

# As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação

New Configurations of the Work in Health: the contents of the deregulation process

MOEMA AMÉLIA SERPA LOPES DE SOUZA \*



**RESUMO** – Este estudo apresenta a discussão temática sobre o trabalho no setor saúde. Aborda as primeiras aproximações de uma investigação que busca desvendar as tendências da lógica racionalizadora, incorporada pelo trabalho, no setor dos serviços públicos. Na medida em que a saúde passa a ser funcional ao processo de acumulação do capital, é fundamental que os aspectos que envolvam a organização e a estruturação da força de trabalho em saúde sejam analisados, reconhecendo as condições estruturais que determinam o modelo de gestão do trabalho adotado, e como ele orienta o trabalho no setor saúde.

**Palavras-chave** – Mercantilização da saúde. Trabalho em saúde. Desregulamentação do trabalho. Precarização.

**ABSTRACT** – This study presents a thematic discussion on work in the health sector. Covers the first approximations of an investigation that seeks to uncover trends in embedded logic rationalizing the work in the utilities sector. To the extent that health becomes functional to the process of capital accumulation, it is essential that issues involving the organization and structuring of the workforce in health are reviewed, recognizing the structural conditions that determine the model of labor management adopted and as it guides the work in the health sector.

**Keywords** – Mercantilization of health. Work in health. Deregulation of work. Precariousness.

---

---

\* Doutora em Serviço Social pela UFPE; Docente do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba/UEPB; líder do Núcleo de Pesquisa e Práticas Sociais/NUPEPS, Campina Grande – PB/Brasil. E-mail: [moemaserpa@hotmail.com](mailto:moemaserpa@hotmail.com); [moserpa@bol.com.br](mailto:moserpa@bol.com.br).

Submetido em: julho/2010. Aprovado em: setembro/2010.

**E**ste estudo apresenta a discussão temática sobre o trabalho no setor saúde. Aborda as primeiras aproximações de uma investigação que busca desvendar as tendências da lógica racionalizadora, incorporada pelo trabalho, no setor dos serviços públicos. É resultado de um recorte das análises realizadas na tese de doutoramento intitulada “O trabalho em saúde: os fios que tecem a (des)regulamentação do trabalho nos serviços públicos” (defendida pela autora em maio de 2009 no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco).

Neste estudo, há uma referência importante às abordagens científicas que envolvem o campo da saúde em virtude deste campo ser um grande incorporador de força de trabalho. É necessário dimensionar as tensões postas neste campo de estudo, no momento em que a saúde assume características de um bem comercializável, de uma mercadoria.

Nossas reflexões têm como ponto de partida o contexto da década de 1990. Este período demarca, no Brasil, um momento histórico de recomposição da hegemonia burguesa que, combinada à expansão do ideário neoliberal, instituiu um projeto societário de revigoramento do capitalismo, assumindo como um de seus eixos um Estado diminuído em sua base social, mas eficaz para atender às necessidades do capital. Necessidades que são traduzidas na desregulamentação de direitos sociais e trabalhistas, na privatização das empresas estatais, no sucateamento da saúde e previdência públicas e no desmonte da organização sindical.

No setor saúde, a imposição desta lógica do mercado legitimou a desigualdade no acesso à saúde e constituiu uma ilusória parcela de consumidores de serviços de saúde. O novo padrão de intervenção estatal imprimiu inovações no setor saúde que instituíram novas modalidades de gestão e prestação dos serviços de saúde tanto públicas quanto privadas.

Dentro deste contexto, impõe-se uma lógica que reduz o trabalho humano a um simples componente do processo produtivo e a atenção à saúde como mero investimento que eleva a produtividade e melhora o desempenho econômico. Nesta direção, as ações de saúde assumem uma conotação distinta do atendimento das necessidades sociais.

Na medida em que a saúde passa a ser funcional ao processo de acumulação do capital, é fundamental que os aspectos que envolvam a organização e estruturação da força de trabalho neste setor sejam analisados, reconhecendo as condições estruturais que determinam este modelo de gestão do trabalho adotado e como ele orienta o trabalho em saúde.

### **As novas configurações do trabalho: os determinantes da desregulamentação**

A dinâmica da sociedade contemporânea reflete as profundas transformações vivenciadas no mundo do trabalho ao longo das últimas duas décadas. Essas transformações são decorrentes de um conjunto de significativas modificações nos processos de trabalho, nos padrões e hábitos de consumo, nas inovações tecnológicas e nas relações de mercado de caráter globalizante.

O processo de mundialização que envolve as economias contemporâneas tem revelado uma reconfiguração da organização societária com transformações evidentes no processo de produção e reprodução da vida social, determinadas pela reestruturação produtiva do capital, pela reforma do Estado e pelas formas de enfrentamento da questão social.

