sobre: tempo de serviço, modalidades de vínculo empregatício, tipo de vínculo institucional, forma de seleção, jornada de trabalho, remuneração, condições físicas de trabalho, condições de saúde, formas de intensificação de trabalho, percepção dos entrevistados sobre as condições de precarização.

De acordo com Minayo (2008, p. 57), o método qualitativo aplica-se ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam. Esse método tem fundamento teórico e permite desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos referentes a grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação.

A partir dessa perspectiva o ato de compreender está atrelado ao universo existencial humano, assim, as abordagens qualitativas não se preocupam em fixar leis para produzir generalizações. Objetiva-se compreender em profundidade certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social. Dessa forma, estão em oposição à incapacidade estatística de dar contas dos fenômenos complexos e da singularidade dos fenômenos que não podem ser identificados através de questionários padronizados (GOLDENBERG, 2009, p. 49).

No que se referem aos problemas teóricos – metodológicos da pesquisa qualitativa a autora destaca que grande parte desses problemas deriva da tentativa de se ter como referência para as ciências sociais o modelo positivista das ciências naturais. Como os dados não são padronizáveis, o pesquisador deve ter flexibilidade e criatividade, para explorar novos problemas em sua pesquisa no momento de coleta e análise dos dados e sensibilidade para saber o momento certo de encerrar a entrevista (Idib., p. 53 - 57)

Ainda em consonância com a autora, um dos principais problemas a ser encarado na pesquisa qualitativa é a possível contaminação dos seus resultados em função da personalidade e dos valores do pesquisador. E o controle desta interferência é tendo consciência de como sua presença afeta o grupo e até que

ponto este fato pode ser minimizado ou, inclusive, analisado como dado da pesquisa. É necessário que o pesquisador estabeleça um equilíbrio para não ir além do que pode perguntar, mas, também, não ficar aquém do possível (Ibid., p. 55).

Outro ponto importante a ser destacado é o possível constrangimento vivenciado pelo pesquisado devido ao fato de ter suas informações gravadas ou anotadas, sendo imprescindível que a “negociação” aconteça anteriormente a pesquisa propriamente dita. As questões devem ser claras, simples e diretas, evitando, assim, a fuga do tema (Ibid., p. 56).

Ainda no que diz respeito aos possíveis problemas, outro fato relevante a ser observado é a sensação de domínio profundo do objeto de estudo que o pesquisador tem, fazendo-o esquecer que somente uma parte bem reduzida da totalidade está representada nos dados. Tem-se como consequência a possibilidade de generalização dos dados que estão baseados apenas em análises de casos particulares (Ibid., p.59).

Assim, conclui a autora: “Como não existem regras claras, cada pesquisador deve ter bom senso e criatividade para encaminhar as soluções para cada caso”(Ibid.p.60).

## **4.2 Cenário, localização e universo da pesquisa**

Para a caracterização do contexto que supõem-se ocorrer a precarização e a intensificação do trabalho na atenção odontológica, foram utilizadas fontes secundárias de informação, principalmente documentos que embasam o desenvolvimento da Política Nacional de Saúde Bucal, bem como aqueles que tratam dos resultados de pesquisas que vêm sendo obtidos.

No que se refere à pesquisa de campo do presente estudo, essa foi realizada em todos os Centros de Especialidades Odontológicas da Região Metropolitana do Recife, no período de 07 de junho a 12 de agosto de 2010. A escolha dos CEOs se justifica pela importância estratégica do serviço para a Política de Saúde Bucal atual.

Em cada serviço, nos seus respectivos municípios, foi indagado ao coordenador de saúde bucal ou ao gerente do serviço qual a quantidade de cirurgiões-dentistas alocados no serviço, sexo e a forma de contratação de cada um deles (efetivos ou contratados temporariamente), além da quantidade de consultórios odontológicos em cada serviço.

Esses dados foram de grande importância para caracterizar a organização do trabalho nos CEOs, pois é possível visualizar todo o universo da forma de contratação dos profissionais, além de se investigar a relação do número de consultórios versus o número de profissionais.

As entrevistas foram realizadas com 13 cirurgiões-dentistas, identificados de A a M, sendo um de cada CEO localizado nos municípios da Região Metropolitana do Recife (Quadro1), grupo de observação e informação esse que poderá assegurar o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar na pesquisa.

Os CEOs são serviços de atenção secundária devendo se constituir em unidades de referência para a Atenção Básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional que devem ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor (LEAL, 2006). Em função dos seus recursos físico-estruturais podem ser classificados em três tipos: CEO tipo I (três cadeiras odontológicas); CEO Tipo II (quatro a seis cadeiras odontológicas); e CEO Tipo III (mais de sete cadeiras odontológicas). Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de CEO. Atualmente, o Brasil conta com 832 CEOs implantados, número oito vezes maior do que o registrado em 2004, quando havia 100 unidades em funcionamento (CRO-PE, 2010).

| <b>Municípios</b>                                                                 | <b>Tipo de CEO</b> | <b>Número de Profissionais</b> |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--------------------------------|
| <b>Recife</b> - Policlínica<br>Waldemar de Oliveira                               | II                 | 8                              |
| <b>Recife</b> - Centro de Saúde<br>Clementino Fraga                               | II                 | 7                              |
| <b>Recife</b> - Policlínica Lessa de<br>Andrade                                   | II                 | 8                              |
| <b>Recife</b> – Barros Cavalcanti                                                 | I                  | 3                              |
| <b>Jaboatão</b> - Policlínica<br>Cônego Pedro de Souza<br>leão                    | II                 | 16                             |
| <b>Jaboatão</b> – CEO Vila Rica                                                   | II                 | 12                             |
| <b>Camaragibe</b> - Centro de<br>Especialidades<br>Odontológicas de<br>Camaragibe | II                 | 8                              |
| <b>Olinda</b> - Policlínica Barros<br>Barreto                                     | II                 | 9                              |
| <b>Paulista</b> - Centro de Saúde<br>Hélio Inácio                                 | II                 | 10                             |
| <b>Cabo</b> - Centro de<br>Especialidades<br>Odontológicas do Cabo                | II                 | 12                             |
| <b>Moreno</b> – CEO Marlene<br>Ferreira Lima                                      | I                  | 7                              |
| <b>Ipojuca</b> – CEO de Ipojuca                                                   | II                 | 12                             |
| <b>Itapissuma</b> – CEO de<br>Itapissuma                                          | I                  | 6                              |

Fonte: Pesquisa direta

**Quadro 1** – Relação dos CEOs da Região Metropolitana do Recife e seus respectivos tipos e números de cirurgiões-dentistas.

OBS: Os CEOs tipo I investigados possuíam três cadeiras odontológicas e nos de tipo II quatro.

### **4.3 Coleta e análise de dados**

Os dados da presente pesquisa foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, resguardando-se um espaço para o relato livre dos informantes. A técnica utilizada foi entrevista individual que objetivou tanto a coleta dos dados sugeridos pela pesquisadora, como também a produção de algum relato por parte dos sujeitos entrevistados. Numa situação, como na outra, foram abordados fenômenos, processos e percepções relacionados ao objeto de estudo. Para atender às recomendações dos metodólogos deve-se estar atento para que a flexibilidade nas conversas possa absorver novas questões trazidas pelos interlocutores (MINAYO, 2008, p. 191).

Fraser & Gondim (2004) esclarecem que uma das vantagens desta técnica é a de favorecer a relação de intersubjetividade do entrevistador com o entrevistado, e, por meio das trocas verbais e não verbais que se estabelecem nesse contexto de interação, permitir uma melhor compreensão dos significados, dos valores e das opiniões dos atores sociais a respeito da situação de vivências pessoais.

Considerando os pressupostos metodológicos da pesquisa, o material obtido foi analisado à luz da categoria analítica selecionada - a flexibilização - e das categorias empíricas (agora já desagregadas em seus elementos constitutivos) correspondentes: a precarização e a intensificação do trabalho.

### **4.4 Critérios de inclusão**

O critério de inclusão dos indivíduos para participar da pesquisa foi entrevistar os cirurgiões-dentistas que tinham mais anos de profissão. Assim esses puderam relatar as possíveis mudanças que ocorreram no mundo trabalho no âmbito da odontologia por experiência própria. De acordo com Dal Rosso (2008), as informações sobre a intensificação do trabalho devem ser feita diretamente com os sujeitos envolvidos no processo, que são os próprios trabalhadores.

#### **4.5 Abordagem aos participantes da pesquisa**

Todos os indivíduos selecionados para fazer parte do estudo foram indagados se gostariam de participar da pesquisa. Em caso positivo, assinaram um termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo) que seguiu as normas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, permitindo sua inclusão na amostra. Foi garantido sigilo em relação à identificação dos mesmos, no entanto, foi previamente avisado que os dados da pesquisa serão apresentados em Congressos, Encontros de pesquisa, jornais e/ou revistas do país ou do exterior, obedecendo ao código de Ética Odontológica.

#### **4.6 Considerações éticas**

Esta pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), com finalidade de obtenção de um parecer favorável ao desenvolvimento do estudo em questão. O parecer concedido à pesquisa, sob o número do registro CAEE:0085.0.172.000 - 10, consta no ANEXO A para apreciação.

## **CAPÍTULO V – PRECARIZAÇÃO E INTENSIFICAÇÃO DO TRABALHO: uma realidade no setor público odontológico**

Neste capítulo serão apresentadas e discutidas as evidências empíricas e as interpretações possíveis sobre a precarização das relações laborais e a intensificação do trabalho na vida dos cirurgiões-dentistas que se exercem nos CEOs, assim como as repercussões desses fenômenos na implementação da Política Nacional de Saúde Bucal.

Inicialmente será apresentada uma caracterização dessa força de trabalho. Em seguida, serão discutidos os resultados da abordagem acerca dos fenômenos da precarização e intensificação do trabalho. Na sequência, far-se-á uma incursão visando destacar as influências desses fenômenos na vida profissional e pessoal desses indivíduos.

### **5.1 Caracterização da força de trabalho**

São condizentes com os resultados de outros autores e os dados desta pesquisa a respeito da composição da força de trabalho nos CEOs. A amostra foi majoritariamente feminina (69,2%) e a maior proporção (69,3%) de trabalhadores se concentrou no grupo etário de 30 a 49 anos de idade (Tabela 2).

Por outro lado, os achados da pesquisa intitulada “Análise de implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco” apontaram também para a feminilização da profissão (55,1%).

A presença progressiva das mulheres entre profissionais odontólogos coincide com o fenômeno de feminilização do trabalho presente no universo laboral contemporâneo, que tem sido verificado em todas as esferas de atividade econômica. No Brasil, dados censitários mostram o crescimento da força de trabalho feminina, com o aumento de 13,6%, em 1950, para 26,9%, em 1980, atingindo 47,2% no final da década de 1990 (WERMELINGER, et al 2010).

**Tabela 2 - Frequência e percentual das variáveis do perfil dos cirurgiões-dentistas dos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil - 2010.**

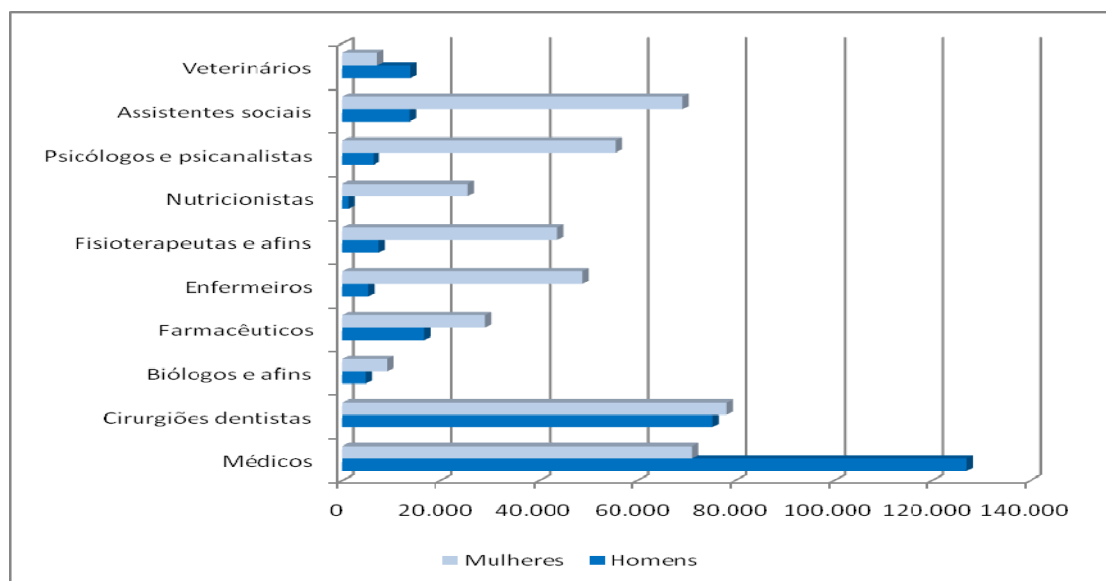
| VARIÁVEIS                    | FREQUENCIA |            |
|------------------------------|------------|------------|
|                              | N          | %          |
| SEXO                         |            |            |
| 1-Masculino                  | 4          | 30,8       |
| 2-Feminino                   | 9          | 69,2       |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>13</b>  | <b>100</b> |
| FAIXA ETÁRIA                 |            |            |
| 1- 30 a 39 anos              | 5          | 38,5       |
| 2-40 a 49 anos               | 4          | 30,8       |
| 3-50 a 59 anos               | 2          | 15,4       |
| 5-60 anos ou mais            | 2          | 15,4       |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>13</b>  | <b>100</b> |
| ESCOLARIDADE (Pós-graduação) |            |            |
| 1-Especialidade              | 7          | 53,8       |
| 2-Mestrado                   | 0          | 0          |
| 3-Doutorado                  | 3          | 23,0       |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>10</b>  | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa Direta

No que se refere ao setor saúde, a participação das mulheres no mercado de trabalho vem sendo estudada há algumas décadas, demonstrando sua importância crescente. Sabe-se que atualmente no Brasil, as mulheres compõem mais de 70% de toda força de trabalho em saúde Machado (2000).

Ainda, segundo a autora, a análise dos últimos dados censitários do Brasil relativa à força de trabalho em saúde, aponta que do total de 709.267 profissionais com escolaridade universitária, 61,7% são mulheres. Profissões que eram tradicionalmente masculinas, como medicina, odontologia e medicina veterinária estão cada vez mais femininas. Em 2000, a força de trabalho feminina entre médicos representava 35,9%; entre os dentistas, equivalia a 50,9%. (Figura 1).

**Figura 1– Participação por gênero em algumas categorias profissionais de saúde - Brasil, 2000**



Fonte: Machado, 2000 - IBGE, Censo Demográfico, 2000.

Faz-se necessário ressaltar que vários estudos (Abreu, Jorge e Sorj, 1994; Antunes, 2005, Antunes, 2008; Wermelinger, 2010), evidenciam que parte desse contingente da mão-de-obra feminina está em ocupações mal remuneradas, sem proteção trabalhista ou previdenciária. Nas palavras de Antunes (2005, p. 55) “essa força de trabalho feminina tem preenchido, entretanto, centralmente o espaço de trabalho part-time, flexível, em grande medida, mas precarizado e desregulamentado”.

Outro dado que deve ser ressaltado desta investigação é a qualificação profissional, a qual está em consonância com o modelo da odontologia de mercado: fragmentada, especializada, mercantil. Do total dos entrevistados, 77,8% possui pós-graduação, dos quais 53,8% são especialistas e 23% são doutores (Tabela 1), enquanto Figueiredo & Goes (2009) demonstraram que 87,6% era pós-graduada e entre esses, 76,4% eram especialistas.

A ênfase na especialização aparece com destaque nos relatos dos profissionais investigados nos CEOs da Região Metropolitana do Recife, conforme se pode ver a seguir.

“O professorado que está incultando mais nesses graduandos a necessidade da especialização. Já no nosso tempo não acontecia isso, lembro nitidamente de nenhum professor chegar numa sala de aula, como eu faço hoje em dia, eu inculto neles o aperfeiçoamento, a especialização. O que é que tá acontecendo com o privado ele vai vender menos se ele não tiver um profissional capacitado, chega lá o paciente e não tem aquele profissional capacitado” (Entrevistado F).

Na ótica dos entrevistados, a formação especializada é necessária para a inserção no mercado de trabalho, visando atender exigências da organização do setor privado.

“O paciente está exigindo, ele tá exigindo até uma camerazinha pra vê, né? Esse mercado de trabalho está exigindo esse cirurgião - dentista aperfeiçoado, especializado” (Entrevistado F).

“O paciente ele se tornou mais, mais é... Incisivo, ele cobra mais. Então, ele tem acesso a maiores informações. Você tem que está constantemente informado, atualizado” (Entrevistado A).

“Eu creio assim: com a própria evolução mesmo de mercado, das necessidades até a cobrança maior, que hoje em dia todo mundo tá tendo...Então, na odontologia também, começou a gente ser mais cobrado. O paciente cobra mais. Ele quer melhores resultados, ele quer coisas novas, quer técnicas, então isso aí obriga o profissional a ficar sempre se atualizando, tá sempre em busca de coisas novas” (Entrevistado M).

[...] “Se o dentista não tiver uma especialização, se não tiver se atualizando... você vai ficar parado no tempo. Então, você vai deixar de ter clientela, sua clientela vai diminuir, não é isso? Vai deixar de ser valorizado, então é cobrado, dessa maneira ele vai ser cobrado no conhecimento” (Entrevistado D).

“O mercado de trabalho mudou em relação à remuneração. Cada dia mais você tem que procurar mais locais de trabalho. Se não você vai ficar só com aquela rendinha. Pra você achar mais, você tem que se especializar mais. Então, ele está mais exigente em termo de profissional qualificado” (Entrevistado J).

O entendimento da lógica mercantil nos orienta para uma interpretação algo mais abrangente acerca dos discursos que realçam o papel da clientela enquanto demandante da especialização. Sabe-se que nas sociedades capitalistas, a progressiva incorporação tecnológica e a especialização requerida, associadas ao notável corporativismo das profissões de saúde, se

constituem nos determinantes centrais da organização do mercado. Nessa explicação os discursos relacionados omitem as estratégias de competição no mercado e os apelos do exacerbado consumo tecnológico.

Um aspecto ressaltado por alguns autores diz respeito a não correspondência entre o grau crescente de qualificação requerida e a remuneração dos profissionais. Segundo Kuenze (2004), para trabalhar em equipe e ser polivalente, o trabalhador precisa, de fato, ser melhor qualificado, porém os trabalhadores não têm seus salários aumentados, configurando-se uma superexploração de mais-valia. Entre os entrevistados essa questão foi percebida:

“Na rede pública, eu acho pouco assim... **O salário é pouco...** (grifo nosso). Pra o tanto que agente investe, tá entendendo?” (Entrevistado L).

“**A questão salarial não acompanha, não acompanha... A especificidade**, a atualização, o trabalho com a remuneração, não é proporcional (grifo nosso). Então, é um pouco desmotivante. Porque você se atualiza, você tenta fazer o melhor, você se empenha e... Infelizmente a remuneração não é igual (Entrevistada M)”.

Na arena da flexibilização do trabalho, das novas exigências e competências, a qualificação profissional, na maioria das vezes, não é proporcional ao custo-trabalho. A esse respeito Boltanski & Chiapelo (2009, p. 277) mencionam “É preciso trabalhar mais, ter mais diplomas, porém os salários não correspondem às qualificações, além do progressivo aumento dos vínculos instáveis de trabalho”.

Os relatos evidenciam que as exigências do mercado de trabalho por mais qualificação, necessariamente não correspondem a melhores salários, e nem tão pouco a maiores oportunidades de emprego. O mercado de trabalho exige cada vez mais empenho, dedicação, especialização do trabalhador, em contrapartida oferece menos estabilidade e reduz drasticamente o valor-trabalho. Assim, é a nova configuração do trabalho na atual “sociedade do conhecimento”, bem descrita por Pochmann.

Além da predominância da formação para o mercado, característica do exercício liberal da odontologia, chama atenção a menção freqüente para a

desqualificação do setor público. Na medida em que esse mercado de trabalho na esfera privada dá indícios de saturação, há um “exílio forçado” em busca da “estabilidade” no setor público.

“Na época em que eu me formei é... foi em 85 (1985)... A grande maioria dos dentistas, eu acho que quase 90%, ninguém tinha interesse pelo serviço público, você via o serviço público como um... bico, como um emprego... o pessoal era mais voltado pra aquela coisa elitista, aquela coisa elitista de consultório mesmo” (Entrevistado C).

“Quando a gente se formava o ponto que você tinha era o consultório particular. E hoje houve uma inversão, o consultório particular é a última opção, porque hoje o mercado está tão saturado que você não tem mais... Você não consegue sobreviver só com o consultório particular. Aí hoje eu acho que você tem que correr mais para o público ou um emprego, mas o consultório só não dá mais (Entrevistado J)”.

“A formação da gente na realidade é mais pra o privado, eu acho. Mas aí com a necessidade a gente vai e faz o concurso público para ter aquele fixo (Entrevista G)”.

“Você que trabalhava só no serviço público, isso devia ser um dentista tão ruim”... (Entrevistado D).

Chaves e Miranda (2008), realizaram um estudo qualitativo com cirurgiões-dentistas e também evidenciaram que a escolha de trabalhar no PSF era quase sempre constrangida pela insustentabilidade de permanência na esfera privada ou pela busca de alguma remuneração regular e segura, o que influenciaria negativamente a atuação profissional do cirurgião-dentista no âmbito de trabalho do setor público.

Finalmente, nas entrelinhas dos discursos, emerge a característica eminentemente mercantilista da profissão.

