

Ialê Falleiros Braga • Muza Clara Chaves Velasques
Márcia Valéria Cardoso Morosini • Renata Reis Cornélio Batistella
Júlio César França Lima • Daiana Crús Chagas
(Organizadores)

O TRABALHO NO MUNDO **CONTEMPORÂNEO**

fundamentos e desafios para a saúde



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO



O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde

Ialê Falleiros Braga
Muza Clara Chaves Velasques
Márcia Valéria Cardoso Morosini
Renata Reis Cornélio Batistella
Júlio César França Lima
Daiana Crús Chagas
(orgs.)

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BRAGA, I. F., VELASQUES, M. C. C., MOROSINI, M. V. C., BATISTELLA, R. R. C., LIMA, J. C. F., and CHAGAS, D. C., eds. *O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2016, 266 p. ISBN: 978-65-5708-293-5. <https://doi.org/10.7476/9786557082935>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a [Creative Commons Attribution 4.0 International license](#).

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença [Creative Commons Atribuição 4.0](#).

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia [Creative Commons Reconocimiento 4.0](#).



O TRABALHO
NO MUNDO
CONTEMPORÂNEO
fundamentos e desafios para a saúde

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

Presidente

Paulo Gadelha

Vice-Presidente de Ensino, Informação e Comunicação

Nísia Trindade Lima

EDITORA FIOCRUZ

Diretora

Nísia Trindade Lima

Editor Executivo

João Carlos Canossa Mendes

Editores Científicos

Carlos Machado de Freitas

Gilberto Hochman

Conselho Editorial

Claudia Nunes Duarte dos Santos

Jane Russo

Lígia Maria Vieira da Silva

Maria Cecília de Souza Minayo

Marília Santini de Oliveira

Moisés Goldbaum

Pedro Paulo Chieffi

Ricardo Lourenço de Oliveira

Ricardo Ventura Santos

Soraya Vargas Côrtes

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE

JOAQUIM VENÂNCIO

Diretor

Paulo César de Castro Ribeiro

Conselho de Política Editorial

André Dantas

Bianca Côrtes

Carla Martins

Cátia Guimarães

Fátima Siliansky

Grasiele Nespoli

José Roberto Franco Reis

José dos Santos Souza

Luís Maurício Baldacci

Márcia Teixeira

Ramon Peña Castro

Vânia Cardoso da Motta

Ialê Falleiros Braga • Muza Clara Chaves Velasques
Márcia Valéria Cardoso Morosini • Renata Reis Cornélio Batistella
Júlio César França Lima • Daiana Crús Chagas
(Organizadores)

**O TRABALHO
NO MUNDO
CONTEMPORÂNEO**
fundamentos e desafios para a saúde



Copyright © 2016 dos autores

Todos os direitos desta edição reservados à

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ/ EDITORA e ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO

Revisão

José Grillo

Myllena Paiva

Normalização de referências

Clarissa Bravo

Projeto gráfico, capa, editoração eletrônica

Adriana Carvalho Peixoto da Costa

Carlos Fernando Reis da Costa

Produção gráfico-editorial

Phelipe Gasiglia

Catálogo na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica

Biblioteca de Saúde Pública

Editora filiada



T758t O Trabalho no Mundo Contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde. / organizado por Ialê Falleiros Braga, Muza Clara Chaves Velasques, Márcia Valéria Cardoso Morosini, et al. – Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ/EPSJV, 2016.

268 p. : tab.

ISBN: 978-85-7541-481-1

ISBN: 978-85-98768-89-2

1. Trabalho. 2. Pessoal de Saúde - educação. 3. Trabalhadores. 4. Educação Profissionalizante. 5. Saúde do Trabalhador. 6. Sociologia. 7. Serviço Social. 8. Saúde Pública. 9. Engenharia Humana. 10. Educação em Saúde. 11. Serviços Terceirizados. 12. Condições de Trabalho. I. Braga, Ialê Falleiros (Org.). II. Velasques, Muza Clara Chaves (Org.) III. Morosini, Márcia Valéria (Org.). IV. Título.