Marcada pela transnacionalização e financeirização de capitais, a reestruturação produtiva, associada à ofensiva neoliberal em escala global, redesenha um novo panorama mundial acentuando o pauperismo e a degradação social que afeta principalmente os países periféricos.

Instaura-se uma nova etapa do capitalismo mundial – a mundialização do capital, como afirma Chesnais (1996) – instalando-se uma frontal ofensiva contra o trabalho assalariado:

A liberalização do comércio exterior e dos movimentos de capitais permitiram impor às classes operárias dos países capitalistas avançados a flexibilização do trabalho e o rebaixamento dos salários. A tendência é para o alinhamento nas condições mais desfavoráveis aos assalariados (CHESNAIS, 1996, p. 40).

Este autor assegura que a mundialização financeira<sup>1</sup> assume, neste quadro, a tarefa de garantir a apropriação, “em condições tão regulares e seguras quanto possível, das rendas financeiras – juros e dividendos – numa escala mundial” (CHESNAIS, 2003, p. 53). Esta ascensão do capital financeiro está associada ao ressurgimento de formas, como diz o autor, agressivas e brutas de maximizar a produtividade do capital em nível microeconômico, a começar pela produtividade do trabalho. Produtividade essa alicerçada numa combinação de modalidades clássicas de apropriação da mais-valia, tanto absoluta como relativa, utilizadas sem nenhuma preocupação com as consequências no nível de emprego, no acelerado aumento do desemprego, nem com os mecanismos viciosos ditados pelas altas taxas de juros (CHESNAIS, 1996). Ele é categórico em dizer que, “todas as virtudes atribuídas ao ‘toyotismo’ estão dirigidas a obter a máxima intensidade do trabalho e o máximo rendimento de uma mão de obra totalmente flexível” (CHESNAIS, 1996, p. 17).

Nesta direção, uma “nova ordem” se estabelece para acompanhar e revigorar as forças do capital. Atendendo a esta racionalidade do capital, “flexibilizar” passa a ser a pedra de toque da reestruturação capitalista. Alves (2000, p. 21) destaca que “uma das características histórico-ontológicas da produção capitalista é sempre ‘flexibilizar’ as condições da produção – principalmente as da força de trabalho”. E é esta flexibilidade do trabalho, expressa pela capacidade de o capital “tornar domável, complacente e submissa a força de trabalho” (ALVES, 2000, p. 25) que assume significado nas estratégias atuais de acumulação do capital.

Nas análises de Teixeira (1995), ele também reconhece que as modificações operadas nos processos de produção se fizeram em nome do capital e que se efetiva uma potencialização do processo de exploração. Esta nova forma de inserção da força de trabalho torna o próprio trabalhador uma fonte potencializadora de autoexploração. E isso se justifica quando:

O trabalhador se sente mais livre, porque agora não mais está preso a um sistema hierarquicamente organizado de exploração e opressão. Ele se sente um cidadão que trabalha no seu próprio local de produção, sem ninguém vigiá-lo ou a lhe dar ordens. Ele se sente patrão de si mesmo, dono de seu próprio negócio [...] ele é quem organiza o processo de trabalho e estabelece, por iniciativa própria, a duração de sua jornada de trabalho (TEIXEIRA, 1995, p. 33).

A rigor, estabelece-se agora a sujeição da força viva de trabalho aos imperativos dos processos de produção comandados por uma lógica de acumulação que, maximiza os níveis de produtividade através da intensificação do tempo, da racionalização da força viva e da desregulamentação das relações formais de trabalho. Isso denota a convivência de novas e velhas formas de exploração da força viva de trabalho.

Estas atuais formas de apropriação da força de trabalho têm como substrato o novo modo de produzir bens e serviços, que implica a superação de uma produção em massa, permitindo, com a introdução de mecanismos gerenciais e inovações tecnológicas, a redução do tempo de trabalho e do trabalho necessário à produção. Um modelo de flexibilização dos processos de trabalho e de produção que implicam uma acentuada e generalizada potenciação da capacidade produtiva da força de trabalho, em que se adota uma racionalidade mais intensa, geral e pluralizada, baseada no que veio a se denominar de organização flexível do trabalho e da produção.

É visível a intensificação das formas de extração e exploração do trabalho, através dos processos de terceirizações e flexibilização. A força viva de trabalho assume uma nova conformação expressa na intensificação dos ritmos, tempos e processos de trabalho que a expõem ao aumento da degradação de suas condições de trabalho, da precarização e fragilização do emprego e do salário. Isso implica que “a

noção de tempo e de espaço também são metamorfoseadas e tudo isso muda o modo do capital produzir mercadorias, sejam elas materiais ou imateriais, corpóreas ou simbólicas” (ANTUNES, 2007, p. 17).