**“O setor privado eu avalio ele muito mercantilista** (grifo nosso). Os colegas... Não vou dizer que todos claro, mas boa parte eles estão muito mais preocupados com o livro caixa do que propriamente com as necessidades do paciente” (Entrevistado I).

Contudo, é importante ressaltar que deve-se rejeitar e criticar esse modelo fragmentado, mercantilizado, imposto pelos interesses do grande capital: as indústrias produtoras de insumos odontológicos (equipamentos e materiais),

as mesmas que, terminam por (des)orientar os caminhos da formação e ordenar a organização da prestação de serviços.

## **5.2 Evidências da precarização do trabalho nos CEOs**

Nesta investigação detectou-se que ocupações desprotegidas, instáveis e mal remuneradas compõem, hoje, a realidade do trabalho dos profissionais inseridos no setor público odontológico. Outros fenômenos também foram evidenciados: múltiplos vínculos; doenças ocupacionais; qualidade de vida relegada a segundo plano; insatisfação profissional; descaso com o serviço público; baixa qualidade da assistência prestada; entre outras questões. O trabalho precário invade esferas e setores antes relativamente protegidos, inclusive, o setor público.

Não se trata, portanto, de um único problema, mas de um intrincado conjunto de fenômenos que se sobrepõem. Nas entrelinhas de uma fala e outra dos entrevistados, foram se revelando indivíduos-profissionais angustiados e, muitas vezes, contraditórios em seus propósitos.

Todavia, não se pode perder de vista que tais constatações são apenas o primeiro passo para uma possível transformação dessa realidade. Assim, concorda-se com Pochmann (2010, p. 17) quando ele afirma que as pesquisas não mudam a realidade; no primeiro momento, permitem conhecer melhor a realidade. Conhecê-la é o primeiro passo para mudá-la. Se a gente não a conhece, não é possível entendê-la, assim como, não é possível mudar tal situação.

### **5.2.1 Os arranjos atuais da precarização: para onde apontam as respostas dos entrevistados?**

Um dos pressupostos da lógica do capitalismo contemporâneo é a desconstrução da proteção social, resultante da flexibilização das relações de trabalho, expressa nas novas formas de contratos temporários, parciais e sem garantias trabalhistas.

A lógica destrutiva do capital e de seu processo de acumulação e valorização se expressa também quando se descarta e torna supérflua uma parcela enorme da força mundial que trabalha, da qual cerca de 1 bilhão e 200 milhões de indivíduos encontram-se precarizados ou desempregados (OIT, apud ANTUNES, 2005, p. 28).

No Brasil, a precarização do trabalho resultou das reformas liberais, iniciadas nos anos noventa, que acompanharam a privatização e a desregulamentação do trabalho, contribuindo para um acentuado desemprego e ampliação dos níveis de informalidade, até mesmo no setor público. Um conjunto de instrumentos legais foi aprovado e introduzido na administração pública, objetivando justificar a flexibilização dos vínculos empregatícios e instaurar a política da insegurança.

Behring (2008, p. 248), faz um importante comentário a esse respeito argumentando que a tendência geral é a de redução de direitos, sob o argumento da crise fiscal, transformando-se as políticas sociais em ações pontuais e compensatórias dos efeitos mais perversos da crise.

A autora expressa de forma oportuna as explicações do ideário neoliberal para essa tendência crescente de contratações flexíveis:

“[...] os encargos sociais e previdenciários são vistos como custo ou grau dispendioso pela supercapitalização – com a privatização explícita ou induzida de setores de utilidade pública, onde incluem-se a saúde, educação e previdência; e especialmente pelo desprezo burguês para com o pacto social dos anos de crescimento, agora no contexto da estagnação, configurando um ambiente ideológico individualista, consumista e hedonista ao extremo” (Ibidem).

Como já anunciado, o cenário das contratações flexíveis, ou seja, precárias, estão presentes na organização do trabalho no setor público odontológico, convergindo com a hipótese da presente pesquisa. Nesse momento, faz-se necessário esclarecer que os resultados da abordagem da categoria conceitual da precarização, obtidos dos questionários (semi-estruturados) agregam aspectos essencialmente relacionados às seguintes condições: a) formas de contratação e seleção dos odontólogos; b) usufruto de direitos trabalhistas.

Essas condições aparecem na literatura sob ângulos interpretativos diferenciados e dão margem a um debate que se exporá a seguir. Como se poderá depreender, a precarização aparece ora enquanto uma “decorrência natural” das mudanças legais e formais ocorridas na administração pública, ora como um efeito – irrefutável – do fenômeno da “flexibilização” no cenário da crise contemporânea do capitalismo.

No que diz respeito à forma de contratação, os dados da pesquisa revelam que dos 118 cirurgiões-dentistas alocados nos 13 CEOs investigados, mais da metade (56%) possuíam vínculos temporários com os respectivos municípios (Tabela 3). Essa forma de contratação também foi predominante (61,6%) nas 13 entrevistas realizadas com os dentistas (Tabela 4). Assim, constata-se que os contratos desses profissionais são majoritariamente instáveis, ou seja, são contratos temporários.

**Tabela 3 – Frequência e percentual da variável relacionada à forma de contratação dos cirurgiões-dentistas dos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil, 2010.**

| VARIÁVEIS             | FREQUENCIA |     |
|-----------------------|------------|-----|
|                       | N          | %   |
| FORMA DE CONTRATAÇÃO  |            |     |
| 1-Efetivo             | 52         | 44  |
| 2-Contrato temporário | 66         | 56  |
| TOTAL                 | 118        | 100 |

Fonte: Pesquisa direta

Na mesma direção, o estudo de Figueiredo e Goes (2009a), no qual foram investigados 26 CEOs em Pernambuco, também aponta para uma predominância de contrato por tempo determinado (60,6%), incluindo os contratos temporários, prestação de serviços, os cargos comissionados e outras formas de contratação.

Quanto à forma de seleção, verificou-se que os profissionais foram admitidos de forma irregular na administração pública<sup>1</sup>, pois dos 13 profissionais entrevistados, uma parte expressiva (69,3%) foi selecionada por meio de análise de currículo ou entrevista e outras formas de seleção (Tabela 4).

Nos achados de Figueiredo e Goes (2009a), também houve um grande percentual de cirurgiões-dentistas (40,4%) que foram selecionados através de “outras formas de seleção”; (28,1%) por seleção pública e apenas (31,5%) através de concurso público.

Sobre o fato de possuírem ou não direitos trabalhistas nos CEOs, a maior parte (84,6%) afirmou possuir esses direitos (Tabela 3). Esse resultado demonstra que os dentistas estão inseridos irregularmente nos serviços, não possuem estabilidade, mas uma parte significativa tem os direitos trabalhistas assegurados. Em direção oposta, nos CEOs de Pernambuco, apenas (39,7%) possuíam direitos trabalhistas (FIGUEIREDO E GOES, 2009a)

Os resultados desta pesquisa são condizentes com a característica das tendências atuais do mercado de trabalho em saúde, no sentido de o vínculo empregatício ser predominantemente municipal (76,9%).

---

<sup>1</sup> A forma predominante de trabalho irregular no setor público é aquela que decorre da contratação sem obediência ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública, qualquer que seja a modalidade de remuneração adotada pelo gestor, usando os recursos públicos de que dispõe. Portanto, trata-se de uma contrariedade ao que dispõe o inciso II do art. 37º: ... “a investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, de acordo com a natureza e a complexidade do cargo ou emprego, na forma prevista em lei, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (NOGUEIRA, BARALDI E RODRIGUES, 2004b, p.22).

Outras questões que devem ser ressaltadas se referem aos vários vínculos empregatícios desses profissionais. Entre os entrevistados, (69,3%) possuem dois a três vínculos de trabalho, entre os quais mais da metade (51,8%) não possui carteira de trabalho (Tabela 4). Ou seja, também são precárias as relações trabalhistas dos demais vínculos empregatícios. Já a média salarial desses profissionais variou entre R\$ 1.000,00 a R\$ 1.999,00 (62,2%), valores bem distantes daqueles propostos para o piso salarial das categorias de profissionais da saúde.

Todos os entrevistados (100%) afirmaram que não há plano de cargos e carreiras (Tabela 4), o que não se restringe aos CEOS. Decorridas duas décadas desde a criação do SUS, ainda hoje não está assegurado um plano destinado a todos os servidores do setor saúde. Esse dado reflete a ausência de uma política de ascensão na carreira profissional, o que seria de fundamental importância para o fortalecimento e a consolidação do sistema público de saúde.

**Tabela 4 – Frequência e percentual das variáveis relacionadas à precarização do trabalho nos CEOS da Região Metropolitana do Recife, Brasil, 2010.**

| VARIÁVEIS                         | FREQUENCIA |            |
|-----------------------------------|------------|------------|
|                                   | N          | %          |
| VÍNCULO INSTITUCIONAL (CEO)       |            |            |
| 1-Estadual                        | 3          | 23,1       |
| 2-Municipal                       | 10         | 76,9       |
| 3-Com entidades filantrópicas     | 0          | 0          |
| 4-Com cooperativas                | 0          | 0          |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>13</b>  | <b>100</b> |
| VÍNCULOS EMPREGATÍCIOS            |            |            |
| 1-Um vínculo                      | 3          | 23,0       |
| 2-Dois vínculos                   | 5          | 38,5       |
| 3-Três vínculos                   | 4          | 30,8       |
| 4-Quatro vínculos                 | 0          | 0          |
| 5-Cinco vínculos                  | 1          | 7,7        |
| 6-Mais de cinco vínculos          | 0          | 0          |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>13</b>  | <b>100</b> |
| PROTEÇÃO SOCIAL                   |            |            |
| 1- Vínculos com carteira assinada | 13         | 48,2       |

|                                                  |           |            |
|--------------------------------------------------|-----------|------------|
| 2-Vínculos sem carteira assinada                 | 16        | 51,8       |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>29</b> | <b>100</b> |
| CARGA HORÁRIA SEMANAL NO CEO                     |           |            |
| 1-8 horas semanais                               | 7         | 53,8       |
| 2-12horas semanais                               | 4         | 30,8       |
| 3-16 horas semanais                              | 2         | 15,4       |
| 4-20horas semanais                               | 0         | 0          |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>13</b> | <b>100</b> |
| CARGA HORÁRIA SEMANAL TOTAL                      |           |            |
| 1-10 horas                                       | 1         | 7,7        |
| 2-16 horas                                       | 1         | 7,7        |
| 3-30 horas                                       | 1         | 7,7        |
| 4-36 horas                                       | 2         | 15,4       |
| 5-40 horas                                       | 4         | 30,8       |
| 6-50 horas ou mais                               | 4         | 30,8       |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>13</b> | <b>100</b> |
| TRABALHA EM CONSULTÓRIO PARTICULAR               |           |            |
| 1-Sim                                            | 9         | 69,2       |
| 2-Não                                            | 4         | 30,8       |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>13</b> | <b>100</b> |
| TURNOS EM QUE TRABALHA NO CONSULTÓRIO PARTICULAR |           |            |
| 1-Um turno                                       | 2         | 22,2       |
| 2-De dois a três turnos                          | 4         | 44,4       |
| 3-De quatro a cinco turnos                       | 3         | 33,3       |
| 4-De seis a sete turnos                          | 0         | 0          |
| 5-Acima de sete turnos                           | 0         | 0          |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>9</b>  | <b>100</b> |
| TRABALHA EM CONSULTÓRIO TERCEIRIZADO             |           |            |
| 1-Sim                                            | 2         | 15,4       |
| 2-Não                                            | 11        | 84,6       |
| <b>TOTAL</b>                                     | <b>13</b> | <b>100</b> |
| TURNOS QUE TRABALHA NO CONSULTÓRIO TERCEIRIZADO  |           |            |
| 1-Um turno                                       | 0         | 0          |

|                            |          |            |
|----------------------------|----------|------------|
| 2-De dois a três turnos    | 0        | 0          |
| 3-De quatro a cinco turnos | 1        | 50         |
| 4-De seis a sete turnos    | 1        | 50         |
| 5-Acima de sete turnos     | 0        | 0          |
| <b>TOTAL</b>               | <b>2</b> | <b>100</b> |

|              |           |            |
|--------------|-----------|------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>13</b> | <b>100</b> |
|--------------|-----------|------------|

## FORMA DE SELEÇÃO (CEO)

|                                           |           |            |
|-------------------------------------------|-----------|------------|
| 1-Concurso público                        | 3         | 23,0       |
| 2-Sem aprovação em concurso               | 0         | 0          |
| 3-Seleção Pública                         | 1         | 7,7        |
| 4-Apenas análise de currículo /entrevista | 8         | 61,6       |
| 5-Outras                                  | 1         | 7,7        |
| <b>TOTAL</b>                              | <b>13</b> | <b>100</b> |

## FORMA DE CONTRATAÇÃO (CEO)

|                                  |           |            |
|----------------------------------|-----------|------------|
| 1-Efetivo                        | 5         | 38,4       |
| 2-Contrato por tempo determinado | 8         | 61,6       |
| 3-Terceirizado                   | 0         | 0          |
| 4-Contrato informal              | 0         | 0          |
| <b>TOTAL</b>                     | <b>13</b> | <b>100</b> |

## DIREITOS TRABALHISTAS (CEO)

|              |           |            |
|--------------|-----------|------------|
| 1-Sim        | 11        | 84,6       |
| 2-Não        | 2         | 15,4       |
| <b>TOTAL</b> | <b>13</b> | <b>100</b> |

## QUAIS DIREITOS TRABALHISTAS

## 1-Licença maternidade

|              |          |      |
|--------------|----------|------|
| 1-Sim        | 7        | 87,5 |
| 2-Não        | 1        | 12,5 |
| <b>TOTAL</b> | <b>8</b> |      |

## 2-Licença paternidade

|              |          |            |
|--------------|----------|------------|
| 1-Sim        | 3        | 60         |
| 2-Não        | 2        | 40         |
| <b>TOTAL</b> | <b>5</b> | <b>100</b> |

## 3-Licença para tratamento de saúde

|              |           |            |
|--------------|-----------|------------|
| 1-Sim        | 10        | 76,9       |
| 2-Não        | 3         | 23,1       |
| <b>TOTAL</b> | <b>13</b> | <b>100</b> |

## 4-Décimo terceiro

|       |    |      |
|-------|----|------|
| 1-Sim | 10 | 76,9 |
| 2-Não | 3  | 23,1 |

|              |           |            |
|--------------|-----------|------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>13</b> | <b>100</b> |
|--------------|-----------|------------|

## 5-Férias anuais remuneradas

|       |    |      |
|-------|----|------|
| 1-Sim | 10 | 76,9 |
| 2-Não | 3  | 23,1 |

|              |           |            |
|--------------|-----------|------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>13</b> | <b>100</b> |
|--------------|-----------|------------|

## 6-Previdência Social

|       |    |      |
|-------|----|------|
| 1-Sim | 11 | 84,6 |
| 2-Não | 2  | 15,4 |

|              |           |            |
|--------------|-----------|------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>13</b> | <b>100</b> |
|--------------|-----------|------------|

## FORMA DO SALÁRIO (CEO)

|                   |    |       |
|-------------------|----|-------|
| 1-Fixo            | 13 | 100,0 |
| 2-Variável        | 0  | 0     |
| 3-Fixo + variável | 0  | 0     |

|              |           |            |
|--------------|-----------|------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>13</b> | <b>100</b> |
|--------------|-----------|------------|

## SE VARIÁVEL, QUAL O CRITÉRIO?

|                                 |   |     |
|---------------------------------|---|-----|
| 1-Pactuação de metas alcançadas | 0 | 0   |
| 2-Produtividade individual      | 1 | 100 |

|              |          |            |
|--------------|----------|------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>1</b> | <b>100</b> |
|--------------|----------|------------|

## PLANOS DE CARGOS E CARREIRAS

|       |    |     |
|-------|----|-----|
| 1-Sim | 0  | 0   |
| 2-Não | 13 | 100 |

|              |           |            |
|--------------|-----------|------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>13</b> | <b>100</b> |
|--------------|-----------|------------|

MÉDIA SALARIAL, EM REAIS  
(CEO)

|                                   |   |      |
|-----------------------------------|---|------|
| 1. Até 499,00                     | 0 | 0    |
| 2. De R\$ 500,00 a R\$ 999,99     | 2 | 15,4 |
| 3. De R\$ 1.000 a R\$ 1.999,99    | 9 | 62,2 |
| 4. De R\$ 2.000,00 a R\$ 2.999,99 | 1 | 7,7  |
| 5. De R\$ 3.000,00 a R\$ 3.999,99 | 1 | 7,7  |
| 6. De R\$ 4.000,00 a R\$ 4.999,99 | 0 | 0    |
| 7. De R\$ 5.000,00 a R\$ 5.999,99 | 0 | 0    |
| 8. Acima de R\$ 6.000,00          | 0 | 0    |

|              |           |            |
|--------------|-----------|------------|
| <b>TOTAL</b> | <b>13</b> | <b>100</b> |
|--------------|-----------|------------|

Fonte: Pesquisa direta

Os resultados explicitados acima são claros: a precarização está presente nos serviços municipais de saúde bucal e se constitui como um problema social relevante. Há uma explícita opção dos municípios em contratar a força de trabalho temporariamente, sob o amparo legal da Constituição Federal <sup>2</sup>, além da desobediência constitucional da realização do concurso público ou seleção pública. Essa segunda forma de ingresso, diga-se de passagem, não passa também de novos arranjos da administração pública para viabilizar a instabilidade. Vê-se, portanto, que apesar da maioria desses profissionais possuírem alguns direitos trabalhistas, nos tempos que correm, a instabilidade faz parte da vida profissional dos trabalhadores da saúde.

Justificar a contratação por tempo determinado (conforme as notas 2 e 3 e texto grifado à pag. 107), no caso específico da odontologia fugiria ao previsto na lei, desde que não se configurariam situações de surtos epidêmicos na área de saúde bucal. A prevenção da cárie dental, reconhecidamente o agravo mais prevalente entre as doenças bucais, requer atenção desde a infância e ao longo da vida, não se constituindo em um fenômeno agudo. Portanto, não será equacionada mediante políticas emergenciais e, dessa forma, não atenderia ao alegado requisito de excepcionalidade.

Os dados demonstram que o recurso dos contratos temporários não se constitui em uma prática dirigida precisamente a solucionar “situações excepcionais de interesse público” <sup>3</sup>, mas que vem se configurando enquanto “uma brecha” introduzida nos dispositivos da administração pública para assegurar a legalidade das medidas introduzidas nos contratos de trabalho no contexto neoliberal.

---

<sup>2</sup> A Constituição Federal contempla a chamada “contratação temporária”, em seu artigo 37, inciso IX. Sem realizar concurso público de provas ou de provas e títulos, os Entes Federativos, escorados no dispositivo constitucional retro citado, poderão efetuar a contratação direta de pessoas para solucionar situações de excepcional interesse público (RIBEIRO, 2006, p.8);

<sup>3</sup> O posicionamento dominante na doutrina e na jurisprudência indica que a situação de excepcional interesse público deve estar estabelecida em lei específica; ou seja, o ente Federativo, através de lei própria, estabelecerá o que é a situação de excepcionalidade. Dessa forma, sem a lei específica determinando as situações de excepcional interesse público, não é possível a contratação na forma no inciso IX, do artigo 37 da Constituição Federal (Ibid., 2009, p. 9).

É sabido que um dos mecanismos utilizados no contexto do Estado Neoliberal foi a desregulamentação do trabalho, que na esfera pública objetivou-se pelo enxugamento da máquina. Nesse cenário, houve uma nítida ampliação de modalidades de trabalho mais desregulamentadas. Se até os anos oitenta era relativamente pequeno o número de empresas de terceirização, locadoras de força de trabalho de perfil temporário, nas duas décadas seguintes esse número aumentou significativamente, para atender à grande demanda por trabalhadores temporários, sem vínculos empregatícios, sem registro formalizado (ANTUNES, 2008, p. 106).

Os dados desta pesquisa convergem para os resultados do estudo de Girardi et al (2006) que realizaram uma pesquisa nacional sobre a precarização e a qualidade do emprego na Estratégia de Saúde da Família. Nesse estudo e em relação aos médicos, as modalidades de contratos temporários corresponderam a 34,3%, enquanto a de prestação de serviços equivaleu a 15,5%. Ao somarem esta última modalidade com outras formas de contratação - que os autores entendem como as mais precárias (bolsa, contrato informal e contrato verbal) - atingiram o valor de 18,1%. Conclui-se, dessa forma, que 52,4% dos médicos estavam inseridos precariamente no SUS. Quanto às formas de contratação estáveis - estatutário e CLT - corresponderam, respectivamente, a apenas 12,2% e 13,2%.

Nesse momento faz-se oportuno retomar o problema da interpretação do que a legislação brasileira pós Constituição de 1988 e as instâncias de gestão do SUS estão referindo como “trabalho precário”. Vale adiantar que essas visões estão orientadas por pressupostos distintos daqueles que embasam o conceito de trabalho precário adotado nesta investigação e bem detalhado no capítulo 3.

Como a pesquisa se detém sobre as relações de trabalho no âmbito da esfera pública, as formas legais de vínculos previstas na administração pública foram revisitadas para esclarecer o debate. Esse exercício desdobrou-se para mais além, ao surpreender inclusive, a formulação de uma denominada “política de desprecarização do trabalho” (2004-2005) no espaço institucional do Ministério da Saúde. É do que se tratará a seguir.