CDD – 22.ed. – 331.11

2016

EDITORA FIOCRUZ

Av. Brasil, 4036, 1º andar

sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro, RJ

Tels.: (21) 3882-9039 e 3882-9041

Telefax: (21) 3882-9006

editora@fiocruz.br

www.fiocruz.br/editora

ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE

JOAQUIM VENÂNCIO – EPSJV

Av. Brasil – 4365 – Manguinhos

21040-360 – Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (21) 3865-9797

www.epsjv.fiocruz.br

Autores & Organizadores

Álvaro Roberto Crespo Merlo

Médico, doutor em sociologia pela Université Paris Diderot; professor associado IV da Faculdade de Medicina e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, professor médico-assistente do Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Daiana Crús Chagas (organizadora)

Historiadora, mestre em história das ciências e da saúde no Brasil pelo Programa de Pós-Graduação da Casa de Oswaldo Cruz da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz); pesquisadora bolsista no Observatório dos Técnicos em Saúde do Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fiocruz, professora da Secretaria Estadual de Educação do Rio de Janeiro.

Francisco Batista Júnior

Farmacêutico do Sistema Único de Saúde no Rio Grande do Norte; presidente do Conselho Nacional de Saúde, de novembro de 2006 a fevereiro de 2011.

Ialê Falleiros Braga (organizadora)

Historiadora, doutora em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), com pós-doutorado na Universidade do Minho, Portugal; pesquisadora do Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), professora do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz.

Iracema Viterbo Silva

Assistente social, doutora em saúde coletiva pelo Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; sanitarista da Secretaria de Saúde do Estado da Bahia.

Isabela Cardoso de Matos Pinto

Assistente social, doutora em administração pela Universidade Federal da Bahia (Ufba); diretora do Instituto de Saúde Coletiva (ISC/Ufba) e professora adjunta da mesma instituição, coordenadora do GT Trabalho e Educação na Saúde da Associação Brasileira de Saúde Coletiva.

José Sérgio Leite Lopes

Antropólogo, doutor em antropologia social pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), com pós-doutorado na École des Hautes Études en Sciences Sociales, Paris, França; pesquisador e professor titular do Departamento de Antropologia e do Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social do Museu Nacional (PPGAS/UFRJ), co-coordenador do Núcleo de Antropologia do Trabalho, Estudos Biográficos e de Trajetória (NuAT) do PPGAS/UFRJ, diretor do Colégio Brasileiro de Altos Estudos da UFRJ.

Júlio César França Lima (organizador)

Enfermeiro sanitário, doutor em políticas públicas e formação humana pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro; professor e pesquisador do Laboratório do Trabalho e da Educação da Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), professor do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz.

Marcelo Badaró Mattos

Historiador, doutor em história social pela Universidade Federal Fluminense (UFF), com pós-doutorado no Instituto Internacional de História Social, de Amsterdã, Holanda; professor titular de História do Brasil do Departamento de História e do Programa de Pós-Graduação em História da UFF, pesquisador associado na Universidade Nova de Lisboa, Portugal.

Márcia Valéria Cardoso Morosini (organizadora)

Psicóloga, sanitária, mestre em saúde coletiva pelo Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), doutoranda em políticas públicas e formação humana no Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da Uerj; professora e pesquisadora do Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz.

Marise Nogueira Ramos

Química, doutora em educação pela Universidade Federal Fluminense, com pós-doutorado em etnossociologia do conhecimento profissional na Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, Portugal; pesquisadora do Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), professora do Programa de Pós-Graduação em Educação Profissional em Saúde da EPSJV/Fiocruz e do Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

Moema Amélia Serpa Lopes de Souza

Assistente social, doutora em serviço social pela Universidade Federal de Pernambuco; professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), pesquisadora e coordenadora do Grupo de Pesquisa e Estudos sobre Trabalho e Proteção Social, professora da Pós-Graduação em Serviço Social da UEPB.