Esses aspectos apresentados auxiliam na compreensão dos contornos mais gerais que configuram esta “nova” conformação da força viva de trabalho e expressam as tendências dominantes que determinam e conduzem o processo de desregulamentação do trabalho em escala global.

Estes argumentos expressam uma forma de apropriação precária da força viva de trabalho, em que o estatuto do trabalho e do trabalhador são conduzidos a formas de gestão flexibilizadas, que traduzem o espaço de desregulamentação do trabalho, imposto pela lógica destrutiva do capital mundializado. É um fenômeno que revela a erosão do trabalho contratado e regulamentado e que incorpora uma força de trabalho não só inserida no mundo industrial, como também nos serviços, de forma flexível e precarizada.

### **O setor saúde, o trabalho e as imposições da lógica do capital**

A condição contemporânea do trabalho intensificado, como foi explicitada anteriormente, demonstra claramente a reedição de velhas formas de submissão do trabalho ao capital que são travestidas de “novos” e sutis mecanismos de exploração do trabalho. A potencialização do uso da força de trabalho como recurso para aumento da produtividade vem resultando efetivamente na redução do custo do trabalho e na degradação deste. A força de trabalho é atingida de forma impiedosa por uma lógica que exige mecanismos flexíveis para gerenciar o processo de produção de bens e serviços num contexto de uma economia mundializada.

A incorporação da lógica flexibilizadora como norteadora das novas condições de acumulação implica uma nova sociabilidade. Uma sociabilidade que impõe à força viva de trabalho um predatório processo de desregulamentação do trabalho e da vida social.

Este processo de desregulamentação do trabalho atinge a todos os trabalhadores indistintamente, sejam eles do setor produtivo industrial ou dos serviços, mas respeita as particularidades dos processos, das relações e da organização do trabalho peculiar a cada ramo de atividade. No setor público de saúde, algumas especificidades resultam da forma como este setor tem respondido historicamente aos interesses do capital.

No Brasil, em meados da década de 1960, assiste-se à expansão das relações de produção capitalistas no setor saúde, a partir do crescimento dos grupos de medicina privada, direcionados para tornar o setor saúde rentável ao capital privado. Isso se traduziu em significativas alterações técnicas e físicas no tocante à prestação dos serviços, implicando um redirecionamento do perfil e do volume de força de trabalho requisitados para este fim. Nesta direção, “os padrões de incorporação de força de trabalho, insumos e tecnologias praticados pelo setor tendem a se ajustar cada vez mais à lógica e a racionalidade da produção capitalista e às necessidades de expansão dos serviços” (MACHADO, 1992, p. 70).

Este período representou uma grande expansão dos serviços de saúde, como também a intensificação do processo de capitalização do setor, consolidado por uma rede hospitalar privada lucrativa. Este atrelamento dos serviços de saúde ao capital produtivo vinculado, fundamentalmente as áreas de equipamentos e medicamentos, impulsionou e solidificou este processo de capitalização da saúde, que teve como fonte de recursos o financiamento estatal (MACHADO, 1992).

A incorporação dessa lógica de lucratividade permite a adoção de condutas terapêuticas que atribuam um custo a determinadas doenças e, por conseguinte, também ao doente. A iniciativa privada, certamente, assume as patologias mais rentáveis associadas aos recursos terapêuticos mais lucrativos.

Neste sentido, é crescente uma tendência de hipertecnificação da profissão em saúde, em detrimento do contato humano com os usuários e seus familiares. O que se consolidou foi um processo de tecnificação do ato médico que gerou modificações nas formas de organização do trabalho em saúde e na própria natureza do trabalho. As evidências dessas modificações estão presentes na crescente diversificação de sua força de trabalho no setor, a partir do momento em que se ampliou o leque das profissões de saúde e consolidaram-se novas especialidades, principalmente no campo da medicina e odontologia (SOUZA, 1996).

É só a partir dos anos de 1980, com o Movimento da Reforma Sanitária, que se inicia um longo processo de resgate da saúde como bem público e da defesa desta como um direito universal dos cidadãos. A criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no final da década, significou um redirecionamento da atenção à saúde no Brasil, ao implantar uma política de saúde que assumiu como princípios fundamentais a universalização do atendimento, a equidade e integralidade nas ações e a participação popular. Adotou como diretriz organizacional a descentralização político-administrativa, representando, naquele momento, um avanço em termos de democratização do sistema. Desta forma, o Estado passou a ocupar um lugar de destaque como principal empregador da força de trabalho do setor, principalmente no âmbito municipal (SOUZA, 2008).