A partir de Ribeiro (2006, p. 11), entende-se que o Texto Constitucional disponibiliza várias formas de ingresso no cargo ou emprego público, sendo a

aprovação em concurso público de provas ou de provas e títulos como regra geral, estabelecida pelo artigo 37, inciso II da Constituição Federal. Contudo, a Emenda Constitucional nº 19 (1998) <sup>4</sup>, ao modificar o Texto Constitucional, passou a permitir a nomeação sem concurso público para os cargos em comissão (aqueles de livre nomeação e livre exoneração). Desse modo, o inciso IX do referido artigo 37 prevê, desde então, a contratação por tempo determinado no caso de necessidade temporária de excepcional interesse público. No caso específico da saúde deve-se atentar ainda para o disposto no parágrafo 4º, do artigo 198 da Constituição Federal<sup>5</sup>.

Como bem conclui o autor:

“Ao contrário do que alguns sustentaram, a partir de sua edição não ficaram prejudicados os estatutos elaborados pelos entes federativos; todos continuam vigentes. Apenas foi reaberta a possibilidade de convivência harmônica entre os diferentes regimes jurídicos existentes: o legal e o contratual. Voltamos ao que éramos”.

É a partir desse arcabouço jurídico que ficam instituídas no Brasil as relações flexíveis de trabalho, melhor dito, a possibilidade legal da precarização. Ocorre que o problema tomou proporções tão significativas que passou a requerer posicionamentos e decisões das instâncias de gestão de vários setores da vida político-administrativa do país. Em particular no setor saúde, o problema salta aos olhos e os conflitos resultantes das novas modalidades de contratos têm atravessado a pauta de reivindicações de muitos sindicatos do setor.

---

<sup>4</sup> A Emenda Constitucional nº 19 ficou conhecida como Reforma Administrativa por modificar o Texto Constitucional justamente nos dispositivos que tratavam da Administração Pública e dos servidores públicos. Na verdade, a referida Emenda Constitucional é promulgada dentro de um contexto político onde a proposta hegemônica consistia na redução do Estado e na fragmentação dos vínculos funcionais com a Administração Pública, passando, dentre outras coisas, pela quebra da estabilidade dos servidores públicos, conquistada ao longo do tempo e encarada, pelo pensamento que a norteou, como um dos grandes entraves para a redução dos gastos do Estado com pessoal. Dentro de tal realidade essa Emenda alterou a redação original do artigo 39 da Constituição Federal, afastando a exigência dirigida aos Entes Federativos de adoção de um único regime jurídico (Ribeiro, 2006, p. 6).

<sup>5</sup> § 4º - Os gestores locais do Sistema Único de Saúde poderão admitir agentes comunitários e agentes de combate às endemias por meio de processo seletivo público, de acordo com a natureza e a complexidade das suas atribuições e requisitos específicos para sua atuação”. O Texto Constitucional não menciona o regime jurídico a ser adotado, se o contratual ou o estatutário. Tal situação dará margem para intenso debate nos Tribunais (Ibidem, p. 12).

Em decorrência, uma proposta de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS, vem sendo conduzida no interior do MS pelo Departamento de Gestão e Regulação do Trabalho, tendo como objetivo “a regularização da situação dos trabalhadores inseridos de forma irregular no sistema”. (Brasil, 2005a: 27).

O próprio MS em um documento intitulado “Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde” (BRASIL, 2004b, p. 9–20), avalia que no cenário das reformas estruturais do Estado, na segunda metade da década de noventa, presenciou-se o surgimento de idéias contrárias ao processo de vinculação dos servidores pelo regime estatutário. A promulgação da Emenda Constitucional nº 19 de 1998 deu nova redação ao art. 37 de nossa Carta Magna, flexibilizando a forma de vínculo de trabalho na administração pública. Essa política preconizada pelo Governo Federal e seguida por boa parte dos estados e municípios acabou provocando um processo de precarização do trabalho no SUS e a conseqüente redução de postos de trabalho na administração pública. Em torno de 600 mil trabalhadores, em 2002, estavam precarizados, o equivalente a 30 % da força de trabalho.

Portanto, interessaria compreender no contexto dessa política específica, que sentido será atribuído à precarização. Nesse documento (BRASIL, 2004b, p. 24), o MS mencionava que o caráter de precariedade diz respeito não somente à redução da proteção social e à forma de inserção na administração pública, mas à relação com a durabilidade do contrato de trabalho, que ocorre tanto no setor privado quanto no setor público.

“É importante observar que existem relações de trabalho que são regulares (ou seja, obedientes à lei), mas são classificadas como precárias na medida em que não assumem a plenitude dos direitos e benefícios assegurados a outras formas regulares. No setor privado, registram-se as modalidades de contrato de trabalho por prazo determinado (regido pela CLT) e o contrato de trabalho temporário (regido por lei específica, Lei nº 6.019, de 1974); e no setor público, verifica-se a contratação por tempo determinado por excepcional interesse público (também regida por lei específica, Lei nº 8.745, de 1993), a qual, para as funções de saúde, ***está limitada ao trabalho de combate a surtos epidêmicos. O caráter de precariedade diz respeito, nesses casos, não só à redução da proteção social ao trabalho, implicando num menor número de direitos e benefícios, mas também no fato de esse tipo de contrato ter duração curta ou bem delimitada. Por outro lado, os contratos de excepcional***

*interesse público são renováveis apenas dentro dos critérios que a lei dita<sup>3</sup>*” (grifo nosso).

Posteriormente, um conceito de trabalho precário irá aparecer em outro documento (BRASIL, 2005a, p. 24 -25):

“No momento, o Ministério da Saúde assume que a precariedade do trabalho está relacionada com alguma irregularidade. Diz respeito à situação de desobediência às normas vigentes do direito administrativo e do direito do trabalho. Um ponto comum dessas normas administrativas é a proteção social ao trabalho. **Assim, o trabalho precário, inicialmente, pode ser definido como uma situação de desproteção social, quando exercido com ausência dos direitos inerentes ao tipo de contrato firmado** (grifo nosso). Contudo, do ponto de vista da administração pública, proteção social não significa somente o pleno gozo de direitos laborais. O fato de existir a cobertura social legalmente exigida, com direitos e benefícios garantidos ao trabalhador, não é suficiente para caracterizar o trabalho como regular; outras exigências podem não estar sendo observadas como, por exemplo, o concurso público”.

“Na administração pública, a contratação sem concurso público tornou-se possível mediante a terceirização de serviços. Nesse caso, o trabalho é considerado precário porque o trabalhador foi absorvido de forma irregular, isto é, foi admitido sem concurso público e, portanto, seu vínculo com o Estado não tem base legal”.

“Assim, a terceirização sem limites se configura fraude à lei, uma vez que ofende o inciso II do art. 37 da Constituição Federal, que determina a realização de concurso público para provimento de cargo ou emprego na atividade-fim da administração pública. Nesse sentido, a terceirização pode ser associada à precarização, visto que o trabalho realizado pelo empregado da prestadora coincide com os objetivos da instituição. Nesse caso, a contratação de mão-de-obra por meio de empresa terceirizada é considerada irregular. Assim, o trabalho precário, conceituado em relação à ilegalidade do vínculo, não oferece qualquer garantia de proteção social a quem o exerce”.

Tal entendimento está ratificado no estudo “Bases conceituais da política de desprecarização e regularização do trabalho no SUS” (NOGUEIRA, BARALDI E RODRIGUES, 2004b, p.18 - 23), quando os autores definem que o regime de trabalho “especial”, ou seja, por tempo determinado, adotado pela administração pública brasileira é considerado um trabalho protegido. Assim, “o contrato temporário<sup>6</sup> é lícito do ponto de vista do direito administrativo e será sempre um contrato que resguardará direitos trabalhistas e sociais, ainda que o trabalho se

*exerça por tempo determinado e excepcional interesse público*”. Embora para os autores, não faça sequer sentido a expressão “política de desprecarização” tendo em vista esse argumento, Koster (2008, p. 107), ao analisar a gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no SUS, entende que com a criação da política de desprecarização, o Ministério da Saúde demonstra estar comprometido com a reversão desse quadro. A autora interpreta que “para o Ministério, trabalho precário se considera aquele que não garante os direitos sociais do trabalhador, assim como aquele no qual a forma de inserção foi sem concurso público”.

No pólo interpretativo oposto ao entendimento atual da administração pública brasileira, a categoria conceitual da precarização do trabalho, o caráter da temporalidade é levado em consideração, sendo parte da imanência do conceito. Faz-se necessário sublinhar e revelar as tendências do atual padrão flexível, condição na qual a força de trabalho encontra-se subsumida aos interesses do grande capital. “Sob a égide da flexibilização, a relação capital-trabalho pode sofrer quaisquer mudanças formais, desde que estejam funcionais à lei do valor, determinação universal que ilumina todas as expressões singulares da dinâmica capitalista” (Tavares, 2004, p. 82).

Os autores que embasam este estudo (Antunes, 2007; 2008; Behring, 2008; Boltanski & Chiapello, 2009; Borges, 2007; Druck, 2007; Harvey, 2002; Mészáros, 2007; Mota & Amaral, 2000, Tavares, 2004) entendem que o trabalho em tempo parcial, temporário ou subcontratado é, sim, trabalho precário.

Com apoio ativo do Estado, através de manobras constitucionais, difundem-se parcerias com o grande capital para a intermediação precarizadora da mão de obra. Dentro desse contexto, o contorno do cenário da classe trabalhadora é a acentuada precarização, rebaixamento salarial e desemprego alargado.

---

<sup>6</sup> Os contratos temporários com a administração pública são regidos por legislação especial, própria a cada ente da federação, estando portanto, dentro da legalidade. Incorporam, conforme o caso, um conjunto que pode ser mais ou menos extenso de direitos previdenciários e trabalhistas. Não são precários, portanto, a não ser pelo fato de os seus contratos terem prazos determinados e serem instituídos em função de situação específica de excepcional interesse público (GIRARDI, 2010).

Na mesma direção, Borges (2008: 81) argumenta que os mecanismos utilizados para o “enxugamento da máquina pública” foram as demissões, privatizações, terceirizações, redução dos salários pagos e corte de benefícios. A outra estratégia que guiou a reestruturação do setor público foi a flexibilização das relações de trabalho, que ocorreu por intermédio de formas de contratos atípicos, sem recurso ao concurso público e com remuneração fora dos parâmetros estabelecidos nos planos de cargos e salários, são os contratos por tempo determinado, temporários, por prestação de serviços, e/ou associados um determinado projeto, a exemplo dos bolsistas, consultores, substitutos e estagiários.

A autora ainda alerta para o fato de que muitas dessas formas de contratação flexíveis, nem se quer são registradas nas estatísticas oficiais, criando, desse modo, trabalhadores precários *invisíveis* (Ibid., p. 82).

Carvalho Neto (1997), faz uma importante interpretação a esse respeito e argumenta que o Estado Neoliberal defende as “velhas” formas das relações contratuais, incentiva a desregulamentação de direitos trabalhistas, a flexibilização do contrato de trabalho e a aceleração de variadas práticas de subcontratação, sendo as manobras encontradas para diminuir os custos do trabalho. O autor argumenta ainda que a natureza do trabalho está mudando. A forma de emprego tradicional, o trabalho integral por tempo indeterminado, nos setores industriais e de serviços, está sendo substituída pelas várias formas de trabalho temporário, por tempo determinado, em tempo parcial (Ibid.).

Para Pochmann (1999), o padrão flexível de uso e remuneração da força de trabalho assalariada está associado às facilidades legais e informais quanto à contratação, à demissão e à existência de uma oferta abundante de mão-de-obra.

Em suma, explica Kuenze (2004): “convive-se com um processo que pode ser chamado de ‘exclusão includente’, por meio do qual o mercado formal exclui para reincorporar em formas mais precárias, seja com salários mais baixos no emprego formal, seja através do trabalho terceirizado”.

Então, diante do cenário da precarização do trabalho no setor saúde, qual o efeito da “Política da desprecarização do SUS”?

Pesquisas recentes apontam para uma diminuição da prática de trabalho desprotegido no SUS. Em um estudo sobre o monitoramento da qualidade do emprego na Estratégia Saúde da Família no último decênio, de 2001 a 2009, Girardi et al (2009), constataram um aumento no número de municípios que realizavam exclusivamente trabalho protegido. Para a contratação de médicos, por exemplo, o número cresceu de 48 (8,7% do total de municípios pesquisados) para 137 (25% do total). Ao se considerar os dentistas, o salto foi maior, de 54 municípios (9,8%) para 224 (40,8%).

Porém, simultaneamente, foi observado importante crescimento na proporção de municípios que utilizam **vínculos estatutários e temporários**, ao passo que diminuiu significativamente a utilização de contratos celetistas e, sobretudo a proporção dos contratos autônomos. Entre 2006 e 2009, por exemplo, a proporção de municípios que contratavam médicos como estatutários aumentou de 13,9% para 29,4%, **enquanto os contratos como temporários, de 47,5% para 71,3%** (Grifo nosso). Ao revés, a proporção de municípios que contratavam médicos como celetistas, diminuiu de 17,4% para 11,7% e como autônomos, de 13,1% para 1,4% (Ibid.).

Em outra pesquisa, Girardi et al (2010), constataram também uma diminuição da prática de contratação de trabalho precário na ESF, entre 2001 e 2009, para todas as ocupações, quando a proporção de contratos protegidos de médicos, enfermeiros e dentistas, subiu de 23,1% para 38,6%; 28,4% para 54,5%; 28,9% para 55,6%, respectivamente.

No entanto, admitem os autores, essa tendência de aumento de contratação das formas protegidas de trabalho na ESF - Estatutário e CLT - não significa sua preponderância absoluta. Os dados são significativos: em 2009, nos municípios pesquisados, 76,3% dos médicos, 57,7% dos enfermeiros e **55,9% dos dentistas**, encontravam-se no regime de **trabalho desprotegido**<sup>7</sup> (Ibid.).

Esses resultados são indícios indiscutíveis da preferência dos entes federativos de contratarem a força de trabalho em saúde temporariamente, endossando o caráter legal desse tipo de contrato. Descarta-se completamente a questão da instabilidade, insegurança, como se esses fenômenos não

tivessem repercussões para a vida dos indivíduos e nem tão pouco para a eficácia dos serviços de saúde. Apesar do aumento da prática do trabalho protegido no SUS, esses contratos não são majoritários nos municípios, havendo ainda um grande contingente de mão de obra precarizada no SUS, seja ela legal ou ilegalmente admitida. Caberia reafirmar que o fato dos contratos temporários na administração pública não se configurarem como um trabalho desprotegido, isso não o torna um trabalho estável, nem tampouco seguro. Renovam-se as formas, mas não a natureza do contrato que permanece precário, do ponto de vista da efemeridade do tempo.

Diante do exposto, restam algumas indagações: diante da instabilidade da força de trabalho, como estabelecer e assegurar o vínculo com a comunidade, bem como a eficácia e a qualidade do cuidado com as pessoas? O que significa mesmo a política de humanização do SUS quando o vínculo trabalhador/população assistida encontra-se ameaçado? E por fim, qual a finalidade da educação continuada, dos cursos de treinamento e da experiência acumulada dos trabalhadores de saúde quando persistem formas legais de dispensa fácil desses trabalhadores?

Entende-se que o trabalho por tempo determinado ou temporário é trabalho precário, independente se houve ou não obediência ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública. Instabilidade, insegurança, desproteção social, caracterizam essa forma de contratação. E não há como defender a tese de que essas formas de trabalho não interferem nas condições de vida e de trabalho da classe trabalhadora, além de prejudicarem o funcionamento dos serviços de saúde.

---

<sup>7</sup> Os autores entendem por trabalho desprotegido: vínculos temporários, os de prestação de serviços autônomos e demais vínculos sem proteção ou não plenamente protegidos no âmbito do direito do trabalho. Entre os vínculos temporários, incluem-se os contratos temporários com a administração pública, ou seja, aqueles regidos pela legislação especial (GIRARDI et al, 2010).

### **5.2.2 A compreensão do estado de precarização do trabalho e as implicações do fenômeno na Política Nacional de Saúde Bucal**

A utilização das “novas” formas legais de seleção e contratação no setor público, seleção pública e contratação temporária como substitutivos do concurso público - ou seja, a vinculação efetiva - materializa a contratação precarizada no contexto neoliberal. A justificativa legal dessa forma de contratação é, no mínimo, um descaso para com a classe trabalhadora.

Entende-se que essa forma de contratação acarreta deletérias conseqüências na vida pessoal e profissional dos envolvidos, discussão que se exporá a seguir. Compromete também a qualidade dos serviços, visto que a instabilidade do emprego, acrescido dos múltiplos vínculos de trabalho, a ausência de planos de cargos e carreiras e os baixos salários induzem ao não compromisso com o serviço público odontológico, ameaçando, assim, a consolidação da Política Nacional de Saúde Bucal.

Não se pode perder de vista que a grande disponibilidade de mão de obra qualificada no setor saúde contribui ainda mais para a exploração dessa força de trabalho, reduzindo o custo-trabalho e postos de trabalho estáveis. Afinal, sob a égide neoliberal a hegemonia é do mercado.

Baraldi et al (2009), contribuem com a discussão argumentando que em decorrência do fantasma do desemprego que ronda a maioria da população brasileira, essa se torna propensa a aceitar as mais variadas condições de trabalho (carga horária, tipo de vínculo, remuneração, condições dos ambientes de trabalho). Esclarecem também que a flexibilização das relações de trabalho no setor saúde, tem propiciado condições variáveis de trabalho, multiplicidade de vínculos e leque variável de gozo de direitos trabalhistas.

Nesse momento, faz-se necessário colocar em cena as falas dos entrevistados: Qual a compreensão desses sujeitos sobre a atual organização do trabalho nos CEOs?

No que diz respeito à contratação temporária um dos relatos dos entrevistados aponta para um consentimento dessa forma contratual. O profissional endossa a opção do município em contratar temporariamente a força

de trabalho, alegando que a estabilidade dificulta o processo de demissão, nos casos de descompromisso com o serviço público.

“Já pensasse, chega um dentista que não vem aqui, vem quando quer. Então, esse dentista não tá precisando do trabalho, né? Se acontecer dele não trabalhar, aí o que é que se tem que fazer? O contrato dele não renova, bota outro. Quer dizer, **fica mais fácil, não precisa mandar ir embora... Venceu o contrato pronto! Eu acho que foi a maneira que eles acharam pra coagir, né?**(grifo nosso). Talvez seja isso, o sistema agora da prefeitura é não querer mais ninguém efetivo, porque o efetivo vem quando quer, né?” (Entrevistado D).

Na direção oposta, em outra fala emerge o cerne da questão do descompromisso do servidor/empregado público: a não regulação do Estado.

“Ele acha que fez um concurso, então ele acha que não precisa trabalhar, ele precisa ir lá e fazer uma enrolada, uma enroscada e ir embora, né? Eu acredito que seja a **falta de uma regulação e muitos anos de descaso** (grifo nosso). E que não houve essa pressão, essa cobrança e que durante muitos anos eram realmente cabide de emprego, né? Então, hoje para você mudar essa mentalidade e o que a gente vê e gente que entrou agora e está fazendo isso, porque já vem com esse imaginário” (Entrevistado J).

Conforme explicitado no capítulo anterior, a flexibilização do trabalho objetiva a redução de custos, uma medida claramente regressiva para os trabalhadores. E a aceitação/passividade dos trabalhadores aprofunda ainda mais essa questão.

Na tentativa de uma maior compreensão sobre o desenvolvimento da flexibilização do trabalho por parte da gestão pública de saúde, o estudo de Girardi et al (2009) assinala para uma preferência dessa prática pela gestão da ESF. Os autores declararam que em 2001, 2006 e 2009, os gestores informaram que a **flexibilidade contratual** era um importante fator para a prática de vínculos desprotegidos ou precários. Em 2001, 58,2% dos gestores argumentaram que a flexibilidade para demitir, contratar e remanejar pessoal foi a principal justificativa desse contrato. Os limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal foram citados por 54% dos entrevistados. Para 51,3% dos gestores, em 2006, a flexibilidade continuou sendo a principal justificativa.

Somente em 2009, verifica-se maior dissipação das respostas, uma vez que a flexibilidade contratual, a dificuldade para realizar concurso público, e, uma vez realizado o concurso, o não preenchimento das vagas, aparecem empatadas e citadas por aproximadamente 21% dos entrevistados.

Outro importante achado na mesma pesquisa é que uma manobra encontrada pelos gestores de saúde de “compensar” os vínculos precários é aumentando, em certa medida, os salários dos trabalhadores. Por exemplo, entre os anos de 2001, 2006 e 2009 os salários dos médicos nos municípios que contratavam com vínculos desprotegidos se mostraram maiores que o daqueles que lançavam mão de trabalhos protegidos. Entre os **dentistas**, os melhores salários médios em 2001 foram registrados entre os municípios que realizavam trabalho desprotegido. Nos anos seguintes essa tendência se inverteu. Os autores esclarecem que a despeito da precariedade do vínculo, o salário aparece como uma contrapartida, imputando alguma qualidade ao trabalho (GIRARD et al, 2009).

Cabe esclarecer que tal manobra não atribui qualidade ao trabalho, e nem tão pouco significa que esses salários condizem com a qualificação profissional. Discorda-se com veemência dos argumentos expostos. Não é a estabilidade que gera o não cumprimento de regras e horários, mas sim a não regulamentação do próprio Estado, o desgoverno. E a generalização de contratos precários no setor público de saúde favorece para o descompromisso com o serviço.

Clientelismo político, fisiologismo, diminuição do custo-trabalho, enxugamento da máquina pública, são algumas das verdadeiras intenções da prática “legal” da contratação temporária.

Quanto ao fenômeno da precarização do trabalho, observa-se que nos discursos não há referência aos vários processos que respondem pelas mudanças no mundo do trabalho e sua conseqüente precarização. Os entrevistados interpretam o fenômeno exclusivamente pela ótica do mercado, pela dinâmica da oferta e da procura, quando diante da excessiva mão de obra ocorre a “desvalorização” do profissional.