Muza Clara Chaves Velasques (organizadora)

Historiadora, doutora em história social pela Universidade Federal Fluminense; professora e pesquisadora do Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (Lateps/EPSJV/Fiocruz), integrante do Grupo de Pesquisa em História Social dos Trabalhadores da Saúde do Lateps/EPSJV/Fiocruz.

Nelci Dias

Enfermeira, mestre em saúde pública na gestão do trabalho e da educação na saúde pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz; ex-presidente da Federação Nacional dos Enfermeiros e ex-diretora da Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social da CUT.

Renata Reis Cornélio Batistella (organizadora)

Assistente social, mestre em saúde pública pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (ENSP/Fiocruz) e doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense; professora e pesquisadora do Laboratório do Trabalho e da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio da Fundação Oswaldo Cruz (Lateps/EPSJV/Fiocruz), membro da Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde e do Grupo de Pesquisa em História Social dos Trabalhadores da Saúde do Lateps/EPSJV/Fiocruz.


Ruy Braga

Sociólogo, doutor em ciências sociais pela Universidade Estadual de Campinas, com pós-doutorado na University of California, Berkeley, Estados Unidos, e livre-docente pela Universidade de São Paulo (USP); professor do Departamento de Sociologia e do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da USP.

Sumário

Apresentação	11
Introdução	23
1 – O Trabalho no Mundo Contemporâneo	37
<i>José Sérgio Leite Lopes</i>	
2 – A Classe Trabalhadora no Brasil de Hoje	57
<i>Marcelo Badaró Mattos</i>	
3 – A Formação do Precariado Pós-Fordista no Brasil: uma primeira aproximação	93
<i>Ruy Braga</i>	
4 – Trabalho em Saúde: como a lógica mercantil determina seu processo de precarização	109
<i>Moema Amélia Serpa Lopes de Souza</i>	
5 – O SUS e as Transformações do Trabalho em Saúde	129
<i>Francisco Batista Júnior</i>	
6 – O Mundo do Trabalho: desafios para trabalhadores e gestores da saúde	149
<i>Nelci Dias</i>	
7 – Trabalho Globalizado, Patologias da Solidão e Atenção à Saúde Mental	169
<i>Álvaro Roberto Crespo Merlo</i>	
8 – Condições de Trabalho e o Sofrimento Invisível dos Trabalhadores da Saúde	183
<i>Isabela Cardoso de Matos Pinto e Iracema Viterbo Silva</i>	

9 – Projetos de Desenvolvimento no Brasil Contemporâneo e Desafios da Educação Profissional em Saúde	201
<i>Marise Nogueira Ramos</i>	
10 – Trabalho e Educação Profissional em Saúde no Brasil	219
<i>Júlio César França Lima</i>	



Apresentação

A proposta deste livro é aprofundar a discussão sobre os fundamentos do trabalho no mundo contemporâneo no Brasil nas primeiras duas décadas do século XXI, relacionando-a ao trabalho e à educação dos trabalhadores na área da saúde. O desafio dos organizadores foi prepará-lo para compor, com outras duas obras, a trilogia voltada para a relação trabalho-educação-saúde: *Fundamentos da Educação Escolar no Brasil Contemporâneo*, livro comemorativo dos 20 anos da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz), organizado por Júlio César França Lima e Lúcia Maria Wanderley Neves (2006); e *Estado, Sociedade e Formação Profissional em Saúde: contradições e desafios em vinte anos de SUS*, obra que integrou as comemorações dos 20 anos do Sistema Único de Saúde (SUS), organizada por Gustavo Corrêa Matta e Júlio César França Lima (2008). Esta terceira coletânea é resultado do seminário “O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde”, ocorrido em setembro de 2013 como parte das atividades comemorativas dos 25 anos do Curso Técnico de Nível Médio em Saúde da EPSJV/Fiocruz.