O longo processo de construção e efetivação deste Projeto de Reforma Sanitária Brasileira, que foi o marco no campo da Política de Saúde neste período, confronta-se, a partir dos anos de 1990, com a expressão mais clara de um projeto de saúde de cunho privatista, articulado aos interesses do mercado. Seria uma reedição da estratégia privatista iniciada na década de 1960.

Seguindo as orientações do Banco Mundial, que propõe uma agenda também para a saúde, este projeto, que defende um “novo” modelo médico assistencial privatista, assume como principais diretrizes: “a contenção dos gastos com a racionalização da oferta, a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central e a focalização” (BRAVO, 2002, p. 200). Dentro desta lógica, o Estado assume a tarefa de garantir um mínimo aos que não podem pagar. A iniciativa privada responsabiliza-se pelo acesso àqueles que podem consumir conforme as regras do mercado.

Neste contexto, como diz Behring (2003), impõem-se propostas de deslocamento e refuncionalização do papel do Estado em sua intervenção nas relações sociais. Apresenta-se uma perfeita sintonia e coerência entre as mudanças econômicas, o papel do Estado e o direcionamento das políticas sociais. A orientação das políticas neoliberais, seguida pelos organismos internacionais, fundamentalmente o Banco Mundial e o FMI, exigem condições de inserção nesta dinâmica de reestruturação capitalista e mundialização que combinam atratividade, adaptação, flexibilidade e competitividade. A lógica do mercado é tendência dominante; o Estado desresponsabiliza-se da proteção social, ocupando o espaço da mercantilização e transformação das políticas sociais em negócios (BEHRING, 2003).

Nesse aspecto, merece destaque o papel desempenhado pelo Banco Mundial, que assume a missão de assegurar o ajuste estrutural para os países devedores, exigindo a desresponsabilização do Estado da área social. No campo da saúde, impõe uma agenda, um “pacto de saúde pública” para o enfrentamento da pobreza, através da priorização das ações da atenção básica de baixo custo, utilização de força de trabalho desqualificada e desenvolvimento de ações seletivas e focalizadas para os segmentos mais pobres. O governo passa a ter apenas um papel regulador sobre o mercado dos serviços de saúde (CORREIA, 2005). Impõem-se uma lógica mercantil no campo da saúde revelando que, na medida em que desresponsabiliza o Estado da execução de serviços, indica-se o repasse de recursos públicos para subsidiar a contratação de serviços terceirizados, disponíveis ao mercado da iniciativa privada.

Correia (2005) acrescenta ainda que esta mercantilização da saúde, defendida pelos organismos internacionais, se expressa pela autonomização financeira do setor privado, através da expansão dos seguros privados e da prestação de serviços mais rentáveis. A atenção médica passa a ser uma mercadoria submetida às regras da produção capitalista. Nesta lógica mercantil, “as instituições públicas cumprem o papel de atender à população mais pobre e com alto risco de adoecer, ao passo que a rede privada se ocupa das áreas mais rentáveis [...], os serviços de média e alta complexidade” (CORREIA, 2005, p. 119).

Enfim, como diz Merhy (2007, p. 93), aplicar a agenda do Banco Mundial no campo da saúde significa deixar de considerar a saúde um bem público, um direito que deve ser assegurado pelo Estado.

A direção desta reforma implicou redirecionamentos no campo da saúde, trazendo implícitas propostas de *focalização*, atendendo às populações mais vulneráveis através de uma cesta de ações básicas para a saúde e, um forte incentivo à *privatização*, através do estímulo aos seguros privados, descentralização de serviços e restrições às formas de financiamento. Prevalece um ataque à *universalidade do direito à saúde*, um dos pilares centrais do Sistema Único de Saúde. Em suma, a ênfase é dada às propostas de parceria com a sociedade, bem como a forte tendência da refilantropização da assistência à saúde. É uma proposta de racionalização dos custos do Estado, limitando o acesso, introduzindo o copagamento, jogando para os usuários do serviço o ônus de custear o sistema (MERHY, 2007).

Sendo uma forte tendência, esta lógica mercantil revela dois aspectos que expressam as contradições da política privatista imposta ao serviço público de saúde. O primeiro refere-se à incorporação massiva da lógica da rentabilidade e da produtividade no setor saúde. Em que pese as contradições do sistema, a medida da produtividade neste setor não pode ser referenciada apenas no número de atos médicos executados – consultas, internações, exames, intervenções cirúrgicas – pois isso não é suficiente para indicar um padrão de boas condições de saúde para a população.