“A odontologia teve uma **desvalorização** muito grande, né? Pelas mudanças na economia, pelo número de escolas formadoras e conseqüentemente **isso é uma questão de mercado**, se existem mais profissionais no mercado, logicamente a remuneração vai diminuir, vai cair”. (Entrevistado A)

“Eu enxergo hoje o **mercado de trabalho muito mais restrito** porque a concorrência aumentou em função da abertura de mais escolas de odontologia, não é? São mais profissionais lançados no mercado anualmente, conseqüentemente **a oferta ficou pequena em relação à demanda**, a demanda de profissionais hoje é muito grande, não é? (grifo nosso). Sem que pra isso haja uma valorização do profissional”... (Entrevistado I).

“Eu acho que o mercado de trabalho piorou porque a quantidade de profissionais no mercado é bem maior e... E eu acho **que houve uma desvalorização da área**” (Grifo nosso – Entrevistado B).

“Na verdade é isso que eu estou lhe dizendo **não existe valorização**, eu acho que é porque a odontologia nunca matou, né? Se a odontologia matasse aí você ia vê” (Entrevistada K).

A problemática das mudanças no universo laboral não se restringe apenas à questão de mercado. Nos capítulos iniciais buscou-se compreender o cerne dessa questão, contextualizando-se os vários processos históricos que deram origem ao problema. Da crise estrutural do capital às alternativas de superação dessa crise. Assim, os argumentos explicitados pelos entrevistados respondem apenas em parte pela drástica redução do custo-trabalho, mas não explicam as verdadeiras causas da precarização.

De acordo com os autores que embasam essa pesquisa, a precarização envolve várias questões, principalmente no que diz respeito à desregulamentação dos direitos trabalhistas e à instabilidade do emprego que são os receituários seguidos fielmente pelo Estado neoliberal.

Oportunamente, Pochmann (1999, p. 23) argumenta que se faz necessário tratar as mudanças estruturais do emprego no Brasil não apenas influenciada pela demanda de mão-de-obra, mas que é imprescindível analisar a macroeconomia nacional. E explica:

“Existem uma série de fatores inter-relacionados, entre os quais as políticas recessivas da década de 1990, a desregulamentação e a redução do papel do Estado, a abrupta abertura comercial e as elevadas taxas de juros e de apreciação cambial, as quais seriam responsáveis pela montagem de um cenário desfavorável do comportamento do emprego nacional. Assim, o desemprego e a crise da empregabilidade não seriam fenômenos inevitáveis, sobretudo se as

políticas macroeconômicas não estivessem orientadas para uma inserção externa passiva e subordinada aos interesses de países mais desenvolvidos e de organismos internacionais como o Banco Mundial e a Organização Mundial do Comércio”.

É interessante destacar ainda que diante dos sucessivos discursos sobre a “desvalorização profissional”, apenas um relato apontou para a expressiva desmobilização da categoria e para a falta de engajamento político. Contudo, cabe ressaltar que essa fala apenas tocou superficialmente no tema e, por fim, retomou e enfatizou a questão salarial e sua importância na “qualidade de vida”.

“A gente não tem força, a gente não tem união, também. Porque eu acho que falta isso, **porque eu acho que a gente tinha que se juntar e dá um basta**, né? Porque a educação na área da saúde é muito pouco politizada, não é? É muito pouco trabalhado pra brigar, porque isso faz parte da vida, **porque sua qualidade de vida vai depender da sua satisfação... Assim... Não é nem da satisfação, mas é do que eu ganho**. (grifo nosso). Poxa! Se eu trabalho, eu devo ser bem remunerado e deixar suas continhas em dias... Não é pra luxar, entendeu? Viajar... Não! Mas é para você ter uma vida financeira organizada, ou seja, pagar suas contas em dia, não é? Ter suas necessidades... Poder pagar um plano de saúde descente, né? Poder é... Ter um carro para se locomover, porque hoje em dia é um instrumento de trabalho, não é?” (Entrevistado K).

Antunes (2008, p. 66) esclarece que um elemento decisivo para a crise sindical é o fosso existente entre os trabalhadores “estáveis” de um lado, e aqueles que resultam do trabalho precarizado, de outro. Com o aumento desse abismo social no interior da própria classe trabalhadora, reduz-se fortemente o poder sindical, historicamente vinculado aos trabalhadores “estáveis” e, até agora, incapazes de aglutinar os trabalhadores parciais, temporários, precários.

No mesmo sentido, Coutinho (2009, p. 33) explica que o assalariamento se generalizou, hoje praticamente todas as profissões são submetidas à lei do assalariamento, mas não se configurou a criação de classe operária majoritária. E explica, por exemplo, que existem os sujeitos que trabalham em casa gerando mais-valia para alguma empresa, e tem o operário que continua na linha de montagem. E esses sujeitos vivem em condições de trabalho muito diferenciadas, o que dificulta a percepção de que eles são membros de uma

mesma classe social. O autor argumenta que esse é um grande desafio da atualidade.

Nas entrelinhas dos discursos começam a emergir as dificuldades encontradas/percebidas no serviço público.

“No **setor público** você é **mal remunerado**, no setor público muitas vezes você **não tem estímulo**, não tem motivações, tá certo? Porque a gerência do setor não lhe incentiva, não lhe permite, tá certo? **Você tem dificuldades de todas as naturezas**, tá certo?(grifo nosso). Tem dificuldade de natureza estrutural, você tem muitas vezes dificuldades de relacionamento com quem tá lhe gerenciando, porque muitas vezes a pessoa quem lhe gerência não é profissional da área e não tem sensibilidade necessária e nem conhecimento necessário para lhe gerenciar, certo?”(Entrevistado I).

“Eu não sei quem é o coordenador (de saúde bucal), não. Parece que é A, era B, aí virou A, eu não sei direito não. Porque é uma coisa tão desencontrada. Eles vêm fazer reunião com a gente empurrando goela abaixo, eles **nunca vêm aqui saber qual a minha dificuldade**, sabe? Pra atender melhor, **pra dá um atendimento mais... De qualidade**, entendesse? O gestor em momento nenhum deve pensar em voto, ele tem que pensar no ideal de serviço em dá uma saúde descente, criteriosa” (Entrevistado K).

E os relatos vão apontando para um descompasso entre a finalidade dessa política setorial e o que está de fato sendo posto em prática nos serviços odontológicos.

“A odontologia pública era muito restrita, né? Era extração, extração, extração... Não tinha as especialidades, entendesse? Mas hoje oferece isso, **mas capengante ainda...** A diferença que eu acho de há trinta anos era que eles não ofereciam e neguinho já sabia: tem que pagar por aí e arranjar em algum lugar **e hoje em dia fazem de conta que oferecem**, entendeu? Antigamente as coisas eram claras: Olha não tem e hoje em dia é um brinquedinho de fazer de conta” (Entrevistado K).

“**Eu acho que está ainda muito assim... Eleitoral.** Vamos criar, vamos inventar, vamos aumentar, mas eu não estou vendo base, né? Criamos um CEO que não tem as especialidades que um CEO deveria ter, entendeu? Tudo é capenga. É isso que eu acho, **a intenção é boa, mas é tudo capenga. A estrutura não funciona como deveria funcionar**”... (grifo nosso – Entrevistado I)

“E eu acho que **em muitos locais esse projeto está mascarado**, porque ele não vem atender o que realmente se propõe. Então, é manipulado por demais a questão política, né? **Ele acaba**

**sem os devidos fins serem concretizados...** Onde o dentista acumula duas ou três áreas daquela, não dá vencimento e as necessidades básicas continuam as mesmas e os serviços de especialidades vão atender a minúscula parte percentual da população” (Entrevistado A).

Um resultado importante constatado na pesquisa - que revela o descompromisso com o serviço – foi que nenhum entrevistado respondeu que cumpria as 20 horas semanais contratadas e mais da metade deles (53,8%) afirmou que cumpria apenas 8 horas semanais (Tabela 3). Esse resultado demonstra que a atual conformação da organização do trabalho nesses serviços está ocasionando deletérias consequências para a efetividade do mesmo, comprometendo a finalidade e a qualidade dos cuidados oferecidos à população. Fato elucidado a seguir nos relatos que seguem.

Observou-se em várias ocasiões da pesquisa de campo que a ociosidade dos consultórios odontológicos é freqüente nesses serviços. De acordo com o MS, os CEOs devem funcionar quarenta horas semanais e todos os consultórios odontológicos deveriam estar funcionando nos respectivos turnos. No entanto, encontrou-se uma significativa quantidade deles desocupados, principalmente pelo fato dos profissionais não se encontrarem nos serviços. Geralmente, os profissionais chegavam mais cedo, atendiam em pouco tempo e saíam antes do término do turno. Diga-se de passagem, que em algumas ocasiões o profissional já não se encontrava no serviço na segunda metade do turno.

Os *múltiplos vínculos empregatícios* assumidos respondem por uma parte significativa dessa prática (Tabela 3), do mesmo modo como se verifica para outros profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, farmacêuticos). Além disso, há um acordo tácito entre gestores e profissionais visando o cumprimento de apenas dois ou três turnos de trabalho. Essa é uma das alternativas praticadas pela gestão para “compensar” os baixos salários, por exemplo.

Contudo, essas sucessivas e injustificáveis práticas comprometem decisivamente a implementação da PNSB que tem como premissas básicas o acesso universal e integral aos serviços de saúde bucal.

O não cumprimento da carga horária contratada tem sido detectado em outras pesquisas recentes. Figueiredo & Goes (2009), encontraram que menos da metade (49,4%) dos cirurgiões-dentistas cumpriam as 20 horas semanais nos

CEOs de Pernambuco. Girardi (2009) menciona que as jornadas estabelecidas nos contratos formais nem sempre correspondem àquelas realmente praticadas que, na maior parte dos casos, resultam de acordos informados pelo hábito. Em menos de 70% das equipes de saúde os médicos, por exemplo, cumprem 40 horas de jornada.

Nitidamente, o descompromisso com o serviço público pode ser evidenciado nos próprios relatos dos dentistas.

“Por parte dos profissionais eu acho que **falta mais compromisso do profissional**, por **parte da gestão também**, certo? Tá faltando compromisso, tá faltando sensibilidade” (Entrevistado I).

“**Muita gente acha que isso aqui é emprego que ele não precisa trabalhar**. Só que a população tá cada vez mais exigente, ela tá querendo, ela tá exigindo o atendimento, então eu acho realmente que vai mudando e tem que mudar... Isso só denigre a imagem da profissão, de gente que só vem enrolando, enroscada” (Entrevistado J).

Diante de tais constatações, evidencia-se que há um desacerto entre o que foi idealizado na PNSB, no que se refere à finalidade da atenção secundária em saúde, e o que tem sido posto em prática.

Figueiredo e Goes (2009) ao avaliarem o funcionamento dos CEOs no Estado de Pernambuco pelo cumprimento global das metas preconizadas para cada tipo de CEO encontraram melhores resultados no subgrupo da atenção básica quando comparado às especialidades existentes nos CEOs. Os autores concluíram que apesar do desempenho de cada CEO ser avaliado apenas por cumprimento das metas dos subgrupos de procedimentos odontológicos (SIA/SUS), não contemplando inclusive a totalidade dos serviços que deveriam ser ofertados, esse desempenho demonstra a problemática vivenciada por esses serviços quanto ao seu papel enquanto centro de referência.

De todo o exposto, pode-se concluir que há um imbricado conjunto de processos e práticas dos quais resulta a não efetivação da proposta da PNSB.

E as falas vão ficando mais enfáticas em relação ao não comprometimento com o serviço público. Os profissionais atribuem o descompromisso em razão, principalmente, das baixas remunerações. Fica evidente nos discursos, que a remuneração é a grande questão para os

trabalhadores, e inegavelmente a atual forma da organização tem negativa repercussão na qualidade da assistência oferecida. E assim, de modo lamentável, os princípios estabelecidos na PNSB caem por terra.

“Eu acho que realmente a gente deveria dá as quatro horas por dia, **ter condições de trabalho e ter um salário condizente** com a minha especialidade... Mas... A gente não é pago pra isso, sabe? A gente é pago pra levar nas coxas mesmo... Então, **é muito difícil, é muito difícil você ter seriedade, ter compromisso**, entendeu? (grifo nosso). Você faz, porque... Sei lá, porque você pensa no outro, eu já estou aqui formada, tenho duas especializações e estou nessa pindaíba, imagina esses pobres coitados que não tiveram oportunidade, né?”(Entrevistado K).

“A questão da **remuneração é altamente importante para a dedicação**... (grifo nosso). Para a estabilidade emocional do profissional que se sente ameaçado a cada mudança de gestão” (Entrevistado A).

“Porque tem profissional que vai, **mas ele não está engajado naquilo ali, ou vai por causa do dinheiro ou vai porque consegue conciliar tal com tal e vai pra ali e faz um arrumado**. (grifo nosso). Tem condições de fechar o canal do dente, mas continua colocando o curativo entendeu? Então assim... Infelizmente tem essas pessoas assim” (Entrevistado G).

“A questão salarial influencia porque a gente tem que sair daqui para ganhar dinheiro em outro lugar. Então, **não tem condições de a gente passar... Dedicar muito tempo num lugar quando a gente não tem condições de sobreviver**, eu acho” (Entrevistado J).

“A pessoa tem que ter tempo pra conversar. Mas **pra gente ter tempo tem que ter um bom salário, não adianta a pessoa ficar aqui a manhã toda a tarde toda, só se doando e cadê o outro, o retorno?** (grifo nosso). O retorno pra gente é o dinheiro, não é? Você devia está aqui só pra isso. Mas como se o salário é lá em baixo? A pessoa vai ficar aqui se doando quatro horas? Não pode. Nem oito. Tem que dá também condição” (Entrevistado C).

“Olhe, a questão salarial é muito importante, não tenho dúvida. Ela também serve como motivação, também serve como incentivo. Até por uma questão capitalista, você vive em uma sociedade capitalista você tem que prover recursos de alguma outra fonte, **conseqüentemente você vai correr mais e você correndo mais a qualidade do seu trabalho diminui**, a qualidade do seu trabalho diminuindo... **O paciente ele sofre o prejuízo, não é?** (grifo nosso – Entrevistado I).

“Com a desvalorização do profissional, o profissional torna-se barato no mercado e conseqüentemente a **qualidade do trabalho desse profissional cai também**, o desestímulo, a insatisfação vem no kit vamos dizer, vem junto com esse fenômeno” (grifo nosso – M).

Em contrapartida, apenas um entrevistado interpreta que a questão salarial não pode se sobrepor ao compromisso ético com a saúde.

“... Mas o salário é baixo! Então, dê a vaga para o próximo, você acha que ele é baixo? Dê a vaga, entendeu? Se eu assinei, se eu assumir, não me interessa se eu ganho quinhentos reais ou cinco mil reais ***o meu compromisso tem que ser o mesmo, eu não admito a alegação de que eu ganho pouco e eu trabalho mal.*** Lógico que eu queria ganhar mais, quem não quer? Mas para mim isso não justifica, de jeito nenhum. Não é justificativa do trabalho mal feito” (Entrevistado J).

E as contradições são freqüentes nos discursos. Por exemplo, o SUS aparece com diferentes significados para os próprios trabalhadores desse sistema. Por um lado, o profissional relega o SUS para os que não podem pagar por serviços privados de saúde, melhor dito, o SUS para pobres. E por outro, o trabalhador questiona seu direito à saúde como cidadão.

“Minha filha infelizmente nós vivemos num mundo capitalista... Então, você tem que pagar pra nascer, você tem que pagar pra morrer. Aí você imagina que você trabalha quatro horas por dia e não paga nem um terço das suas contas. Eu sou classe média, vivo num apartamento próprio, sem luxo, eu sou divorciada e tenho duas filhas que ainda dependem de mim, são formadas, mas que estão desempregadas e não é fácil. Porque se eu morasse num lugar que fosse tudo socializado, se eu tivesse direito, mas não! ***Eu tenho que pagar um plano de saúde. Deus me livre de precisar do SUS, né?***” (grifo nosso – Entrevistado K).

“O SUS ele é um sistema universal e integral, dentro dos seus princípios, e eu entendo a universalidade e integralidade, certo? O atendimento a todos, independente da raça, de condição social, de religião, enfim. Eu lhe pergunto: Na sua residência já passou algum agente de saúde comunitário? Não. A minha área não é coberta. A minha também não. Mas eu não sou um cidadão? ***Eu também não tenho direito ao SUS? Na condição de brasileiro, na condição cidadão, na condição de pagador dos meus impostos, eu não tenho esse direito*** (grifo nosso). Por que é que eu não sou contemplado com essa visita? Deve-se questionar” (Entrevistado I).

Na sociedade de mercado, os baixos salários pagos aos cirurgiões-dentistas no setor público odontológico poderiam ser justificados, em parte, pela grande disponibilidade de mão-de-obra. Ao mesmo tempo, sabe-se que remunerações justas e condizentes com a qualificação profissional devem se constituir em pré-requisito para o desenvolvimento das políticas sociais. Por outro lado, a discussão sobre o compromisso com a saúde da população não deve se limitar, apenas, à remuneração. A saúde não é mercadoria; é um bem

inerente à condição humana. Portanto, a ética e o compromisso profissionais não deveriam se estabelecer exclusivamente pela óptica da esfera mercantil.

De forma oportuna, Antunes (2005, p. 69) esclarece qual a implicação do assalariamento no significado do trabalho na sociedade capitalista. A partir de Marx, o autor esclarece que se o trabalho é central na vida do homem, considerado como ponto de partida do seu processo de humanização e de criação de coisas úteis, também é verdade que na sociedade capitalista o trabalho se torna assalariado, assumindo a forma de alienado. O processo de trabalho se converte em meio de subsistência e a força de trabalho é transformada em mercadoria especial, cuja finalidade é a criação de novas mercadorias objetivando a valorização do capital. Daí que “como expressão da realidade capitalista, da sociedade regida pelo valor de troca, tem-se a dialética de riqueza e miséria, de acumulação e privação, do possuidor e do despossuído” (ibidem, p. 70).

Para Kuenze (2004), no caso do setor saúde o profissional vende sua força de trabalho a uma instituição que passa a determiná-lo em todas as dimensões, retribuindo-o por meio de um salário; nessa situação, mediante a divisão técnica e social do trabalho, o mesmo tende a ser mais desqualificado, mais intensificado, mais desgastante. Tal como vem ocorrendo a institucionalização dos serviços de saúde, embora o trabalho mantenha sua característica de não-material, a tendência a sua mercantilização é cada vez mais freqüente, diminuindo as possibilidades de intervenção criativa e independente dos profissionais da área.

Nessa pesquisa, a comprovação das evidências empíricas e os conteúdos dos estudos visitados, entram numa contradição sistemática com os preceitos da PNSB. Está estabelecido nessa política que o desenvolvimento de ações na perspectiva do cuidado em saúde bucal tem os seguintes princípios, entre outros, além dos expressos no texto constitucional (BRASIL, 2006b, p.59):

“Acesso: **buscar o acesso universal para a assistência e dar atenção a toda a demanda expressa ou reprimida**, desenvolvendo ações coletivas a partir de situações individuais e vice-versa e assumindo a responsabilidade por todos os problemas de saúde da população de um determinado espaço geográfico (grifo nosso). Prioridade absoluta deve ser dada aos casos de dor, infecção e sofrimento”.

“Vínculo: responsabilizar a unidade ou o serviço de saúde na solução dos problemas em sua área de abrangência, por meio da oferta de ações qualificadas, eficazes e que permitam o controle, pelo usuário, no momento de sua execução. O vínculo é a expressão-síntese da humanização da relação com o usuário, e sua construção requer a **definição das responsabilidades de cada membro da equipe pelas tarefas necessárias ao atendimento nas situações de rotina ou imprevistas. O vínculo é o resultado das ações do acolhimento e, principalmente, da qualidade da resposta (clínica ou não) recebida pelo usuário**” (grifo nosso).

Objetivamente, o discurso do profissional sintetiza o hiato existente entre esses preceitos e as reais condições de oferta desses serviços.

**“Eu considero a questão da qualidade muito aquém pelo paciente**, pelo usuário. E por aquilo que ele tem direito, não é? Então, eu acho, penso, que o serviço público tem que evoluir muito ainda, tem que crescer bastante sob vários aspectos. Tá faltando compromisso por parte dos profissionais, tá faltando políticas de incentivos, tanto sob o ponto de vista do profissional, como sob o ponto de vista do paciente, **facilitar o acesso do paciente ao serviço que ainda é muito burocrático**, tá entendendo, uma política financeira que contemple de forma integral, de forma séria, entende?” (grifo nosso – Entrevistado I).

“A política de atendimento aqui é direcionada pra dentes que têm condições de serem reabilitados, certo? Então, dentes que chegam aqui com uma parede, uma cúspide só, um molar com uma cúspide não faz. A gente cede aquele lugar... Não justifica a gente prender a vaga de um dente que ele vai fazer o canal aqui e no outro mês vai extrair o dente, porque a gente sabe que não vai reabilitar no serviço público, né?” (Entrevistado L).

São múltiplos e agudos os problemas que atualmente conformam a organização do trabalho no setor público odontológico: alta rotatividade dos odontólogos e descompromisso de alguns deles com as finalidades da PNSB; baixos salários e a diferença salarial entre os distintos profissionais de saúde; inexistência de planos e cargos de carreiras; incapacidade do setor público para regular o exercício desses profissionais, todos esses componentes comprometem de forma decisiva a qualidade da assistência ofertada aos usuários.