Entre os objetivos da trilogia produzida pela Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio está discutir princípios e diretrizes a fim de subsidiar a construção de propostas político-pedagógicas, na perspectiva crítico-emancipatória, para a formação dos trabalhadores técnicos da saúde, bem como o fortalecimento do Ensino Médio Integrado à Educação Profissional, do Programa de Pós-graduação em Educação Profissional em Saúde e das demais atividades de ensino, pesquisa e cooperação da EPSJV/Fiocruz. Tais obras propõem elucidar o processo histórico que vem conformando o campo do trabalho, da educação e da saúde no Brasil segundo a perspectiva da luta

de classes contemporânea, constituindo-se em materiais que podem contribuir para a organização e o acúmulo de forças da classe trabalhadora.

A publicação que ora se apresenta segue, além dos objetivos e do enfoque teórico, a metodologia adotada nas versões anteriores. Os textos foram encomendados aos autores, a partir da definição do tema geral e do tema das mesas, produzidos e enviados aos laboratórios da EPSJV/Fiocruz com antecedência; em todas essas ocasiões, foram debatidos antecipadamente por grupos de trabalho ou de pesquisa, que prepararam questões para serem examinadas, ao longo dos seminários, por palestrantes convidados.

Nos capítulos deste volume, os autores – vinculados a universidades, centros de pesquisa, serviços de saúde, sindicatos, organizações e movimentos sociais, atuantes em diferentes regiões do país – se voltam para a difícil tarefa de pensar o trabalho no mundo contemporâneo nos seus aspectos políticos, econômicos, sociais e culturais, tendo como preocupação central a reflexão sobre o trabalho e a educação profissional em saúde no campo de lutas pela emancipação das formas e relações de exploração e dominação vigentes.

As questões envolvendo o trabalho no mundo contemporâneo, nesta obra, serão abordadas com base em cinco eixos temáticos, a saber: o trabalho no mundo contemporâneo; as mudanças no mundo do trabalho e seus impactos na área da saúde; os trabalhadores da saúde e seus desafios e lutas; o trabalho e a educação profissional em saúde; e a saúde do trabalhador e a saúde do trabalhador da saúde. Tais temas foram tratados com o aporte de diferentes campos do conhecimento, como sociologia do trabalho, história social, serviço social, saúde coletiva, ergonomia e trabalho e educação em saúde.

O objetivo desta coletânea, assim, é contribuir para a compreensão da relação trabalho-educação-saúde, ao trazer à discussão os elementos que produzem o atual modo de vida em nossa sociedade, suas características e implicações para os trabalhadores. Estão em análise as relações de trabalho na contemporaneidade capitalista e no contexto brasileiro, bem como o campo de lutas – incluindo as contradições no campo da educação – no qual os trabalhadores estão inseridos. Ressaltam-se também os efeitos desses processos para a saúde dos trabalhadores, para o sistema de saúde e para os trabalhadores.

No capítulo 1, intitulado “O trabalho no mundo contemporâneo”, o antropólogo José Sérgio Leite Lopes analisa as transformações recentes das relações de trabalho nas sociedades capitalistas e no Brasil, transformações que estariam ligadas aos processos econômicos e sociais identificados com a globalização dos mercados e da produção, bem como com a terceirização e a precarização do trabalho em um mundo tecnologicamente avançado. O autor apresenta os antecedentes históricos do controle do processo de trabalho, ressaltando as experiências do pós-Segunda Guerra Mundial, quando se tornam evidentes as preocupações com a qualidade da produção e com a aplicação de novas tecnologias, na busca pelo alargamento da produção associado à diminuição de tempo e de custos. Nesse movimento, base da lógica do *controle total* e

da *especialização flexível*, as formas de organização do trabalho nas empresas vêm-se configurando como estratégias empresariais diante das resistências dos trabalhadores, acirradas na conjuntura social do fim dos anos 1970 em toda a Europa e no Brasil dos anos 1980 e 1990.