Como argumenta Singer (1988, p. 12), se os serviços de saúde “visam ‘produzir’ saúde, ou seja, fazer com que a saúde da população seja preservada mediante a eliminação da morbidade, o montante de atividade tende a ser um indicador *inverso* do grau em que este objeto está sendo atingido”. Isso significa dizer que, quanto mais saudável estiver a população, será menor a necessidade de serviços de saúde e que sua produtividade e rentabilidade não corresponderá ao montante de trabalho despendido, pois não se pode medir a rentabilidade, neste setor, pelo número de vacinas aplicadas, mas sim avaliar sua produção pela redução da incidência de doenças. A medida para avaliar a rentabilidade no serviço de saúde não pode ter como base a maximização de serviços, mas sim a qualidade, a eficácia e o alcance sociopolítico das ações prestadas (SOUZA, 1996).

É importante ter como parâmetro que

no setor saúde, a eficácia não é entendida como a maximização dos lucros, mas sim como a busca pela maior resolutividade dos serviços, expressa em maior cobertura, maior satisfação do usuário, ou ainda em redução dos padrões de morbimortalidade (MEDICI, 1989, p. 124).

Seguindo esta argumentação, o serviço de saúde, principalmente se estiver vinculado à esfera pública, não comporta a mesma racionalidade de uma empresa, e a forma mais racional de alocação de recursos nem sempre corresponde àquela que expressa menor custo (SOUZA, 1996).

Outro aspecto que evidencia a lógica mercantil diz respeito à priorização da atenção básica aos grupos mais vulneráveis e pauperizados. As indicações do perfil epidemiológico brasileiro apontam como principal causa de mortes no Brasil as doenças do aparelho circulatório (32,4%), as causas externas (14,9%), as doenças do aparelho respiratório (11,6%) e as doenças infecciosas e parasitárias (6,2%) (CORREIA apud BARROS; PORTO, 2002, p. 19). Um perfil de morbimortalidade que atinge, indistintamente, a ricos e pobres exige um complexo de ações que envolvem tanto intervenções preventivas e curativas, como recursos mais sofisticados de análise e diagnóstico. Pressupor que as

doenças infecto-contagiosas predominam na população pobre e que, por outro lado, as crônico-degenerativas atingem só os mais ricos é uma avaliação equivocada, pois os grupos mais pauperizados e vulneráveis estão mais expostos à incidência de todos os agravos à saúde (RIZZOTTO, 2000, p. 243-244).

Esta tendência privatista compromete as diretrizes de organização e gestão do SUS, na medida em que sugere um outro patamar de integralidade, equidade e descentralização. Fragiliza o seu caráter de universalidade quando constitui dois sistemas: um SUS para os pobres e outro para os consumidores do mercado. Instala-se com isso uma reedição de um sistema de saúde pública de poucos recursos para atender de forma precária aos não consumidores do mercado. Institui-se uma medicina pobre para os pobres.

Diante de todo este contexto, o que presenciamos é uma falência do setor público de saúde, com um funcionamento precário, predominando ora a ociosidade pelas péssimas condições de trabalho, ora um atendimento massivo com pouca resolutividade, não atendendo as demandas da população. O crescente obstáculo contra a efetivação de um sistema de saúde pública vem sendo representado pela manifestação de interesses corporativos do empresariado da saúde que tornaram hoje a saúde um campo fértil para a privatização e obtenção de lucro.

A expansão desta lógica mercantil compromete frontalmente a organização e estruturação do trabalho em saúde, representando um deslocamento de sua real função no serviço público. Temos que considerar que a atenção à saúde é uma atividade complexa que mantém seu caráter de intensiva e crescente utilização de força de trabalho com perfil de significativa especialização. Esta atividade exige a atuação de diversos agentes que agregam diferentes formas de organização do processo de trabalho, de uso de tecnologias, de espaços e ambientes de trabalho e de formas de interação com os usuários.

Sendo uma atividade que tem a peculiaridade de utilizar de forma intensiva o fator trabalho, a associação de formas flexíveis de agregar força de trabalho exige certa cautela. Como afirma Silva (2006, p. 12), “os instrumentos de diagnóstico e terapia e os novos processos de organização do trabalho, ao invés de economizar mão de obra, traduzem-se em maiores exigências de qualificação”. Isso significa que, no setor saúde, o incremento de novas tecnologias não implica substituição dos processos em uso, mas o acúmulo de novos e antigos mecanismos, indicando que, diferentemente de outros setores da atividade econômica, a inovação tecnológica não suprime o uso da força de trabalho.

A despeito dos avanços técnico-científicos, o trabalho humano continua sendo imprescindível para a realização das ações de saúde, um elemento central. A força de trabalho na saúde assume uma dimensão particular por ela ter a potencialidade de direcionar, de forma significativa, a condução das ações de saúde, podendo interferir no resultado da prestação dos serviços. “Pois, sendo o trabalho em saúde um trabalho vivo em ato dependente, podem incorporar todas as sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para produção de procedimentos eficazes a serviço do usuário e de seu problema” (MERHY, 1997, p. 126).