Segundo Paim (2009, p. 99), o SUS tem sofrido grande vulnerabilidade face às mudanças de governos, gestores e partidos. Dirigentes improvisados, persistente clientelismo político, alta rotatividade das equipes e engessamento

burocrático exigem alternativas criativas para proteger ou blindar o SUS dos interesses e das manobras do jogo político na saúde.

Na mesma direção, Cordeiro (2001) explica que a flexibilização tem gerado insatisfação e diminuição do compromisso público do servidor de saúde, baixa estima, fragmentação do trabalho e descontinuidade na prestação de ações de saúde. No panorama da corrosão do trabalho protegido, estável e dotado de sentido, não há como negar que deletérias e profundas consequências acometem a vida dos trabalhadores e a prestação dos serviços de saúde.

Os entrevistados ofereceram material interessante à análise de suas condições de trabalho. Sobre as instalações físicas e equipamentos, 53,8% dos cirurgiões-dentistas responderam que tais condições estão “boas e excelentes”. Os resultados foram mais positivos no que se referem aos materiais de consumo, instrumentais odontológicos e equipamentos odontológicos, avaliados em 69,2%; 61,5% e 61,5% entre “bom e excelente”, respectivamente. Entretanto, todos os entrevistados responderam que não existe sala para descanso nos CEOs e, em apenas 46,1% dos serviços há local para refeição (Tabela 5).

**Tabela 5 – Frequência e percentual das variáveis relacionadas às condições de trabalho nos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil - 2010.**

| VARIÁVEIS                     | FREQUENCIA |      |
|-------------------------------|------------|------|
|                               | N          | %    |
| CONDIÇÕES FÍSICAS DE TRABALHO |            |      |
| 1-Péssimo                     | 1          | 7,7  |
| 2-Ruim                        | 2          | 15,4 |
| 3-Regular                     | 3          | 23,1 |
| 4-Boa                         | 5          | 38,4 |
| 5-Excelente                   | 2          | 15,4 |
| TOTAL                         | 13         | 100  |
| MATERIAIS DE CONSUMO E INSUMO |            |      |
| 1-Péssimo                     | 1          | 7,7  |
| 2-Ruim                        | 0          | 0    |
| 3-Regular                     | 3          | 23,1 |
| 4-Boa                         | 6          | 46,1 |

|                                   |           |            |
|-----------------------------------|-----------|------------|
| 5-Excelente                       | 3         | 23,1       |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>13</b> | <b>100</b> |
| INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS       |           |            |
| 1-Péssimo                         | 1         | 7,7        |
| 2-Ruim                            | 0         | 0          |
| 3-Regular                         | 4         | 30,8       |
| 4-Boa                             | 5         | 38,4       |
| 5-Excelente                       | 3         | 23,1       |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>13</b> | <b>100</b> |
| EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS        |           |            |
| 1-Péssimo                         | 1         | 7,7        |
| 2-Ruim                            | 0         | 0          |
| 3-Regular                         | 4         | 30,8       |
| 4-Boa                             | 6         | 46,1       |
| 5-Excelente                       | 2         | 15,4       |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>13</b> | <b>100</b> |
| LIMPEZA E CONSERVAÇÃO DOS         |           |            |
| BANHEIROS                         |           |            |
| 1-Péssimo                         | 2         | 15,4       |
| 2-Ruim                            | 1         | 7,7        |
| 3-Regular                         | 2         | 15,4       |
| 4-Boa                             | 8         | 61,5       |
| 5--Excelente                      | 0         | 0          |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>13</b> | <b>100</b> |
| EXISTE SALA PARA DESCANSO (CEO)?  |           |            |
| 1-Sim                             | 0         | 0          |
| 2-Não                             | 13        | 100        |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>13</b> | <b>100</b> |
| EXISTE LOCAL PARA REFEIÇÃO (CEO)? |           |            |
| 1-Sim                             | 6         | 46,1       |
| 2-Não                             | 7         | 53,8       |
| <b>TOTAL</b>                      | <b>13</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa direta

De fato, os resultados apresentados acima apontam para uma adequada condição dos consultórios odontológicos, tanto em relação às estruturas físicas, quanto aos materiais e equipamentos odontológicos. De maneira geral, observou-se que na maior parte das visitas realizadas os serviços estão bem estruturados e equipados.

**“Acho que no serviço público melhorou muito as condições** de trabalho é... Em termos de materiais, de equipamentos, de instrumental” (Entrevistado L).

Ainda assim, algumas falas referem a ineficiência do serviço de manutenção dos equipamentos odontológicos, que quebram com certa frequência; e eles explicam que ficam, muitas vezes, sem poder trabalhar porque os equipamentos estão danificados.

**“Você chega e o equipamento está quebrado... É uma luta permanente. E o que eu tenho por aqui é de primeira linha em termos de endodontia, instrumental, de tudo.** Agora eu chego aqui e a cadeira quebra, ali quebra, não sei aonde quebra e você para e você não tem condições de trabalhar. Então, o que eu digo capenga é isso... Estão investindo, tem material... E aí cadê? Aí o paciente vem aí fora e dizem que não tem vaga e não sei quê. E eu faço o quê? Se **às vezes eu passo um mês sem trabalhar porque isso tá quebrado?** É capenga. Eu dizer que eu cheguei aqui e não tinha o material que eu pedi, de jeito nenhum, tudo o que eu pediei encontrei” (Entrevistado J).

Em uma das visitas foi possível constatar esse fato. Uma sala já estava sem funcionar por mais de dois meses devido à falta de manutenção e não havia previsão de conserto. Os dentistas, por sua vez, se utilizam dessa situação para justificarem o revezamento de horários nos consultórios o que resulta em um menor número de atendimentos.

No entanto, nas entrelinhas de outros relatos são evidenciados o descontentamento com as condições de trabalho oferecidas e suas implicações para a qualidade do cuidado ofertado.

“Você chega aqui tudo lhe é tolhido, porque tudo aqui é tolhido, porque olhe: fizeram uma reforma, a gente não foi ouvida em nenhum momento, **ergonomicamente falando isso daqui é um zero, se**

***existisse fiscalização aqui... Tem a vigilância sanitária, mas é daqui mesmo, então faz vista grossa.*** Porque aqui são dois pesos e duas medidas, porque no meu consultório, eu tive que derrubar o banheiro, é... Fazer o banheiro para cadeirante, rampa, tudo. Tudo eles me cobraram, aqui é uma zona"... (Entrevistado M).

"Na realidade se você for pra ponta do lápis, uma restauração aqui sai o triplo do preço, sai mais caro do que no meu consultório, porque não dão condição, as brocas são ruins, não dão um pino, uma coisa para segurar para fazer uma restauração descente, entendeu? ***Então, a condição de trabalho é a pior possível, então a princípio você vai fazer aquele trabalho três, quatro vezes, porque vai cair, porque você não é mágica.*** Dinheiro não falta não. O que falta é vontade política. Eu comprei isso para facilitar a minha vida aqui, entendeu? Como eu gosto do que faço quero fazer bem feito, até porque eu acho quer todo profissional que se preze tem horror a fazer duas vezes a mesma coisa, né verdade? E outra coisa, é o seu nome que está em jogo. Eu estou cansada e careca de saber que quando não marcam aí não dizem que é porque eu não tenho condições de trabalho aqui. Dizem que eu faltei" (Entrevistado K).

Saliba et al (2009), argumentam que em razão de o SUS ser constituído por princípios que prezam pela qualidade da assistência prestada, a oferta de boas condições de trabalho aos profissionais de saúde é fundamental para a materialização desses preceitos. Nesse sentido, e diante dos resultados obtidos nesta pesquisa, pode-se afirmar que estão comprometidas as finalidades da Política Nacional de Saúde Bucal, em particular, as ações concernentes aos CEOs.

### **5.3 Evidências da intensificação do trabalho na vida dos odontólogos que trabalham nos CEOs**

Conforme já anunciado, o universo para o estudo da intensidade do processo de trabalho foi composto por indivíduos que tinham mais anos de profissão, requisito fundamental para que o trabalhador possa comparar o trabalho anterior com o de agora.

Assim, os trabalhadores entrevistados contavam com uma média de trinta e quatro meses de trabalho nos CEOs e vinte e um anos e três meses de profissão, o que lhes possibilitou avaliar, por experiência própria, o dia-a-dia de seu trabalho (Tabela 6).

Pelo anteriormente exposto, foi possível constatar que os cirurgiões-dentistas possuem múltiplos vínculos empregatícios. É este achado, mais do que a atividade nos CEOs, que responde pela intensificação do trabalho, conforme descreveremos a seguir. Nos CEOs, viu-se que a maioria dos entrevistados trabalha em média entre 8h e 12h semanais. As observações realizadas demonstram claramente que o cumprimento da carga horária contratada pelos serviços está longe de constituir em um procedimento de rotina.

Outro dado que evidencia esse fato é a relação entre a quantidade de profissionais e de consultórios odontológicos (Quadro1). Dos 13 CEOs investigados, dois tinham um déficit de quatro profissionais; em seis deles havia um excesso de 20 profissionais e, apenas cinco, possuíam a relação adequada entre profissionais e consultórios odontológicos. De acordo com a PNSB, para os contratos de 20 horas semanais, prevê-se como adequada uma relação de 6 profissionais para os CEOs tipo I e de 8 profissionais para os tipo II.

O relato do trabalho intensificado apareceu na fala dos entrevistados, acrescido da informação a respeito de alguma doença ocupacional. Chamou a atenção, inclusive, o fato de encontrar-se comprometido o tempo de não trabalho, subtraindo qualidade as suas vidas.

Dal Rosso (2008, p. 106), em sua pesquisa sobre a intensificação do trabalho encontrou que alguns ramos da atividade econômica são predominantemente mais intensos, tal como o bancário, o de telefonia e

comunicação, o de transporte rodoviário, os serviços de saúde privados, os de ensino privado. Para o autor, é um grande desafio interpretar o processo de intensificação em curso, que não é único, nem homogêneo e sim diferenciado por ramos de atividades.

Ao se indagar a respeito dos vínculos empregatícios apareceram menções que variaram de dois até cinco vínculos. Mais notável, foi a referência à carga horária de trabalho total semanal, quando se encontrou registros de 50 horas ou mais de trabalho semanal (Tabela 4).

**Tabela 6 – Frequência e percentual das variáveis relacionadas à intensificação do trabalho nos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil - 2010.**

| VARIÁVEIS                       | FREQUENCIA |            |
|---------------------------------|------------|------------|
|                                 | N          | %          |
| TEMPO DE TRABALHO NO CEO        |            |            |
| 1-10 a 20 meses                 | 2          | 15,4       |
| 2- 21 a 30 meses                | 5          | 38,5       |
| 3-31 a 40 meses                 | 2          | 15,4       |
| 4-41 a 50 meses                 | 1          | 7,7        |
| 5- 50 meses ou mais             | 3          | 23,0       |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>13</b>  | <b>100</b> |
| TEMPO DE EXERCÍCIO DA PROFISSÃO |            |            |
| 1-10 a 15 anos                  | 4          | 30,8       |
| 2- 16 a 20 anos                 | 1          | 7,7        |
| 3-21 a 25 anos                  | 4          | 30,8       |
| 4-26 a 30 anos                  | 2          | 15,4       |
| 5- 30 anos ou mais              | 2          | 15,4       |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>13</b>  | <b>100</b> |
| ÁREA DE ATUAÇÃO                 |            |            |
| 1- Assistência Pública          | 14         | 53,8       |
| 2-Assistência Privada           | 9          | 34,6       |
| 3-Ensino                        | 2          | 7,7        |
| 4-Gestão Pública                | 0          | 0          |
| 5-Gestão Privada                | 1          | 3,9        |
| <b>TOTAL</b>                    | <b>26</b>  | <b>100</b> |
| ÁREA DE ATUAÇÃO (ACUMULO)       |            |            |
| 1-Apenas 1 área de atuação      | 3          | 23,0       |

|                                |           |            |
|--------------------------------|-----------|------------|
| 2-Duas áreas de atuação        | 8         | 61,5       |
| 3-Três ou mais área de atuação | 2         | 15,5       |
| <b>TOTAL</b>                   | <b>13</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa direta

Outros resultados também conduzem à conclusão de que está ocorrendo um processo de intensificação do trabalho no cotidiano desses trabalhadores. Muitos dentistas declararam que hoje labutam mais do que quando iniciaram a vida profissional, sendo poucos os que declararam estar vivenciando redução de horas considerado o início de suas trajetórias profissionais.

Uma questão mais recentemente observada no estudo da intensificação é a demanda por trabalhadores polivalentes, multifuncionais, quando a especificidade profissional se dilui numa multiplicidade de tarefas as mais diversas. Também nesta pesquisa esta questão se fez presente, quando vários entrevistados atestaram realizarem, hoje, mais atividades do que há anos atrás. Ou seja, está em curso um processo de intensificação por acúmulo de tarefas (Tabela 7).

**Tabela 7 – Frequência e percentual das variáveis relacionadas à intensificação do trabalho nos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil - 2010.**

| VARIÁVEIS                               | FREQUENCIA |            |
|-----------------------------------------|------------|------------|
|                                         | N          | %          |
| QUANTO À JORNADA DE TRABALHO            |            |            |
| 1-Hoje trabalho mais horas              | 9          | 69,2       |
| 2-Hoje trabalho o mesmo número de horas | 2          | 15,4       |
| 3-Hoje trabalho menos                   | 2          | 15,4       |
| <b>TOTAL</b>                            | <b>13</b>  | <b>100</b> |
| QUANTO AO RITMO DE TRABALHO             |            |            |
| 1-Hoje realizo mais atividades          | 10         | 76,9       |
| 2-Hoje realizo menos atividades         | 3          | 23,1       |
| 3-Não sabe                              | 0          | 0          |
| <b>TOTAL</b>                            | <b>13</b>  | <b>100</b> |
| HÀ ACÚMULO DE ATIVIDADES                |            |            |
| 1-Sim                                   | 6          | 46,2       |
| 2-Não                                   | 7          | 53,8       |

|                              |           |            |
|------------------------------|-----------|------------|
| 3-As mesmas atividades       | 0         | 0          |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>13</b> | <b>100</b> |
| HOJE AS INSTÂNCIAS DE GESTÃO |           |            |
| EXIGEM MAIS POLIVALÊNCIA     |           |            |
| 1-Sim                        | 10        | 76,9       |
| 2-Não                        | 3         | 23,1       |
| <b>TOTAL</b>                 | <b>13</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa direta

Kuenze (2004), esclarece que a ‘flexibilização’, ao introduzir a multitarefa, ao invés de tornar o trabalho mais interessante e qualificado, o intensifica, passando um trabalhador a ter de desempenhar tarefas que antes eram da responsabilidade de vários trabalhadores.

Para Dal Rosso (2008, p. 109), outra maneira de intensificar o trabalho consiste em alongar a jornada. Essa forma quase primitiva de acumular tarefas, que é o alongamento da jornada de trabalho, pode ser vista nos relatos dos profissionais.

“No ano passado eu acho que eu trabalhava mais, **eu trabalhava umas 96 horas por semana, no mínimo** (grifo nosso). Eu estava em julho do ano passado (2008) muito desgastado, muito desgastado. Assim, eu esperava por demais o final do ano para tirar férias e foram seis meses assim... De muito estresse, de muito desgaste. Mas, tá aparecendo outras perspectivas e que você vai inconscientemente absorvendo essas novas perspectivas de trabalho, né? Então, eu tenho que preparar o meu futuro, eu penso no futuro, entendeu? Eu penso na velhice, como eu não tenho hoje uma perspectiva de uma boa aposentadoria...” (Entrevistado A).

Outra questão referida diz respeito à necessidade de trabalhar mais para acumular para o futuro. Na sociedade contemporânea, evidentemente que esse tipo de percepção está associado aos padrões de consumo que se vão socialmente estabelecendo, os quais tanto mais elevados forem, mais tempo de trabalho haverão de requerer. Portanto, faz-se necessário trabalhar incessantemente para que o padrão de consumo estabelecido seja alcançado, mesmo que para isso se ponha em risco a saúde e a qualidade da vida pessoal.

“Eu trabalho os três horários e fim de semana...que os meus plantões são nos finais de semana. Livre eu só tenho o sábado dia e o sábado noite, aí o domingo eu dou 24h de plantão. Eu vou pro cinema, praia, gosto de barzinho, o normal, o cotidiano. Pra você manter aquele padrão que você tem você tem que acumular, em virtude dos salários baixíssimos” (Entrevistado B).

Nesse momento faz-se oportuno lembrar Antunes (2005, p. 41), ao argumentar que estamos vivenciando a plenitude da sociedade involucral, geradora do supérfluo e do descartável, que cria necessidades múltiplas de consumo fetichizado e estranhado.

Quando a preocupação se direciona sobretudo ao cumprimento de metas, a intensificação do trabalho também pode trazer riscos para a qualidade da assistência prestada.

“Você vai ter a queda na qualidade da assistência... Como é que o paciente pode ser bem atendido, se ele está sendo atendido nas carreiras... Eu não estou vendo qualidade. E a demanda é grande demais e aquilo vira uma bola de neve que você não tem como resolver” (Entrevistado J).

Diante desses resultados, observou-se que no cotidiano desses trabalhadores há um acúmulo de atividades. Hoje, eles trabalham mais intensivamente, o que supõe um esforço físico e mental maior, um gasto adicional de energias pessoais para dar conta da sobrecarga de trabalho. Da atividade laboral realizada nessas condições, poderão advir o desgaste físico, intelectual e emocional, a fadiga acentuada e conseqüentes efeitos para a saúde desses trabalhadores.

Nesta pesquisa pode-se verificar que o processo de intensificação está repercutindo na saúde dos trabalhadores, seja pela sobrecarga ou pelas condições de trabalho. Não se trata de detalhar esta provável relação de causa e efeito, apenas registrar indícios para esta possibilidade. Assim, quase a metade dos entrevistados respondeu que tem doença de trabalho materializada pelo desgaste físico, intelectual e emocional no seu cotidiano de trabalho. Foram mencionados ainda fadiga, cansaço e indisposição; LER e DORT; estresse, depressão e insônia; gastrite e doenças cardiovasculares; distúrbios da audição e da visão (Tabela 8).

Ainda que alguns entrevistados tenham afirmado que estão expostos a fatores de risco no ambiente de trabalho (CEOs), avaliando ser alta essa exposição, não há registros de nenhum acidente de trabalho nos últimos cinco anos. Considerando, contudo, a alta frequência de doenças de provável causa ocupacional, é bom lembrar que no cenário de flexibilização, o aumento da intensificação do trabalho implica em adoecimento para os que permanecem empregados, expondo-os a maiores riscos laborais (Druck, 2007, p. 30).

**Tabela 8 – Frequência e percentual das variáveis relacionadas à intensificação do trabalho nos CEOs da Região Metropolitana do Recife, Brasil - 2010.**

| VARIÁVEIS                                               | FREQUENCIA |      |
|---------------------------------------------------------|------------|------|
|                                                         | N          | %    |
| EXPOSIÇÃO À FATORES DE RISCO                            |            |      |
| 1-Sim                                                   | 13         | 100  |
| 2-Não                                                   | 0          | 0    |
| TOTAL                                                   | 13         | 100  |
| AVALIAÇÃO DA EXPOSIÇÃO AO RISCO                         |            |      |
| 1-Alta                                                  | 8          | 61,5 |
| 2-Média                                                 | 3          | 23,1 |
| 3-Baixa                                                 | 2          | 15,4 |
| TOTAL                                                   | 13         | 100  |
| CONDIÇÃO QUE ACONTECEU NOS<br>ÚLTIMOS CINCO ANOS        |            |      |
| 1-Acidente de trabalho                                  | 2          | 84,6 |
| 1-Sim                                                   | 11         | 15,4 |
| 2-Não                                                   |            |      |
| TOTAL                                                   | 13         | 100  |
| 2-Doença do trabalho                                    |            |      |
| 1-Sim                                                   | 6          | 46,1 |
| 2-Não                                                   | 7          | 53,9 |
| TOTAL                                                   | 13         | 100  |
| EXISTE ALGUMA FORMA DE<br>CONTROLE SOBRE O SEU TRABALHO |            |      |
| 1-Sim                                                   | 5          | 38,4 |
| 2-Não                                                   | 8          | 61,6 |

|                                    |    |      |
|------------------------------------|----|------|
| TOTAL                              | 13 | 100  |
| QUAIS AS FORMAS DE CONTROLE        |    |      |
| 1-Horários de refeição             |    |      |
| 1-Sim                              | 4  | 30,8 |
| 2-Não                              | 9  | 69,2 |
| TOTAL                              | 13 | 100  |
| 2-Horários de descanso             |    |      |
| 1-Sim                              | 4  | 30,8 |
| 2-Não                              | 9  | 69,2 |
| TOTAL                              | 13 | 100  |
| 3-Horários de descanso inter-turno |    |      |
| 1-Sim                              | 4  | 30,8 |
| 2-Não                              | 9  | 69,2 |
| TOTAL                              | 13 | 100  |
| 4-Metas                            |    |      |
| 1-Sim                              | 1  | 7,7  |
| 2-Não                              | 12 | 92,3 |
| TOTAL                              | 13 | 100  |
| DESGASTE NO COTIDIANO DE           |    |      |
| TRABALHO                           |    |      |
| 1-FÍSICO                           |    |      |
| 1-Sim                              | 12 | 92,3 |
| 2-Não                              | 1  | 7,7  |
| TOTAL                              | 13 | 100  |
| 2-INTELLECTUAL                     |    |      |
| 1-Sim                              | 11 | 84,6 |
| 2-Não                              | 2  | 15,4 |
| TOTAL                              | 13 | 100  |
| 3-EMOCIONAL                        |    |      |
| 1-Sim                              | 12 | 92,3 |
| 2-Não                              | 1  | 7,7  |
| TOTAL                              | 13 | 100  |
| PROBLEMAS DE SAÚDE                 |    |      |
| RELACIONADOS AO ENVOLVIMENTO       |    |      |
| NO TRABALHO                        |    |      |
| 1-FADIGA, CANSAÇO, INDISPOSIÇÃO    |    |      |
| 1-Sim                              | 9  | 69,2 |

|                                        |           |            |
|----------------------------------------|-----------|------------|
| 2-Não                                  | 4         | 30,8       |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>13</b> | <b>100</b> |
| <b>2-LESÕES POR ESFORÇO REPETITIVO</b> |           |            |
| 1-Sim                                  | 6         | 46,1       |
| 2-Não                                  | 7         | 53,9       |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>13</b> | <b>100</b> |
| <b>3-DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES</b>    |           |            |
| 1-Sim                                  | 8         | 61,5       |
| 2-Não                                  | 5         | 38,5       |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>13</b> | <b>100</b> |
| <b>4-ESTRESSE, DEPRESSÃO, INSÔNIA</b>  |           |            |
| 1-Sim                                  | 7         | 53,9       |
| 2-Não                                  | 6         | 46,1       |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>13</b> | <b>100</b> |
| <b>5-ALTERAÇÕES CARDIOVASCULARES</b>   |           |            |
| 1-Sim                                  | 2         | 15,4       |
| 2-Não                                  | 11        | 84,6       |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>13</b> | <b>100</b> |
| <b>6-GASTRITE</b>                      |           |            |
| 1-Sim                                  | 2         | 15,4       |
| 2-Não                                  | 11        | 84,6       |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>13</b> | <b>100</b> |
| <b>7-DISTÚRBIOS DA AUDIÇÃO</b>         |           |            |
| 1-Sim                                  | 4         | 30,8       |
| 2-Não                                  | 9         | 69,2       |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>13</b> | <b>100</b> |

Fonte: Pesquisa direta

Em dois estudos recentes (Tomasi et al, 2007 e 2008), ao investigarem condições de trabalho e morbidade em trabalhadores da atenção básica encontraram que problemas de saúde em geral foram referidos por cerca de 40% dos entrevistados.