José Sérgio dialoga com a produção intelectual de Robert Castel e Luc Boltanski sobre os mecanismos de reordenação do capitalismo na contemporaneidade. Com base em Castel, aponta a precarização em massa de direitos anteriormente adquiridos e assegurados pelo Estado instaurador da *sociedade salarial* na Europa do pós-guerra por meio das novas técnicas de organização e gestão do trabalho – que estão voltadas para o acirramento do individualismo e que se somam ao crescente ataque político ao Estado social em favor de um Estado mínimo, instituindo a chamada *vulnerabilidade das massas*. Na análise dessa situação, o autor se aproxima das formulações de Boltanski, que demonstram o contínuo movimento do capitalismo em seu processo de transformação e renovação, perpetuando uma dimensão moral capaz de mobilizar as pessoas em torno do seu projeto de sociedade.

José Sérgio ressalta que, no Brasil, a ampliação do contingente de assalariados, manuais e não manuais, a partir dos anos 1930, faz corporificar-se uma *sociedade salarial* semelhante à do modelo europeu. A partir daí, os trabalhadores industriais brasileiros da cidade e do campo não apenas começaram a construir uma cultura laboral na qual se preconizava a inculcação de valores relacionados a uma forte disciplina do trabalho, com raízes na dominação patronal autoritária e paternalista de tradição escravista, mas também vislumbraram a possibilidade de operar com os direitos sociais e trabalhistas que conformaram novas experiências associativas e criaram uma cultura operária dos direitos – ligada majoritariamente a baixa remuneração e à formação escolar precária (com uma qualificação adquirida no próprio processo de trabalho). O modelo de *sociedade salarial* no Brasil teria, portanto, uma dinâmica corporativista, geradora de uma “cidadania regulada” e capaz de englobar desde os assalariados de classe média até trabalhadores manuais, dentro de uma estrutura de justiça do trabalho e de um sistema previdenciário. As gerações de trabalhadores que se seguiram ao pós-1945 estiveram vinculadas a esse modelo de implantação dos direitos sociais, que eram historicamente repugnados pelas empresas. O movimento dos trabalhadores do campo por reforma agrária durante a ditadura militar é um exemplo da experiência histórica de luta dos trabalhadores por direitos, pela qual se construiu o sentido de *generalização dos direitos*.

Nos últimos anos, houve grandes transformações no padrão de organização gerencial e do trabalho no mundo neoliberal. Em seu capítulo, José Sérgio destaca as mudanças acentuadas no Brasil nos anos 1990 que fizeram com que as formas de vulnerabilidade de massa fossem semelhantes às anteriores à instituição da previdência social, aumentando experiências de insegurança diante da possibilidade de demissão. No Brasil a precarização do trabalho, uma dimensão permanente do trabalho sob o capitalismo, é apresentada como uma característica constitutiva da sua

formação social desde a escravidão, e, durante a primeira metade do século XX, nos grandes estabelecimentos agrícolas, as formas de subordinação do trabalho muitas vezes perpetuavam o contexto escravista.

José Sérgio apresenta, ainda, algumas reflexões resultantes da sua pesquisa sobre a exploração do trabalho no campo em que aborda a obreirização de famílias camponesas em fábricas têxteis com vila operária. No aprofundamento de sua análise, mostra, em perspectiva histórica, a constituição de gerações de trabalhadores que adquiriram direitos sociais ao longo de sua trajetória e que passaram a sofrer com as novas formas de precarização do trabalho. A intensificação do trabalho nas fábricas teve como resultado nefasto para o trabalhador o agravamento das novas condições de doenças profissionais, como as lesões por esforço repetitivo. Ao lado da produção de outros pioneiros da sociologia do trabalho a partir de fins dos anos 1970, a de José Sérgio segue o movimento das ciências humanas e sociais no Brasil, que, ao estudar a precarização do trabalho, incansavelmente a denuncia.