A força de trabalho neste campo assume uma centralidade que se expressa, como diz Merhy (1997, p.126), na particularidade desta ação interventora de lançar mão do que de melhor a tecnologia em saúde nos fornece – “que é o nosso saber, o nosso conhecimento e o nosso trabalho em ato (o exercício do nosso autogoverno)”, pois é uma das formas de aprimorar e qualificar o trabalho em saúde, permitindo uma interação com os usuários, no sentido de contribuir com a melhoria da qualidade do atendimento.

Neste sentido, o trabalho em saúde ocorre a partir de uma intensa interação social que incorpora uma complexa gama de necessidades que envolvem o trabalhador de saúde e os usuários do serviço. Certamente, que essa interação é determinada pelas condições objetivas e subjetivas de trabalho que podem facilitar ou dificultar os resultados da prestação dos serviços. Desta forma, “a disponibilidade das condições materiais necessárias ao desenvolvimento do trabalho constitui-se em elemento fundamental para a consecução dos objetivos do serviço de saúde, com intensas repercussões na relação como usuário” (FARIAS, 2005, p. 27).

Podemos perceber que o trabalho em saúde apresenta as peculiaridades compatíveis com as atividades do setor serviços como a simultaneidade entre produção e consumo e a interatividade na prestação do serviço que envolve elementos subjetivos no momento em que o usuário é coparticipante do processo de trabalho (SILVA, 2006; MEIRELLES, 2006).

Um elemento fundamental que também particulariza o trabalho em saúde é evidenciado nos estudos de Friedrich (2005) e Pires (1999), indicando que

O trabalho em saúde 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 e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade (PIRES, 1999, p. 29).

Diferentemente dos processos produtivos industriais em que os insumos são previsíveis e os processos assumem caráter repetitivo, as atividades no campo da saúde assumem características particulares em que os insumos e o processo de trabalho são dinâmicos, permitem uma relação de troca que envolve um significativo teor de subjetividade. De fato, a prestação do serviço de saúde está fundada numa relação interpessoal de tal modo que o usuário é coparticipante do processo. É fundamental esta percepção, esta acuidade, “o olho clínico que percebe coisas não objetivas e que pode gerar, em função dessa subjetividade, uma dezena de exames complementares” (CAMPOS; ALBUQUERQUE, 1999, p. 4), bem como, a interface de uma atenção multidisciplinar, para dar conta do complexo processo saúde-doença.

Zarifian (2001) acrescenta que, “quando uma doença é cuidada e debelada, ela transforma as condições de atividade do paciente” e que os efeitos desta ação devem ser ponderados, pois “o serviço prestado não é o tratamento médico, é a saúde recobrada [...]. O serviço é o efeito, o resultado, nas condições de exercício da atividade” (ZARIFIAN, 2001, p. 105).

Estes elementos denotam um aspecto fundamental para esse estudo: a condicionalidade da ação de saúde determinada pelo trabalho humano. Entretanto, ao tempo que se reafirma a centralidade do trabalho humano no campo da saúde, também se presencia um processo de desvalorização do trabalho e do trabalhador nesta atividade.

A incorporação da lógica mercantil na saúde acaba por induzir uma desvalorização do trabalho humano, em detrimento de investimentos em insumos tecnológicos. Produziu-se um aviltamento do trabalho humano, como afirma Carvalho (2005, p. 2):

A lógica do capital introduziu novos equipamentos, cada vez com menor vida útil e mais dependente de novos ‘especialistas’, de manutenção sofisticada e insumos cada vez mais caros. Vários novos equipamentos, com nova tecnologia, não ‘aposentaram’ os antigos recursos tecnológicos. [...]. Cada vez mais caros e onerando abusivamente seus usuários. De outro lado, o trabalho humano da atenção, da escuta, do atendimento, cada vez mais aviltado em valor, remuneração e prestígio. Por conseguinte, desvalorizado e desinteressante.

A rigor, o que se afirma é que, quanto mais tecnologia se incorpora às intervenções em saúde, lançando mão de equipamentos sofisticados que atendam a lógica da maximização da lucratividade, mais desvalorizado fica o trabalho humano, da escuta, do atendimento personalizado, da interação entre quem adocece e quem cuida. Neste sentido, podemos considerar o uso da ciência e da tecnologia, também no setor saúde, “como expressão do processo de desvalorização da força de trabalho” (AMARAL, 2008, p. 48).

Como alerta Carvalho (2005), existe uma nova lógica mercantil na saúde de incorporação desregulada de equipamentos, medicamentos, procedimentos e especialidades de saúde que importam



hoje em grandes somas de lucratividade. Seguindo esta tendência, a força de trabalho no setor enfrenta a degradação e a desvalorização de sua atividade.