Em suma, constata-se que o processo de intensificação do trabalho está a acontecer na atividade profissional dos sujeitos, não de forma homogênea, porém em maior ou menor grau, tendo em vista as funções exercidas. Todo

trabalho envolve, simultaneamente, os componentes físico, intelectual e emocional. Na nova conformação capitalista da organização do trabalho, mais e mais trabalho é requerido do trabalhador, direta ou indiretamente; ademais, o trabalho é aviltado, degradado, não está integrado à vida e se realiza desprovido de sentido. Frente aos poucos salários e à instabilidade do emprego, o trabalho restringiu-se a ser um meio de sobrevivência e não um meio de auto-realização; por essas condições, adoecem o corpo e a mente.

#### **5.4 As repercussões da precarização e da intensificação do trabalho nas vidas dos entrevistados**

Diante das constatações da precarização dos contratos laborais nos CEOs e da intensificação do trabalho entre os cirurgiões-dentistas, convém expor as possíveis repercussões desses fenômenos na vida pessoal e profissional dos sujeitos. Tais conseqüências serão apresentadas através dos relatos dos próprios profissionais. De antemão, percebe-se um esvaziamento do significado do trabalho, ou seja, a insatisfação profissional, o trabalho deixa de ser atividade realizadora da humanidade de cada um, para se tornar tão somente uma necessidade à sobrevivência.

A precariedade do trabalho afeta profundamente homens e mulheres, expostos a seus efeitos deletérios, tornando o futuro incerto, instável, a ameaça do desemprego passa a fazer parte do cotidiano dos trabalhadores. Os baixos salários, por um lado, e o deslumbramento pelo mundo do consumo, por outro, aprofundam ainda mais essa questão, pois é preciso trabalhar mais e mais para satisfazer os apelos do mercado. A vida dentro e fora do trabalho está permeada pelos ditames do capital.

Por muito tempo o significado de trabalho foi associado a fardo e sacrifício. Na Grécia Antiga, o trabalho era desprezado pelos cidadãos livres. Platão considerava o exercício das profissões vil e degradante. Nos primeiros tempos do cristianismo, o trabalho era visto como tarefa penosa e humilhante, como punição para o pecado. Ao ser condenado, Adão teve por expiação

trabalhar para ganhar o pão com o suor do seu próprio rosto (RIBEIRO & BESSA, 2004).

A concepção de trabalho como fonte de identidade e auto-realização humana foi constituída a partir do Renascimento. O trabalho adquire então um significado intrínseco, “as razões para trabalhar estão no próprio trabalho e não fora dele ou em qualquer de suas conseqüências” (ALBORNOZ, 2008, p.59).

De forma oportuna, Ribeiro & Bessa referem que a partir dessa época o trabalho transforma-se em condição necessária para a sua liberdade. No entanto, as autoras fazem um importante esclarecimento ao afirmarem que:

“A categoria trabalho não pode ser pensada como natural ou a-histórica. O trabalho impregnado de toda uma subjetividade, inserido em um contexto econômico/ político/ social com tantas diversidades, leva os indivíduos a terem vivências bastante distintas. [...] e por vezes, um mesmo indivíduo revela sentimentos ambíguos em relação a sua vida profissional (Ribeiro & Bessa, 2004).

Na formulação marxiana o trabalho é a condição para a existência do homem; é o ponto de partida para a humanização do ser social, também é verdade que, na sociedade capitalista, o trabalho é degradado, aviltado, o trabalhador repudia o trabalho; não se satisfaz, mas degrada; não reconhece, mas nega. O seu trabalho é compulsório, forçado. Por conseguinte, não é a satisfação de uma necessidade, mas somente um meio de satisfazer necessidades fora dele. Expressão de uma relação fundada na propriedade privada e no dinheiro, o estranhamento é a “abstração da natureza específica pessoal” do ser social, que “atua como homem que se perdeu de si mesmo, desumanizado (Antunes, 2008, p. 144 - 153).

Dejours (2007, p. 138), faz uma relevante interpretação ao dizer que a forma pela qual o neoliberalismo conduz à banalização da injustiça social é o medo ou a insegurança da perda do emprego, da precarização do trabalho, da perda de qualidade de vida, da impossibilidade de sustentar a família, submetendo os indivíduos à uma racionalidade ética e estratégica, tendo como conseqüências a desmobilização coletiva e a aceitação de práticas injustas como se fossem justas.

Na lógica hegemônica do capital e das suas conseqüências, o trabalho está marcado pelo desemprego, pela precarização e pela desvalorização. Percebe-se claramente nos discursos dos trabalhadores que a insegurança e a instabilidade são sentimentos emergentes frente ao estado atual do mundo do trabalho.

“[...], porque é a **insegurança**... Quem tem uma família, quem é casado, quem tem a responsabilidade financeira todinha se preocupa em relação à perda de um trabalho desses”... (Grifo nosso- Entrevistado B).

“A contratação temporária ela causa **instabilidade**, apesar de se causar de início um impacto falso, de que a odontologia está sendo é... assistida. Porque muitas prefeituras continuam com contratos temporários, números reduzidos de profissionais... Isso causa realmente **instabilidade**, devido também à baixa remuneração” (Grifo nosso- Entrevistado A).

“Hoje o mercado absorve de **forma instável**... Antes você fazia concurso e conseguia ter estabilidade no emprego. Hoje é mais seleção simplificada e você não tem aquele vínculo de... Você não tem aquela garantia de permanência no emprego por um período mais... Estabilidade, né?” (Entrevistado F).

“Acho que todo profissional que desenvolva qualquer função tem que ter a contrapartida, né? Dos direitos e dos deveres, não só dos direitos, os dois atrelados... Cria uma certa **instabilidade**, não é? Uma coisa assim... Que você tá fazendo e não tá, digamos assim, revertendo para o seu futuro. Tá só temporariamente ali” (Grifo nosso- Entrevistado M).

“Dá uma **insegurança**... Você não sabe até quando você vai ficar. Porque o contrato acaba e a gente não sabe por quanto tempo vai ser renovado. E isso causa **insegurança**, mas”... (Grifo nosso- Entrevistado C).

Ribeiro & Bessa (2004), explicam que a força de trabalho experimenta uma situação de enfraquecimento e desamparo, sentindo-se constantemente apreensiva diante das mudanças de rumo da vida profissional. As incertezas do capitalismo flexível geram um aumento de desconfiança. Todos sofrem, o desempregado por não ver perspectivas e o empregado pelo medo de deixar de sê-lo amanhã.

Os efeitos psicológicos diante da instabilidade do trabalho também aparecem no discurso dos cirurgiões-dentistas, ao deixar emergir um sofrimento

decorrente da instabilidade e que pode apresentar repercussões mais ou menos acentuadas sobre a saúde mental.

“Repercute, eu não vou mentir! Eu acho que iria complicar a minha vida e emocionalmente me complicar... E se amanhã eu não tiver lá (no outro emprego)? Aqui mesmo eu posso não estar amanhã... Então, eu tenho lá, eu tenho aqui, e fico pensando... Meu Deus! Se me tirarem, né? E se me tirarem os dois empregos de uma vez?” (Grifo nosso- Entrevistado E).

Para Dejours (2007, p. 19), quem sofre a ameaça do desemprego ou está de fato desempregado, indubitavelmente, passa pelo processo de dessocialização progressiva, sofre. O autor explica que esse processo leva à doença mental ou física, pois ataca os alicerces da identidade. Hoje, todos partilham um sentimento de medo – por si, pelo próximo, pelos amigos ou pelos filhos – diante da ameaça da exclusão.

Os fragmentos dos discursos que seguem apontam, ora para a realização, ora para a desrealização no trabalho. Para alguns entrevistados, ele representa um espaço de criação, de crescimento pessoal, enquanto para outros, o trabalho torna-se algo esgotante para quem o realiza, atrelado ao retorno financeiro, à mercantilização, freqüentemente reconhecido como um meio de acesso a bens materiais.

**“Me realizo na profissão**, gosto da profissão. É... principalmente na especialidade que eu faço”... (Grifo nosso- Entrevistado A).

Ah! Eu adoro, adoro. **Eu me realizo muito**, apesar de toda essa dificuldade, apesar de ter um monte de gente desistindo da odontologia e tá fazendo concurso publico, tá estudando, se sente desmotivado”... (Grifo nosso - Entrevistado D).

**“Na minha vida tudo**; porque desde pequena eu queria fazer odontologia e consegui fazer”... (Grifo nosso - Entrevistado F).

“Você trabalha insatisfeito, **trabalha porque tem que trabalhar pra ganhar, mesmo sendo pouco**, mas trabalha insatisfeito com a profissão e por isso tem tanta gente desistindo da odontologia pra um concurso público ou pra outra área que não seja odontologia!” (Grifo nosso- Entrevistado H).

“Eu gosto, mas **eu estou completamente desestimulada**, entendeu? Porque eu gostaria de ter um emprego decente, entendeu? Eu não fazia questão, por exemplo, de trabalhar no PSF, agora não para ganhar três mil. Como é que você sobrevive com três mil? E o pior

que eu acho de tudinho é que eu acho que o nosso órgão de classe, o nosso sindicato é completamente desorganizado. Então, o desestímulo é muito grande, é muita coisa, você olha e pô: pra quem eu vou apelar?” (Grifo nosso - Entrevistado K).

**“Eu estou totalmente desacreditada do crescimento na odontologia,** entendeu? Eu pra você ter uma idéia, que fechei um consultório de onze anos, sem o menor constrangimento, sabe? E as pessoas me perguntando e aí como é que você se sentiu? Eu me senti aliviada, a realidade é essa, porque a odontologia em si pra você clinicar e trabalhar e ter consultório e clinicar, você não tem mais para onde crescer. Então, eu acho que a gente tem que ir onde a gente fica feliz e onde tem um retorno positivo, eu acho que é dá murro em ponta de faca” (Grifo nosso - Entrevistado E).

Campos (1993, p. 124), expõe que para a concepção dominante só tem sentido o trabalho bem remunerado, “já não existe um trabalho que valha mais do que o outro: é mais válido o que paga melhor. Já não existem, portanto, profissões de maior prestígio, e sim profissões que abrem as portas para o dinheiro e o êxito”. Na mesma direção, Antunes (2004, p. 9) explica que o trabalho assalariado que dá sentido ao capital gera uma subjetividade inautêntica no próprio ato de trabalho.

Outro ponto a ser discutido é o tempo de não trabalho. Se esse tempo sempre foi e continua sendo quase nenhum para trabalhadores do setor primário, agora, no mundo flexibilizado e automatizado, o tempo do não trabalho vem sendo progressivamente invadido pelo trabalho “just in time” ou “on-line”, móvel, no qual uma crescente massa de trabalhadores deve estar disponível as vinte e quatro horas do dia!

Antunes (2008, p. 123), sinaliza para uma questão central: “uma vida desprovida de sentido no trabalho é *incompatível* com uma vida cheia de sentido fora do trabalho. Em alguma medida, a esfera fora do trabalho estará *maculada* pela *desefetivação* que dá no interior da vida laborativa” (grifos do autor).

“Esse ano eu tô conseguindo ter um tempo livre no fim de semana, no sábado e no domingo... Então, eu aproveito para descansar, mas eu trabalho também porque eu tenho que preparar aula, tem que me atualizar. Então, nunca eu descanso assim... Totalmente, plenamente. Você não consegue. Sempre tá tenso, procurando atualização, procurando é... Preparar uma aula que tem que ser feita, tem que ser dada” (Entrevistado A).

“Vou pro médico, eu vou aproveitar pra fazer alguma coisa doméstica (rir). Lazer... Lazer eu tô sem lazer viu? Eu descanso só, às vezes, eu saio pra jantar fora numa pizzaria, com meu filho alguma coisa assim... Ir pro shopping, só” (Entrevistado H).

Curiosamente, um entrevistado atribui um valor positivo à sobrecarga de trabalho e à falta de tempo para o lazer.

“Então, eu to vendo agora que eu dei um salto de qualidade, vivo mais cansada, tudinho... Morro de trabalhar no fim de semana, mas faço o que gosto” (Entrevistado F).

Porém, apareceu também o tempo livre sendo preenchido com atividades voltadas à cultura, arte e política.

“Eu procuro me voltar um pouco, vamos dizer assim, para outras áreas, procuro oxigenar um pouco mais é... A cabeça, né? A profissão apesar de ser um prazer, apesar de ser... Como eu falei há pouco, de ser um estímulo, uma motivação, mas ela no exercício do seu dia - a - dia ela nos cansa. Eu gosto muito de cinema, gosto muito da questão da política nacional e internacional, porque eu acho que a política ela é quem dita o dia - a - dia do cidadão, não é verdade? Ela de certa forma ela se impõe no nosso destino, não é?” (Entrevistado I).

É importante reafirmar que o trabalho, entendido como protoforma da atividade humana, não poderá jamais ser confundido como o momento único ou totalizante; ao contrário, o que se procura reter é que o trabalho concreto é o ponto de partida sob o qual se poderá instaurar uma nova sociedade. O momento da omnilateralidade humana (que tem como formas mais elevadas a arte, a ética, a filosofia, a ciência etc.) transcende evidentemente em muito a esfera do trabalho (a realização das necessidades), mas deve encontrar neste plano a sua base de sustentação (Antunes, 2008:87).

Nas declarações a seguir, pode-se apreender que em decorrência da sobrecarga do trabalho, a vida dos indivíduos, em amplo aspecto, está comprometida.

“Então, assim em termos de saúde a gente sente, em termos de convivência familiar os filhos cobram, né?” (Entrevistado G).

[...] “Cobrança da esposa, cobrança dos filhos. Você não tem muito tempo assim... pra um lazer, pra educação dos meninos, pro crescimento você fica um pouco afastado, mas isso é... são as consequências de todo mundo” (Entrevistado B).

“Hoje em dia como o meu cansaço aumentou... eu acho que eu deixo muito a desejar... não para os meus filhos, mas a questão conjugal. Já na questão administrativa em casa nada mudou, pelo contrário melhorou porque eu tive mais renda, né?” (Entrevistado F).

[...] “Eu fiquei mais caseira finais de semana, eu procuro descansar... Hoje em dia quando me chamam para um aniversário pra mim está sendo um terror, porque eu deixo de descansar... Não é que eu sinta falta de lazer, eu sinto falta de tempo pra lazer. Lazer eu até tenho e eu procuro incultar exatamente para a confusão não aumentar dentro de casa, entendeu? Aí eu fico me tremendo”... (Entrevistado F).

“Eu acho que isso não é qualidade de vida, eu não posso mais caminhar, porque eu não tenho tempo para caminhar, eu estou me obrigando a fazer o pilates. Então, eu acho que isso está acabando com a minha qualidade de vida, eu preciso, eu estou chegando numa idade que cada vez mais eu preciso disso e eu não tenho tempo. Então, assim... Nos finais de semana eu vou fazer as coisas que eu não conseguir fazer durante a semana e o que é pior: você entra num ritmo de trabalho que quando você não tem o que fazer nada, eu pelo menos fico desesperada, né? Já virou um vício, então eu tenho que começar a diminuir o meu ritmo para poder começar a aproveitar o pouco tempo livre que eu tenho e o que eu tenho eu não aproveito” (Entrevistado J).

“Eu não tenho mais qualidade de vida. Eu tenho quarenta horas, manhã e de tarde, manhã e de tarde... Não tenho mais. E isso hoje faz falta na minha vida” (Entrevistado J).

De todo o exposto, é possível afirmar que o trabalho especializado no âmbito dos CEOs apresenta dupla face: na via da satisfação profissional, pelo menos para parte dos cirurgiões-dentistas, ao mesmo tempo em que aparece como fonte de realização social pelo que possibilita de ascensão na escala dos atuais padrões de consumo, se constitui igualmente em fonte de desprazer, sofrimento e morbidade.

No cenário das profundas mudanças que estão acontecendo na esfera do trabalho e das quais decorre um perverso processo de desconstrução de identidade para milhões de trabalhadores – os instáveis, desempregados, subcontratados, precarizados – restaria a possibilidade de esses sujeitos manifestarem sua adesão às lutas organizativas, tomarem em suas mãos os destinos da “classe trabalhadora”, para conferirem um sentido superior às suas vidas e se repensarem enquanto “ser social”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presente investigação teve como pressuposto orientador os fenômenos da precarização e da intensificação do trabalho os quais, ao se fazerem presentes no modo como se organiza a prática odontológica no setor público, repercutem sobre a vida pessoal e profissional dos cirurgiões-dentistas e, em decorrência, interferem no desenvolvimento da Política Nacional da Saúde Bucal.

O desmonte de direitos trabalhistas e a intensificação da exploração do trabalho decorrentes da reestruturação produtiva, levaram o universo laboral à era da precarização em escala global, a qual tem sido responsável por profundas consequências sociais. Vivencia-se a era da decomposição do trabalho estável, marcado pela instabilidade e pela desproteção social.

No Brasil, o setor público de saúde não escapou a essa tendência. Desde os anos noventa do século passado, o Estado forjou uma Reforma Administrativa pela qual uma legislação específica vem amparando um conjunto de mudanças no modo de contratar trabalhadores e de gerir as relações trabalhistas.

A regra do concurso público - que objetiva o acesso isonômico ao cargo ou emprego público e se constituiu como uma conquista efetiva da sociedade - aplica-se atualmente apenas aos cargos entendidos como estratégicos ou aos referentes às atividades exclusivas do Estado. A generalização dos contratos por tempo determinado ou por seleção pública, em detrimento do concurso público e do contrato estatutário, comprova a instituição da flexibilização na administração pública, melhor dito, da desregulamentação do trabalho.

A política de desprecarização desenvolvida a partir de 2004, no âmbito do Ministério da Saúde (DesprecarizaSUS), surge em decorrência da mobilização dos trabalhadores do setor. Baseada numa reinterpretação de conceitos estruturantes da legislação trabalhista brasileira está a possibilitar e justificar os rearranjos que desde então ganharam foro de legalidade. É assim que adquiriram status de legais fórmulas contratuais ou de não-contratos, anteriormente desconhecidas dos trabalhadores do setor público.

Ora, os prejuízos decorrentes desse processo não tardaram a se manifestar. As novas modalidades contratuais disseminadas na esfera pública trazem sérios prejuízos para a classe trabalhadora, transformando o trabalho - exercício da criação, da reflexão e da auto-realização - em mera luta pela sobrevivência. De quebra, aprofunda as dificuldades para o estabelecimento da eficácia da prestação da assistência à saúde.

A troca da força de trabalho por salário, na sociedade capitalista, aliena, descaracteriza, desumaniza o sentido do trabalho. E quando se trata do trabalho no setor saúde, os prejuízos são ainda mais deletérios, ao se desconsiderar a finalidade do trabalho, suas consequências ou importância social.

O simples fato do contrato temporário na administração pública não se configurar como um trabalho precário - hoje, é juridicamente legal - não o torna um trabalho protegido, tampouco seguro. Desse modo, novas configurações contratuais têm sido estabelecidas mas não equacionam a natureza instável e insegura em que se constitui o trabalho precário.

Vínculos instáveis, poucos salários, insatisfação profissional, descompromisso com o serviço, má qualidade da prestação dos serviços, são fenômenos reais encontrados nos CEOs. De tal modo, não é possível criar vínculos com a comunidade, humanizar o atendimento, acumular experiência, pois os trabalhadores não estão inseridos de modo estável e seguro no sistema de saúde. A eles tem sido negados ascensão profissional e salários condizentes com a qualificação profissional.

Por várias vezes, defendeu-se a importância e a relevância da PNSB, contudo, diante de tais constatações, há uma lacuna entre as diretrizes estabelecidas nessa política e as condições concretas de funcionamento dos serviços.

A oportunidade de adentrar um cotidiano tão complexo quanto o dos serviços de saúde, ampliou o entendimento sobre os processos de trabalho que neles se realizam, em particular o modo como se exercem os cirurgiões-dentistas. Desde então, a pesquisadora já não é a mesma, porque agora intelectualmente transformada pela posse de um novo conhecimento.

Ao final do percurso da investigação, constata-se que há elementos que amparam a hipótese da pesquisa: enquanto as manifestações fenomênicas da

precarização se fazem presentes na organização do trabalho no setor público odontológico, a intensificação da vida laboral é um componente freqüente do cotidiano dos cirurgiões-dentistas. Há uma generalização dos contratos temporários, muitas vezes desprotegidos socialmente, que repercutem, sim, na vida dos profissionais e na qualidade do cuidado prestado à população.

Este estudo não teve a pretensão de encerrar o debate sobre o tema da precarização do trabalho e suas reais conseqüências para a classe trabalhadora do setor público de saúde, mas sim, de contribuir com a discussão sobre o assunto, sob novos ângulos e perspectivas, provocando no leitor as dúvidas necessárias para a busca de outras respostas.

## REFERÊNCIA

- ALBORNOZ, Suzana. **O que é trabalho?** São Paulo: Ed. Brasiliense, 2008.
- ABRAMO, Laís. Desigualdades de gênero e raça no mercado de trabalho brasileiro. **Rev. Ciência e Cultura**, São Paulo, ano 56, n. 4, out./Nov./dez.2006.
- ABREU, A.; JORGE, A.; SORY, D. Desigualdade de gênero e raça: o informal do Brasil em 1990. **Revista de Estudos Feministas**, Rio de Janeiro: CIEC/UFRJ, número especial, 1994.
- AMADEO, Javier. Mapeando o Marxismo. In: BARON, Atilio; AMADEO, Javier e GONZÁLEZ, Sabrina (orgs). **A teoria marxista hoje: problemas e perspectivas**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales – CLACSO, 2006.
- ANSELMÍ, Maria Luiza. **A rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais de Ribeirão Preto**. 1993. Tese de doutorado. Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 1993.
- ANTUNES, Ricardo. Trabalho e precarização numa ordem neoliberal. In: GENTILI, Pablo & FRIGOTTO, Gaudencio (Org.) **A cidadania negada: políticas de exclusão na educação e no trabalho**. São Paulo: Cortez, 2001.
- ANTUNES, Ricardo. **A dialética do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.
- ANTUNES, Ricardo. **O caracol e sua concha: Ensaio sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005.
- ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho – 9. ed., São Paulo: Boitempo, 2007.
- ANTUNES, Ricardo. “A precarização social do trabalho”. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (orgs.). **A perda da Razão Social do trabalho: terceirização e precarização**- 1. ed., São Paulo: Boitempo, 2007a.
- ANTUNES, Ricardo & POCHMANN, Márcio. A desconstrução do trabalho e a explosão do desemprego estrutural e da pobreza no Brasil. In: CATTANI, Antonio David, CIMADAMORE, Alberto (orgs.). **Produção de Pobreza e Desigualdade na América Latina**. Porto Alegre: Tomo Editorial/Clacso, 2007.
- ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho – 13. ed., São Paulo: Cortez, 2008.
- APPAY, Béatrice. “Précarisation sociale et restructuration productives”. In: APPAY, Béatrice; THÉBAUD-MONY, Annie. **Précarisation sociale, travail et santé**. Paris: IRESCO, 1997.

BARALDI, Solange; Dáz, Mônica Yolanda Padilha; Martins, Wagner de Jesus; Carvalho Júnior, Daniel Alvão. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações de trabalho em saúde. *Trab. Educ. Saúde*, v.6. n.3, p. 539-548, 2009.

BEAGLEHOLE, Robert, DAL POZ, Mário. Public health workforce: challenges and policy issues. **Rev. Human Resources for Health**. 1(1): 4, 2003. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com>. Acesso em: 10/11/09.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos** – 2. Ed. - São Paulo: Cortez, 2008.

BOLAÑO, César Ricardo Siqueira; SILVA, Luiz Marcos de Oliveira; SANTOS, Verlane Aragão. Impactos da reestruturação produtiva sobre o trabalho no setor de saúde: o caso de Aracaju-se. [acesso em: 11/11/2009]. Disponível em: <http://WWW.abres.cict.fiocruz.br/trabalhos/mesa4/4.pdf>. Acesso em: 10/11/09.

BOLTANSKI, Luc & CHIAPELLO, Ève. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

BORGES, Ângela Maria Carvalho. Mercado de trabalho: mais de uma década de precarização. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (orgs.). **A perda da Razão Social do trabalho: terceirização e precarização**. 1<sup>a</sup>. ed., São Paulo: Boitempo, 2007.

BORON, Atílio A. In: BARON, Atilio; AMADEO, Javier e GONZÁLEZ, Sabrina (orgs.). **A teoria marxista hoje: problemas e perspectivas**. Buenos Aires: Consejo Latinoamericano de Ciências Sociales – CLACSO, 2006.

BOTAZZO, Carlos. **Da arte dentária**. São Paulo: Hucitec, Fapesp:2000.

BOTAZZO, Carlos; KOVALESKI, Douglas Francisco; Freitas, Sérgio Fernando Torres de. Disciplinarização da boca, a autonomia do indivíduo na sociedade do trabalho. **Ciências & Saúde Coletiva**, 11(1): 97-103,2006.

BOURDIEU, Pierre. **Contrafogos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Plano quinquenal de saúde 1990 – 1995 – A saúde do Brasil Novo. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

BRASIL. Portaria nº. 1.444, 28 de dezembro de 2000. Estabelece incentivo financeiro para reorganização da saúde bucal prestada nos municípios por meio do Programa Saúde da Família. Diário Oficial da União 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Programa Saúde da Família: Equipes de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de saúde. Departamento de atenção básica. Área técnica de saúde bucal. Projeto SB Brasil 2003 - Condições de saúde bucal da população brasileira Brasília: Ministério da Saúde; 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Ministério da Saúde. Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

BRASIL. SB Brasil: levantamento das condições de saúde bucal da população brasileira. Informe da Atenção Básica, ano 5, n. 23, jul./ago., 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: Agenda positiva. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 283. Antecipa o incentivo financeiro para Centros de Especialidades Odontológicas - CEO em fase de implantação, e dá outras providências. Diário Oficial da União de 22 de Fevereiro de 2005 (Republicada em 10 de março de 2005), 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde. Agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho; Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva Observatório RH NESC/UFRN. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Disponível em [www.observrh.org.br](http://www.observrh.org.br). Acesso em 25/01/10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: Recursos Humanos nos serviços públicos municipais de Saúde Bucal; Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado/NESCON/FM/UFGM. Brasília: Ministério da Saúde; 2006a. Disponível em [www.observrh.org.br](http://www.observrh.org.br). Acesso em 25/01/10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/ Coordenação Nacional de Saúde Bucal. A Política Nacional de Saúde Bucal do BRASIL: registro de uma conquista histórica. (Série Técnica: Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde). Brasília, 2006b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Gestão do Trabalho na Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2007c. 116 p. – (Coleção Progestores – para entender a Gestão do SUS, nº. 5).

BRASIL. Ministério da Educação. Censo da Educação Superior, 2008. Disponível em <http://www.inep.gov.br/superior/censosuperior/>. Acesso em 09/09/10.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Bucal, Departamento de Atenção Básica, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasília: Ministério da Saúde; 2010. Disponível em [www.saude.gov.br/bucal](http://www.saude.gov.br/bucal). Acesso em 15/08/10.

BOLTANSKI, Luc & CHIAPELLO, Ève. **O novo espírito do capitalismo**. São Paulo: Editora WMF Martins Fontes, 2009.

CAMPOS, V. **O sentido do trabalho e o ethos individualista**. O Socialismo do Futuro, n. 6, 1993.

CAMPOS, M.A. Perfil do ensino farmacêutico no Brasil. Rio de Janeiro: Diretoria de Ensino Superior / MEC. 1966.

CARVALHAL, Marcelo Dorneles. **O Engedramento da crise do capital nas redefinições do mundo do trabalho e na reconfiguração territorial**. 2004. Tese. Programa de Pós-graduação em geografia da Faculdade de Ciências e tecnologia da Universidade Estadual Paulista - Presidente Prudente, 2004. Disponível: [www.prudente.unesp.br/cetet/marcelov2n1out2001.pdf](http://www.prudente.unesp.br/cetet/marcelov2n1out2001.pdf). Acesso em 03/11/2009.

CARVALHO, Cristina Leite. A transformação no mercado de serviços odontológicos e as disputas pelo monopólio da prática odontológica no século XIX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, p.55-76, jan.-mar, 2006.

CARVALHO NETO, Antônio Moreira de. O Estado Concorrencial e as Mudanças na Natureza do Trabalho no Setor Público. **RAC**, v. 1, n. 2, Maio/Ago.1997.

CECCIM, Ricardo Burg; ARMANI, Teresa Borgert; OLIVEIRA, Dora Lúcia Leidens Correa de; BILIBIO, Luiz Fernando; MORAES, Maurício; SANTOS, Naiane Dartora. Imaginários da formação em saúde no Brasil e os horizontes da regulação em saúde suplementar. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5): 1567-1578 2008.

CHAVES, Mônica Campos & MIRANDA, Alcides Silva. Discursos de cirurgiões-dentistas do Programa Saúde da Família: crise e mudança de habitus na Saúde Pública. **Rev. Interfase comunicação saúde educação**, v.12, n.24, p.153-67, jan./mar, 2008.

CONSELHO FEDERAL DE ODONTOLOGIA. Dados estatísticos de 03 de novembro de 2009. Disponível em: <http://www.cfo.org.br>. Acesso em: 24/09/2010.

CIGRAND, B.J. **The Rise, Fall and Revival of Dental Prosthesis**. 2<sup>a</sup>. ed. Chicago: The Periodical Publishig Co. 1892.

CORDEIRO, Hésio. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 6(2): 319-328 2001.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O elo invisível dos processos de trabalho no Sistema único de Saúde em Natal (RN). Um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na área da saúde pública nos anos 90.** Dissertação. 1998. Pós - graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, dezembro de 1998.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. Os serviços na contemporaneidade: notas sobre o trabalho nos serviços. In: Ana Elizabete Mota (org.) **A nova fábrica de consensos**. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2000.

CRO-PE, Jornal informativo oficial bimestral do Conselho Regional de Odontologia de Pernambuco. Nº 83, Janeiro e Fevereiro de 2010.

COUTINHO, Carlos Nelson. Entrevista: "Sem democracia não há socialismo, e sem socialismo não há democracia. Revista Caros Amigos, dezembro de 2010, ano Xli nº 153. Editora Casa Amarela.

DAL ROSSO, Sadi. Jornada de trabalho: duração e intensidade. **Rev.Ciência e Cultura**. São Paulo, ano 56, n. 4, out./Nov./dez.2006.

DAL ROSSO, Sadi. Intensidade e Imaterialidade do trabalho e saúde. **Rev. Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4 n. 1, p. 65-91, 2006a.

DAL ROSSO, Sadi. **Mais trabalho!**: A intensificadora do labor na sociedade contemporânea. São Paulo: Boitempo, 2008.

DEJOURS, Chistophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora Getúlio Vargas, 2007.

DRUCK, Graça; THÉBAUD-MONY, Annie. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil In: DRUCK, Graça ;FRANCO, Tânia (orgs.). **A perda da Razão Social do trabalho: terceirização e precarização**. 1. ed., São Paulo: Boitempo, 2007.

DUSSAULT, Gilles, DUBOIS, Carl- Ardy. Human resources for health policies: a critical component in health policies. **Rev. Human Resources for Health**. 1(1): 1, 2003. Disponível em: <http://www.human-resources-health.com>. Acesso em 10/11/09.

EYER, Frederico. **Ensaio odontológicos**. Rio de Janeiro: Livr. Leite Ribeiro, 1929.

FARIA, José Henrique de & KREMER, Antônio. Reestruturação produtiva e precarização do trabalho: o mundo do trabalho em transformação. **Rev. eletrônica de administração**. Edição 41 v. 10 n. 5, set-out, 2004.

FIGUEIREDO, Nilcema & GOES, Paulo Sávio Angeiras de. Construção da atenção secundária em saúde bucal: um estudo sobre os Centros de Especialidades Odontológicas em Pernambuco, Brasil. **Rev. Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(2): 259-267, fev, 2009.

FIGUEIREDO, Nilcema & GOES, Paulo Sávio Angeiras de. Análise de implementação dos Centros de Especialidades Odontológicas de Pernambuco, pesquisa não publicada, financiada pela FACEP - Fundação de Amparo à Pesquisa e tecnologia de Pernambuco, 2009a.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas & GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Rev. Paidéia**, 14 (28), 139-152, 2004.

GARAY, Ana Beatriz Scheffer. Reestruturação Produtiva e Desafios de Qualificação: Algumas considerações críticas. Disponível em: <http://www.cefetsp.br/edu/eso/globalizacao/desafioqualificacao.html> Acesso em 03/11/2009.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO. Cristiana Leite; ARAÚJO, Jackson Freire; FARAH, Jaqueline Medeiros; WAN DER MAAS, Lucas. Precarização e Qualidade do Emprego no Programa de Saúde da Família. Relatório de Pesquisa - Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Medicina, Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado. Belo Horizonte, 2006.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO. Cristiana Leite; ARAÚJO, Jackson Freire; FARAH, Jaqueline Medeiros; WAN DER MAAS, Lucas. O Monitoramento da Qualidade do Emprego na Estratégia Saúde da Família no último decênio. Estação de Pesquisa de Sinais de Mercado em Saúde (EPSM) do Núcleo de Educação em Saúde Coletiva (NESCON) da UFMG e integrante da Rede Observatório de Recursos Humanos em Saúde (OPAS/MS), 2009.

GIRARDI, Sábado Nicolau; CARVALHO. Cristiana Leite; ARAÚJO, Jackson Freire; FARAH, Jaqueline Medeiros; WAN DER MAAS, Lucas. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. Divulgação em Saúde para debate. Rio de Janeiro, n.45, 2010.

GOLDENBERG, Mirian. **A arte de pesquisar**: como fazer pesquisa qualitativa em Ciências Sociais – 11<sup>a</sup> Ed. – Rio de Janeiro: Record, 2009.

GONÇALVES, Marcelino Andrade. Reestruturação Produtiva e Precarização das Relações de Trabalho Disponível em: <http://www4.fct.unesp.br/ceget/marcelinov2n1out2001.pdf>. Acesso em: 03/11/2009.

HARVEY, David. **A condição pós-moderna**. São Paulo: Loyola, 1992.

HIRATA, Helena. A Precarização e a Divisão internacional e sexual do trabalho. **Rev. Sociologias**, Porto Alegre, ano 11, n. 21, jan./jun. 2009.

HILLAM, C. **Brass Plate and Brazen Impudence**: dental practice in the Provinces 1755-1855. Liverpool: Liverpool University Press, 1991.

HIRATA Helena & PRETÉCEILLE, Edmond. Trabalho, exclusão e precarização socioeconômica: o debate das ciências sociais na França. **Caderno CRH - Centro de Recursos Humanos**. Salvador, jul./dez.202, n.37. Disponível em: <http://www.cadernocrh.ufba.br/viewarticle.php?id=130>. Acesso em: 07/01/2010.

KALLEBERG, Arne L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 24, n. 69, fevereiro/2009.

KOSTER, Isabella. **A Gestão do Trabalho e o Contexto da Flexibilização no Sistema Único de Saúde**. Dissertação. 2008. Pós- graduação em saúde pública, Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, agosto de 2008.

KUENZE, Acácia Zeneida. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. **Trabalho, Educação e Saúde**, 2(1): 239-265, 2004.

LEAL, Rosana Barbosa, TOMITA, Nilce Emy. Assistência odontológica e universalização: percepção de gestores municipais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1): 155-160, 2006.

LEDA, Denise Bessa. Trabalho docente no ensino superior sob o contexto das relações sociais capitalistas. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/29ra/trabalhos/trabalho/GT11-1979--Int.pdf> Acessado em: 05/11/2009.

LOJIKINE, Jean. **A revolução informacional**. São Paulo, Cortez, 1995.

LOURENÇO, Eloisio Carmo do; SILVA, Ana Cláudia Baladelli; MENEZHIN, Marcelo de Castro; PEREIRA, Antonio Carlos. A inserção de equipes de saúde bucal no Programa Saúde da Família no Estado de Minas Gerais. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 14(Supl. 1): 1367-1377 2009.

LÖWY, Michael. **Ideologias e Ciência Social**: elementos para uma análise marxista. 18. ed., São Paulo: Cortez, 2008.

LÖWY, Michael. **As aventuras de Karl Marx contra o Barão de Munchausen**. Marxismo e positivismo na sociologia do conhecimento. São Paulo: Busca Vida, 1987.

MACHADO, Maria Helena. Gestão do trabalho em saúde em contexto de mudanças. **Revista de Administração Pública**, 34(4): 136-146, 2000.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores de Saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: Lima, Nisia Trindade (coord.). **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. Rio de Janeiro: Editora: FIOCRUZ, 2005.

MACHADO, Maria Helena. Trabalho e Emprego em Saúde. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Giovanella, Lúcia; Escorel, Sahah; Lobato, Lenaura de Vasconcelos Costa, et al. Rio de Janeiro; Editora Fiocruz, 2008.

MACHADO, Maria Helena & OLIVEIRA, Eliane dos Santos de. Mercado de trabalho em saúde, em que trabalham e quem emprega estes trabalhadores? In: **Trabalhadores de Saúde em Números**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. v.2.

MENDES, Eugênio Vilaça. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo, Hucitec, 1996.

MERHY, Emerson Elias. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2): 305-314 1999.

MÉSZÁROS, István. The uncontrollability of globalizing capital. Monthly Review, fev. 1998. Tradução Álvaro Bianchi, revisão técnica Waldo Mermelstein. Disponível em: [http://www.revistaoutubro.com.br/edicoes/04/out4\\_02.pdf](http://www.revistaoutubro.com.br/edicoes/04/out4_02.pdf). Acesso em: 15/12/2009.

MÉSZÁROS, István. **Para além do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2002.

MÉSZÁROS, István. **O desafio e o fardo do tempo histórico**: o socialismo no século XXI. São Paulo: Boitempo, 2007.

MÉSZÁROS, István. **A crise estrutural do Capital**. São Paulo: Boitempo, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11. ed., São Paulo: Hucitec, 2008.

MOIMAZ, Suely Adas SALIBA; SALIBA, Nemre Adas; BLANCO, MIKAELA Reginee Basso. A força de trabalho feminino na odontologia, em Araçatuba – SP. **J appl Oral Sci**; 11 (4), 2003.

MORITA, Maria Celeste; HADDAD, Ana Estela; ARAÚJO, Maria Ercília. Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro - Maringá: Dental Press Internacional, 2010.

MOTA, Ana Elizabete & ÂNGELA, Santana do Amaral. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social. In: MOTA, Ana Elizabete (org.). **A nova fábrica de consensos**. 2. ed., São Paulo: Cortez, 2000.

MOTT, Maria Lucia; ALVES, Olga Sofia Fabergé; MUNIZ, Maria Aparecida; MARTINO, Luiz Vicente Souza; SANTOS, Ana Paula Ferreira; MAESTRINI, Karla. ' Moças e senhoras dentistas': formação, titulação e mercado de trabalho

nas primeiras décadas da república. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v.15, suplemento, p.97-116, jun. 2008.

NARVAI, Paulo Capel. Saúde bucal coletiva: caminhos da odontologia sanitária à bucalidade. **Revista de Saúde Pública**, 40 (Esp), 2006.

NARVAI, Paulo Capel & FRAZÃO, Paulo. Políticas de saúde bucal no Brasil. In: MOYSÉS, Simone Tetu; KRIGER, Léo; MOYSÉS, Samuel Jorge (org.). **Saúde bucal das famílias: trabalhando com evidências** – São Paulo: Artes Médicas, 2008.

NARVAI, Paulo Capel. **Odontologia e saúde bucal coletiva**. 1ª Ed. São Paulo: Hucitec;1994.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A força de trabalho em saúde no contexto da Reforma Sanitária. **Cadernos de Saúde Pública**, R. J. , 3 (3): 332-342, jul/set, 1987.

NOGUEIRA, Roberto Passos; BARALDI, Solange; RODRIGUES, Valdemar Almeida de. Limites críticos das noções de precariedade e despreciação do trabalho na Administração Pública, 2004. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil. Disponível em [www.observarh.org.br](http://www.observarh.org.br). Acesso em: 05/10/2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos; BARALDI, Solange; RODRIGUES, Valdemar Almeida de. Mercado de trabalho e emprego em saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises. In: BARROS, A.F.R; SANTANA, J. P, SANTOS NETO, P.M (organizadores). Brasília: Ministério da Saúde; 2004a. Disponível em [www.observarh.org.br](http://www.observarh.org.br). Acesso em 05/10/2009.

NOGUEIRA, Roberto Passos; BARALDI, Solange; RODRIGUES, Valdemar Almeida de. Bases normativas e conceituais da política de despreciação e regularização do trabalho no SUS – Relatório Final. Observatório de Recursos Humanos em Saúde - ESTAÇÃO DE TRABALHO POLRHS/NESP/CEAM/UnB. Brasília: Ministério da Saúde; 2004b.

OFFE, Claus; BERGER, Johnnes. A dinâmica do desenvolvimento do setor de serviços. **Trabalho & Sociedade**,v.II. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.  
OFFE, Claus. **Capitalismo desorganizado**. São Paulo: Editora Brasiliense. 2. Ed., 1994.