Apesar de assumir uma centralidade nas ações de saúde, o trabalho humano tem sofrido as repercussões desta lógica que conduz a força viva de trabalho a uma condição de precariedade. Ela também é determinada por um processo que precariza a totalidade do viver social, como diz Vasapollo (2006), e que institui uma nova organização capitalista do trabalho caracterizada cada vez mais pela precariedade, pela flexibilização e desregulamentação do mundo dos assalariados.

A força de trabalho em saúde tem a evidência da sua desvalorização traduzida pelo processo de desregulamentação do trabalho que se expressa através de problemas como: a desestruturação no planejamento dos serviços, a descontinuidade dos programas assistenciais, a intensificação da jornada de trabalho pela adoção dos múltiplos vínculos, as baixas remunerações, a alta rotatividade, a inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários.

Atualmente esta condição é agravada pela implantação de diferentes modalidades de contratações da força de trabalho no serviço de saúde. São medidas flexibilizadoras que modificaram “as condições de uso da força de trabalho, de sua remuneração, de sua proteção, assim como em suas estruturas de representação – sindicatos e justiça do trabalho” (SANTOS, 2007, p. 35).

A condição de precarização do trabalho em saúde não está restrita à diversidade de vínculos, principalmente no serviço público, mas também às condições objetivas e subjetivas de trabalho a que está exposta esta força de trabalho.

Neste contexto, o Estado, para responder às exigências do capital mundializado, além de flexibilizar as relações de trabalho, incorpora uma lógica lucrativa para atender às tendências de gestão empreendedora de ajuste nos gastos públicos. Ainda como estratégia de gestão, fragmenta e focaliza os serviços de saúde, assumindo as ações de baixo custo e deixando ao mercado as ações mais lucrativas. Em decorrência, o trabalho em saúde enfrenta não só uma desregulamentação das relações e condições de trabalho, mas uma desestruturação da atividade em saúde que envolve o trabalhador de saúde e os usuários do serviço.

## **Considerações finais**

Os argumentos apresentados neste artigo permitem orientar uma discussão crítica e fecunda sobre as contradições presentes na gestão do trabalho no âmbito do SUS.

Nossas reflexões identificam as tendências dominantes no modelo de organização capitalista atual que determinam e conduzem o processo de desregulamentação do trabalho em escala global. O setor serviços integra a dinâmica desta lógica e, respondendo às exigências da maximização da lucratividade, apresentam-se tanto como vetor de expansão do capital, como também criando as condições necessárias à sua efetivação. Os serviços públicos são incorporados por uma lógica que fomenta a rentabilidade e seu papel passa a ser de dinamizador e viabilizador da produtividade do capital.

Determinado por essa lógica, instaura-se um processo de agudização da precarização do trabalho em saúde que se expressa nas medidas concretas de desregulamentação do trabalho.

Em que pesem as medidas restritivas de uso da força de trabalho no atual contexto, o trabalho humano mantém uma centralidade no campo da saúde, usado de forma intensiva e insubstituível. Entretanto, como o setor saúde não pode imprimir uma substituição de sua força de trabalho, a despeito do uso intensivo de tecnologia, este vem segregando e desvalorizando o trabalho em saúde pela via da sua desregulamentação e precarização.

Esta desregulamentação do trabalho representa um processo que reflete uma desagregação da proteção social ao trabalho que se expressa nas relações, nos processos e na organização do trabalho. Concretiza-se, não só pelas modificações nas ações normativas, legais e jurídicas, mas pelas imposições de uma lógica mercantil e produtiva que desvaloriza o trabalho, pela via da intensificação do uso da força de trabalho, pela captura de sua subjetividade e pela ameaça frequente do desemprego e da desproteção social.

Neste sentido, as relações de trabalho no serviço público, embora se encontrem num campo normativo, revelam insegurança e ameaça ao trabalhador e também expressam, a nosso ver, uma nova conformação de desregulamentação no campo da saúde. Há uma tendência de se instituir uma nova regulamentação do trabalho, ancorada na restrição de direitos trabalhistas.

Prevalece uma direção política de gestão do trabalho no campo da saúde direcionada por uma racionalização dos custos com a força de trabalho, desvinculada de uma construção democrática de relações de trabalho no serviço público, que não fortalece um processo de negociação coletiva e tende a tornar este trabalho formal numa nova expressão da flexibilização do trabalho nos serviços públicos.

As alternativas de superação da precarização do trabalho neste setor envolvem um complexo de determinações, mas é necessário enfrentar a problemática e direcionar as ações de forma que os trabalhadores envolvidos representem um sujeito central nesta discussão.