OLIVEIRA, José Luiz Carvalho & SALIBA, Nem Re Adas. Atenção odontológica no Programa de Saúde da Família de Campos dos Goytacazes. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 10 (Sup). 297-302, 2005.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. A Política Nacional de Saúde Bucal no Brasil: registro de uma conquista histórica. Brasília, 2006.

PAIM, Jairnilson Silva & TEIXEIRA, Carmen Fontes. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 12(Sup):1819-1829, 2007.

PAIM, Jairnilson Silva. O que é o SUS. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

PARANHOS, Luiz Renato; RICC, Ivan Delgado; BITTAR, Telmo Oliveira; SCANAVINI, Marco Antonio; RAMOS, Adilson Luiz. Análise do mercado de trabalho odontológico na região centro-oeste do Brasil. **Robrac**, 18 (45), 2009.

PARANHOS, Luiz Renato; RICC, Ivan Delgado; BITTAR, Telmo Oliveira; SCANAVINI, Marco Antonio; RAMOS, Adilson Luiz. Análise do mercado de trabalho odontológico na região sul do Brasil. **RFO**, v.14, n1, p 7-13, 2009a.

PARANHOS, Luiz Renato; RICC, Ivan Delgado; ALMEIDA FILHO, Roberto Pinto de; CASTRO, Renata; SCANAVINI, Marco Antonio. Análise do mercado de trabalho odontológico na região norte do Brasil. **Revista Odonto**, v.17, n.34, jul./dez, São Bernardo do Campo, SP, Universidade Metodista de São Paulo, 2009b.

PINHEIRO, Rejane Sobrinho; TORRES, Tania. Zdenka Guillén. Uso de serviços odontológicos entre os Estados do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2006. 11(4): 999-1010.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: AnnaBlume; 1998.

RIBEIRO, Alexandre Barenco. Vínculos de trabalho na administração pública brasileira. Observatório de recursos humanos em saúde – Plano Diretor 2006. Brasília – DF, Brasil, 2006. Esse material integra a pesquisa Relações de Trabalho em Saúde: Aspectos Jurídicos e Estatísticos, componente do Plano Diretor 2006. Faz parte da produção do Observatório de Recursos Humanos em Saúde (NESP/CEAM/UnB. Disponível em: <http://www.observarh.org.br/nesp>. Acesso: 17/09/2010.

RIBEIRO, Carla Vaz dos Santos; LÉDA, Denise Bessa. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, RJ, ano 4, n. 2, 2004.

PIRES, Denise. Novas formas de organização do trabalho em saúde e enfermagem. **Rev. Baiana Enfermagem**, 13:83-92, 2000.

POCHAMANN, Márcio. O trabalho sob fogo cruzado: exclusão, desemprego, precarização no final do século. São Paulo: Contexto, 1999.

POCHAMANN, Márcio. O trabalho em três tempos. **Rev. Ciência e Cultura**. São Paulo: ano 56, n. 4, out./Nov./dez.2006.

POCHAMANN, Márcio. Entrevista: “A desigualdade no Brasil é coisa de sociedade feudal”. Caros Amigos, agosto de 2010, ano XIV nº 161. Editora Casa Amarela.

PUCCA JR, Gilberto Alfredo. A política nacional de saúde bucal como demanda social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1): 243-246, 2006.

ROSENTHAL, E. A odontologia no Brasil no século XX: história ilustrada. São Paulo: Ed. Santos: 2001.

REIS, Rossana & GARCIA, Maria Lúcia Texeira. A trajetória de um serviço público em álcool e outras drogas no município de Vitória: o caso do CPTT **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, 13(6): 1965-1974, 2008.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia G. Teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para a análise no Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(2): 438-446, mar.-abr., 2004.

RIBEIRO, Alexandre Barenco. **Vínculos de trabalho na administração Pública brasileira**. Observatório de recursos humanos em saúde Plano diretor 2006 (NESP/CEAM/UnB) Brasília-DF, Brasil, 2006.

RUAS, Roberto. Reestruturação sócio-econômica, adaptação das empresas e gestão do trabalho. In: GITAHY, Leda (org.). **Reestructuracion productiva, trabajo y educacion en America Latina**. Campinas: Unicamp, 1994.

SCHRAIBER, Lilia Blima; PEDUZZI, Marina; SALA, Arnaldo; NEMES, Maria Inês B.; CASTANHERA, Elen Rose L.; KON, Rubens. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Rev.Ciênc. saúde coletiva**, vol.4, n.2, p. 221-242 1999.

SHARPIA, Marta V. La odontologia en Argentina: história de uma profesión subordinada. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 10(3)-995-77, set-dez, 2003.

SILVA, Ricardo Henrique Alves da; SALES-PERES, Arsênio. Odontologia: Um breve histórico. **Odontologia. Clín.-Científ.**, Recife, 6 (1): 7-11, jan/mar., 2007.

SOARES, Laura Tavares. As atuais políticas de saúde: o risco do desmonte neoliberal. **Rev Bras Enfermagem**, 53 : 17 – 24, 2000.

SOURNIA, Jean-Charles. **Histoire et médecine**. Librairie Arthème Fayard, 1992.

SOUZA, Tatyana Maria Silva & RONCALLI, Ângelo Giuseppe. Saúde bucal no Programa Saúde da Família: uma avaliação do modelo assistencial. **Cad. Saúde Pública**; 23 (11): 2727-2739, 2007.

STARR, Paul. **La transformación social de la medicina en los Estados Unidos de América**. Traducción: Augustin Bárcena. Primera edición em espanõl, 1991.

TAVARES, Maria Augusta. **Os fios (in)visíveis da produção capitalista: informalidade e precarização do trabalho**. São Paulo: Cortez, 2004.

TAVARES, Maria Augusta. A liberdade do trabalho e as armadilhas do salário por peça. **Rev. Katál. Florianópolis**. v. 12. n. 2p.170-177 jul./dez.2009.

TOMASI, Elaine; SANT'ANNA, Graciela Castro; OPPELT, Ana Maria; PETRINI, Raquel Magalhães; PEREIRA, Inês Vianna, SASSI, Bárbara Tomasi. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. **Rev Bras Epidemiol**,10:66-74, 2007.

TOMASI, Elaine; FACCHINI, Luiz Augusto; PICCINI, Roberto Xavier; THUMÉ, Elaine; SILVEIRA, Denise Silva da; SIQUEIRA, Fernando Vinholes; RODRIGUES, Maria Aparecida; PANIZ, Vera Vieira; TEIXEIRA, Vanessa Andina. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S193-S201, 2008.

VIANA, Ana Luiza D'ávila & DAL POZ, Mário Roberto. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 15(Suplemento): 225- 264, 2005.

VIEIRA, Ana Luiza Stieber; REGO, Sérgio & Amâncio Filho, Antenor. Formação de profissionais de saúde, em que formam e quem forma estes trabalhadores?In:**Trabalhadores de Saúde em Números**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. v.2.

WARMLING, Cristine Maria; CAPONI, Sandra; BOTAZZO, Carlos. Práticas sociais de regulação da identidade do cirurgião-dentista. **Ciência & Saúde Coletiva**, 11(1):115-122, 2006.

WERMELINGER, Mônica; MACHADO, Maria Helena; TAVARES, Maria de Fátima Lobato, OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; Moysés, Neuza Nogueira, FERRAZ, Wagner. A Força de Trabalho do Setor de Saúde no Brasil: Focalizando a Feminização. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 45, p. 55-71, abril 2010.

## ANEXO A



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO  
Comitê de Ética em Pesquisa

Of. Nº. 018/2010 - CEP/CCS

Recife, 16 de dezembro de 2010

Registro do SISNEP FR – 326948  
CAAE – 0085.0.172.000-10  
Registro CEP/CCS/UFPE Nº 088/10

**Título: "Precarização e intensificação do trabalho na atenção à saúde bucal: um estudo com os cirurgiões-dentistas dos CEOs- Centros de Especialidades Odontológicas".**

Pesquisador Responsável: Raquel Santos de Oliveira

Senhor (a) Pesquisador (a):

O Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco (CEP/CCS/UFPE) recebeu em 16/12/2010 o relatório final do protocolo em epígrafe e considera que o mesmo foi devidamente aprovado por este Comitê.

Atenciosamente

Prof. Geraldo Bosco Lindoso Couto  
Coordenador do CEP/CCS / UFPE

A  
Sra. Raquel Santos de Oliveira  
Programa de Pós-Graduação Integrada em Saúde Coletiva- CCS/UFPE

## ANEXO B

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, dou meu consentimento livre e esclarecido para participar como voluntário da pesquisa que está sendo desenvolvida como produto do Mestrado Acadêmico da Universidade Federal de Pernambuco/UFPE do Centro de Ciências da Saúde, Departamento Medicina Social/Núcleo de Saúde Pública.

Assinando este termo estou ciente que:

- A) Os objetivos deste estudo são, de forma geral, a partir da problemática instituída da flexibilização das relações de trabalho no mundo globalizado que tem levado à precarização dos vínculos de trabalho, gerando desproteção social, instabilidade institucional, investigar a precarização do trabalho dos cirurgiões-dentistas no modo como ela tem se apresentado na assistência odontológica da atenção secundária dos serviços públicos de saúde;
- B) O instrumento de coleta de dados para esta pesquisa é um questionário semi-estruturado, com questões abertas e fechada dirigido ao cirurgião – dentista.
- C) Sua participação nesta pesquisa consistirá em um diálogo, que será gravado, agendado em comum acordo entre as parte, realizada no próprio serviço.
- D) Os responsáveis pela pesquisa se comprometem a preservar a minha privacidade e me asseguram a confiabilidade dos dados e informações coletadas, garantindo que os resultados obtidos serão utilizados apenas para alcançar os objetivos do trabalho exposto, incluídos na literatura científica especializada;
- E) Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. E sua recusa não trará em momento algum nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição.
- F) E ainda todas as considerações éticas necessárias no tratamento das informações adquiridas serão tomadas pelas autoras desta pesquisa.
- G) Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço institucional do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.
- H) Poderei contactar o Comitê de ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do Centro de Ciências da Saúde da UFPE (CEP/CCS/UFPE) para apresentar recursos ou reclamações em relação a pesquisa o qual tomará as medidas cabíveis, no número de telefone: (81) 2126-8000.

Endereço Institucional: Centro de Ciências da Saúde, Departamento Medicina Social/Núcleo de Saúde Pública, Av. Prof. Moraes Rego, s/n Hospital das Clínicas 4º andar Bloco “E”, Cidade Universitária 50670-420 Recife - PE

Telefone Institucional: (81)2126-3766

Celular: (81) 99079752

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

Município, data e ano

\_\_\_\_\_

Sujeito da pesquisa

\_\_\_\_\_

Pesquisador

Obs.: A utilização das informações adquiridas neste diálogo será de uso exclusivo desta pesquisa e o material ficará em guarda do pesquisador principal.

## ANEXO C

## QUESTIONÁRIO DIRIGIDO PARA OS CIRURGIÕES-DENTISTAS

| <b>Parte 1 - identificação</b>                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Entrevistador (a):</b> _____                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                        |
| <b>Data de Início:</b><br><div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">           ____/____/____         </div> | <b>Início da Entrevista:</b><br><div style="border: 1px solid black; width: 150px; height: 20px; margin: 5px auto; text-align: center;">           ____         </div> |
| <b>Nome do Entrevistado:</b> _____<br><br><b>Sexo:</b> 1 ( ) M    2 ( ) F<br><br><b>Idade:</b> _____                                                                       |                                                                                                                                                                        |
| <b>1 - Você já fez ou está fazendo algum curso de pós-graduação?</b> 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/>                                                              |                                                                                                                                                                        |
| <b>1.1 – Caso positivo, responda:</b> <input type="checkbox"/>                                                                                                             |                                                                                                                                                                        |
| 1. Especialização. Em qual área? _____                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                        |
| 2. Mestrado. Em qual área? _____                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                        |
| 3. Doutorado. Em qual área? _____                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                        |
| <b>2 - Há quanto tempo você está trabalhando no CEO?</b> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> MESES                                              |                                                                                                                                                                        |
| <b>3- Qual(is) sua(s) área(s) de atuação(es) ?</b>                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |
| 1. Assistência pública 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/>                                                                                                            |                                                                                                                                                                        |
| 2. Assistência privada 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/>                                                                                                            |                                                                                                                                                                        |
| 3. Ensino 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |
| 4. Gestão pública 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |                                                                                                                                                                        |
| 5. Gestão privada 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/>                                                                                                                 |                                                                                                                                                                        |
| <b>Parte 2 – Aspectos relacionados à Precarização (relações de trabalho)</b>                                                                                               |                                                                                                                                                                        |
| <b>4 - Quantos vínculos empregatícios você possui?</b> <input type="checkbox"/>                                                                                            |                                                                                                                                                                        |
| 1. Um vínculo                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                        |
| 2. Dois vínculos                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                        |
| 3. Três vínculos                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                        |
| 4. Quatro vínculos                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                        |
| 5. Cinco vínculos                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                        |
| 6. Mais de cinco vínculos                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                        |

|                                                                                                                                                                                     |                                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| <b>Caso você possua mais de um vínculo, responda:</b>                                                                                                                               |                                           |
| <b>4.1 – Quantos vínculos têm carteira assinada (formais)?</b>                                                                                                                      | <input type="checkbox"/>                  |
| <b>4.2 – Quantos vínculos não têm carteira assinada (informais)?</b>                                                                                                                | <input type="checkbox"/>                  |
| <b>5 - Qual sua carga horária (semanal) no CEO?</b>                                                                                                                                 |                                           |
| <b>5.1 – Quantas horas você trabalha por semana (Total)?</b>                                                                                                                        | <input type="text"/> <input type="text"/> |
| <b>6 - Você trabalha em consultório particular? 1 – Sim 2 – Não</b>                                                                                                                 |                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                            |                                           |
| <b>6.1 – Quantos turnos (manhã, tarde ou noite) você atende no seu consultório particular?</b>                                                                                      |                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                            |                                           |
| 1. Um turno<br>2. De dois a três turnos<br>3. De quatro a cinco turnos<br>4. De seis a sete turnos<br>5. Acima de sete                                                              |                                           |
| <b>6.2 – Você trabalha em consultório terceirizado ( Prestação serviço)? 1 – Sim 2 – Não</b>                                                                                        |                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                            |                                           |
| <b>6.2.1 –Quantos turnos (manhã, tarde ou noite) você atende no consultório terceirizado?</b>                                                                                       |                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                            |                                           |
| <b>7 - Qual seu tipo de VÍNCULO INSTITUCIONAL no CEO?</b>                                                                                                                           |                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                            |                                           |
| 1. Estadual<br>2. Municipal<br>3. Com entidades filantrópicas<br>4. Com cooperativas                                                                                                |                                           |
| <b>8 – Como foi sua forma de SELEÇÃO para trabalhar no CEO?</b>                                                                                                                     |                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                            |                                           |
| 1. Concurso público<br>2. Sem aprovação em concurso<br>3. Seleção pública<br>4. Apenas análise de currículo e/ou entrevista<br>5. Outras                                            |                                           |
| <b>9- Qual sua forma de CONTRATAÇÃO no CEO?</b>                                                                                                                                     |                                           |
| <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                            |                                           |
| 1. Efetivo<br>2. Contrato por tempo determinado (CLT, Bolsa ou Cargo Comissionado)<br>3. Terceirizado (contrato indireto através de outra empresa jurídica)<br>4. Contrato Informal |                                           |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>10 - Você possui direitos trabalhistas assegurados no CEO?</b> 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p><b>10.1 Quais direitos você possui?</b></p> <p>1. Licença maternidade 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p>2. Licença paternidade 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p>3. Licença para tratamento de saúde 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p>4. Décimo terceiro 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p>5. Férias anuais remuneradas 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p>6. Previdência Social 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> |
| <p><b>11. Seu salário no CEO é fixo, variável ou fixo+variável?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>1. Fixo</p> <p>2. Variável</p> <p>3. Fixo + variável</p> <p><b>11.1 Se variável, qual o critério que o define?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>1. Pactuação de metas alcançadas</p> <p>3. Produtividade individual</p> <p><b>11.2 – Existe no CEO sistema de ascensão ( Planos de cargos e carreiras)?</b> 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                          |
| <p><b>12 – Qual sua MÉDIA SALARIAL, em reais, no CEO?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>1. Até 499,00</p> <p>2. De R\$ 500,00 a R\$ 999,99</p> <p>3. De R\$ 1.000 a R\$ 1.999,99</p> <p>4. De R\$ 2.000,00 a R\$ 2.999,99</p> <p>5. De R\$ 3.000,00 a R\$ 3.999,99</p> <p>6. De R\$ 4.000,00 a R\$ 4.999,99</p> <p>7. De R\$ 5.000,00 a 5.999,99</p> <p>8. Acima de R\$ 6.000,00</p>                                                                                                                                                                                                                                   |
| <p align="center"><b>Parte 3 – Aspectos relacionados à Intensificação (condições de trabalho)</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p><b>13. Em todos os itens das questões abaixo, assinale:</b></p> <p>1. Péssimo</p> <p>2. Ruim</p> <p>3. Regular</p> <p>4. Boa</p> <p>5. Excelente</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p><b>13.1 - Como você avalia as condições FÍSICAS de trabalho que influenciam no seu processo de trabalho (instalações elétricas, hidráulicas, pisos, paredes e teto, ventilação, iluminação etc.)</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.2 - Como você avalia os MATERIAIS DE CONSUMO E INSUMO ODONTOLÓGICOS?</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.3 - Como você avalia os INSTRUMENTAIS ODONTOLÓGICOS?</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.4 - Como você avalia os EQUIPAMENTOS ODONTOLÓGICOS (aparelho de raio X, fotopolimerizador, equipo, caneta de alta e baixa rotação)?</b> <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.4 - Existe no CEO sala para descanso?</b> 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.5 - Existe no CEO local para a refeição?</b> 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p><b>13.6 - Como você avalia a limpeza e a conservação dos banheiros?</b> <input type="checkbox"/></p> |
| <p><b>14 - Considera que nesse serviço você está exposto a fatores de risco (radiação, contaminação ou acidente de trabalho) ?</b> 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p><b>14.1 - Em positivo, como você avalia essa exposição aos riscos?</b> <input type="checkbox"/></p> <p>1. Alta</p> <p>2. Média</p> <p>3. Baixa</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
| <p><b>15 - Qual (is) das condições abaixo aconteceu nos últimos cinco anos?</b></p> <p>1. Acidentes de trabalho 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p>2. Doenças do trabalho 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p><b>16 - Existe alguma forma de controle sobre o seu trabalho?</b> 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p><b>16.1 - Qual(is) forma de controle você identifica?</b></p> <p>1. Horários das refeições 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p>2. Horários de descanso 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p>3. Intervalo de descanso inter-turnos horas 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <p><b>17 - Comparando a jornada de trabalho hoje com a do início da sua vida profissional, responda:</b> <input type="checkbox"/></p> <p>1. Hoje trabalho mais horas</p> <p>2. Hoje trabalho o mesmo número de horas</p> <p>3. Hoje trabalho menos</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <p><b>18. Considera haver envolvimento/desgaste no cotidiano de trabalho?</b></p> <p>1. Física 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p>2. Intelectual 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p>3. Emocional 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p><b>19 - Que problemas de saúde que porventura você apresenta poderiam estar relacionados ao envolvimento/desgaste no cotidiano de trabalho?</b></p> <p>1. Fadiga, cansaço, indisposição 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p> <p>2. Lesões por esforço repetitivo (LER) 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 3. Distúrbios osteomusculares relacionado ao trabalho (DORT) 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/>                                         |
| 4. Estresse/depressão/insônia 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/>                                                                        |
| 5. Alterações cardiovasculares 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/>                                                                       |
| 6. Gastrite 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/>                                                                                          |
| 7. Distúrbios da audição 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/>                                                                             |
| 8. Distúrbios da visão 1 – Sim 2 – Não <input type="checkbox"/>                                                                               |
| <b>20. Você considera maiores o ritmo e a velocidade do trabalho hoje comparando com anteriormente?</b> <input type="checkbox"/>              |
| 1. Sim                                                                                                                                        |
| 2. Não                                                                                                                                        |
| 3. Não sabe                                                                                                                                   |
| <b>21. Você identifica no seu trabalho que há acúmulo de atividades que antes eram exercidas por outras pessoas?</b> <input type="checkbox"/> |
| 1. Sim                                                                                                                                        |
| 2. Não                                                                                                                                        |
| 3. As mesmas atividades de antes                                                                                                              |
| <b>22. Você considera que hoje as instâncias de gestão exigem mais polivalencia ou versatilidade do trabalhador?</b> <input type="checkbox"/> |
| 1. Sim                                                                                                                                        |
| 2. Não                                                                                                                                        |
| 3. Às vezes                                                                                                                                   |

**Parte II – Roteiro para a entrevista com os cirurgiões – dentistas**

- 1) O entrevistado será estimulado a um diálogo com o intuito de se apreender sua percepção sobre as mudanças no mundo do trabalho (precarização), seus determinantes e como essas mudanças se fazem presentes em seu cotidiano.
- 2) Na sequência, será provocado (discretamente) a respeito de seu entendimento sobre os valores e as diretrizes que embasam, hoje, a Política Nacional de Saúde Bucal. Qual a sua avaliação sobre a qualidade da assistência oferecida à população?
- 3) Em relação ao período da sua formação básica e hoje, quais as diferenças em relação ao que se exige de um cirurgião –dentista?
- 4) Em relação à sua semana, você considera que tem tempo livre? Quais as atividades que você faz?

**Término da entrevista:**

:

AGRADECEMOS MUITO PELA SUA PARTICIPAÇÃO E CONTRIBUIÇÃO NESTA PESQUISA

---

**Assinatura do entrevistado**