Discutir e analisar as particularidades da desregulamentação do trabalho no serviço de saúde permitirá desvendar as reais consequências da atual gestão do trabalho no serviço público de saúde e, de forma específica, o seu comprometimento para a consolidação de um sistema de saúde universal, gratuito e de qualidade.

## Referências

- ALVES, G. Desemprego estrutural e trabalho precário na era da globalização, 2000. Disponível em: [www.globalization.sites.uol.com.br/desemprego.htm](http://www.globalization.sites.uol.com.br/desemprego.htm). Acesso em: 02 abr. 2006.
- ANTUNES, R. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- AMARAL, A. S. do. Da centralidade do trabalho vivo à valorização do conhecimento no capitalismo contemporâneo. In: VIEIRA, A.; AMARAL, M. V. *Trabalho e direitos sociais: bases para discussão*. Maceió: EDUFAL, 2008.
- BEHRING, E. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2003.
- BRAVO, M. I. S.; MATOS, M. C. de. A saúde no Brasil: reforma sanitária e ofensiva neoliberal; In: BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). *Política social e democracia*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002. p. 197-215.
- CARVALHO, G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. Trabalho apresentado na *Jornada de Economia da Saúde – Ciclo de Debates*. Brasília-DF. 15 de junho de 2005. Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal\\_des/eventos/jornada\\_2005/Apres\\_04\\_Gilson.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/sctie/portal_des/eventos/jornada_2005/Apres_04_Gilson.pdf).
- CAMPOS, F. E.; ALBUQUERQUE, E. M. E. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde. ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS DO TRABALHO – ABET, 6., 1999. Disponível em: <http://www.race.nuca.ie.ufrj.br/abet/vienc/ST9B.doc>. Acesso em: 12 fev. 2007.
- CHESNAIS, F. *A mundialização do capital*. São Paulo: Xamã, 1996.
- CORREIA, M. V. C. *O Conselho Nacional de Saúde e os Rumos da Política de Saúde Brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais*. Recife, 2005. Tese de Doutorado em Serviço Social/UFPE, 2005.
- FARIAS, A. F. M. R. *Vivências de sofrimento e prazer no trabalho: a dor e a delícia de ser trabalhador do Saúde da Família de Campina Grande*. Dissertação de Mestrado/UEPB, 2005.
- FRIEDRICH, D. B. de C. O trabalho em saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde da família em Juiz de Fora. Rio de Janeiro, 2005. 151f. Tese (doutorado). Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UFRJ, 2005.
- MACHADO, M. H. et al. *O mercado de trabalho em saúde no Brasil: estrutura e conjuntura*. Rio de Janeiro: ENSP, 1992.
- MEIRELLES, D. S. O conceito de serviços. *Revista de Economia Política*, v. 26, n. 1(101), jan./mar. 2006.
- MERHY, E. E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: FLEURY, S. (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo. Lemos, 1997.

MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Programa saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. (Org.). *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2007.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho em saúde. In: LEOPARDI, M. T. et al. *Processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis, Ed. Papa-livros, 1999.

RIZZOTTO, M. L. F. *O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90: um projeto de desmonte do SUS*. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2000.

SANTOS, A. L. *O conflito nas relações de trabalho no contexto da flexibilização e reforma do Estado: a terceirização às avessas*. Dissertação de Mestrado/Fundação Oswaldo Cruz/ENSP, Rio de Janeiro, 2007.

SILVA, L. M. de O. *Organização e relações de trabalho no setor de serviços de saúde brasileiro*. Campinas, 2006, 128f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Econômico) – Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, 2006.

SINGER, P. *Prevenir e curar: o controle social através dos serviços de saúde*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1988.

SOUZA, M.A.S.L. *Condições de trabalho: o fazer-se reivindicação trabalhista*. Dissertação de Mestrado/UFPE. Recife, 1996.

\_\_\_\_\_. Trabalho em saúde: as expressões de flexibilização e precarização nos serviços públicos. CONFERÊNCIA MUNDIAL DE SERVIÇO SOCIAL. 19., Salvador, 2008. Anais...

TEIXEIRA, J. F. S. *Pensando com Marx: uma leitura crítico-comentada de o Capital*. São Paulo: Ensaio, 1995.

VASAPOLLO, L. O trabalho atípico e a precariedade: elemento estratégico determinante do capital no paradigma pós-fordista. In: ANTUNES, Ricardo (Org.). *Riqueza e miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006.

ZARIFIAN, P. Valor, organização e competência na produção de serviço. In: SALERNO, Mario Sérgio. *Relação de serviço*. São Paulo: Senac, 2001.

---

<sup>1</sup> Para analisar com profundidade este tema, consultar a obra do mesmo autor: *A mundialização financeira: gênese, custos e riscos*. São Paulo: Xamã, 1999.