No capítulo 2, “A classe trabalhadora no Brasil de hoje”, o historiador Marcelo Badaró Mattos lança o desafio de traçar o perfil e os movimentos da classe trabalhadora brasileira na contemporaneidade mediante a leitura da nossa sociedade como periferia capitalista em que coexistem novos e sofisticados processos de exploração do trabalho pelo capital e as mais tradicionais formas de expropriação dos despossuídos. Ao identificar a atuação da classe trabalhadora nesses processos, procura captá-la nas suas dimensões objetivas e subjetivas, identificando-a como sujeito coletivo que, no movimento de organização e mobilização por interesses comuns e opostos aos de outra classe, expressa uma dada consciência de classe.

No primeiro momento, o autor apresenta dados recentes sobre a sociedade brasileira para a avaliação do perfil de seus trabalhadores. Destacando a rapidez de sua concentração no universo urbano nos últimos anos, Badaró ressalta a variedade de contradições sociais geradas pelo processo de inchaço das cidades brasileiras, assim como as novas experiências e a cultura de classe dele derivadas, considerando ainda o processo de intensificação das formas de exploração do trabalho no campo, a inviabilização da agricultura camponesa e a violência no campo.

Em seguida, o autor evoca a necessidade de reflexão sobre as formas de dominação usadas pelo Estado e pelas classes dominantes no Brasil ante o potencial explosivo da sociedade no processo de exploração da classe trabalhadora e suas precárias condições de existência. Realça entre as estratégias de contenção empregadas pelos grupos dominantes a *violência institucional*, com destaque para a ação da polícia, que atinge especialmente os moradores das favelas das regiões metropolitanas, e a *contenção pela assistência*, calcada nas políticas de assistência social implantadas pelo Estado para os mais pobres, identificadas como fruto das novas estratégias que o capitalismo adota após os desastrosos efeitos das políticas neoliberais. Nesse sentido, o autor analisa a relação das políticas sociais dos governos petistas no Brasil e sua relação com o projeto capitalista neoliberal. O *investimento ideológico* nas propostas

de empreendedorismo, empregabilidade, inserção social e responsabilidade social, que destacam o esforço individual para a saída dos problemas dos trabalhadores, seria outra forma de contenção, executada diretamente pelos grandes grupos capitalistas por meio de fundações privadas, ONGs e entidades empresariais, que contam, porém, com o apoio e o subsídio governamental. A análise do *investimento ideológico* da classe dominante abre possibilidades para o autor buscar nas categorias construídas por Gramsci o entendimento das formas contemporâneas de dominação no Brasil. *Consenso e dominação, sociedade política e sociedade civil* tornam-se referenciais importantes para a compreensão, no caso do Brasil, das formas atuais de dominação.

Badaró revela posteriormente o referencial teórico que embasa a análise sobre a classe trabalhadora do Brasil. Levando em consideração as condições objetivas da classe trabalhadora e diante dos esforços das classes dominantes para a manutenção da hegemonia, resgata o termo marxiano *proletários*, aproximando-o do sentido de *classe trabalhadora*, para afirmar que a expropriação e a exploração são os caminhos históricos da formação da classe. Problematicando o conceito de classe com base em sua dimensão política – com o potencial transformador que ela tem para Marx –, o autor ressalta que o dinamismo que as classes carregam na sua formação e experiência ganha termo na dimensão ampla da reprodução geral do capital, tanto no trabalho quanto nas condições de reprodução de sua vida e nos seus espaços mais amplos de sociabilidade, nos quais os interesses e a visão de mundo dos trabalhadores se confrontam com os do capital, não se reduzindo às relações econômicas. Destaca, ainda, o trabalho do historiador marxista E. P. Thompson sobre o movimento de formação da classe e de criação de sua consciência no século XIX, evidenciando as diferenças históricas em relação aos dias atuais. Mediante a reflexão conceitual, retoma a dimensão empírica das trajetórias das organizações da classe trabalhadora a partir da primeira metade da década de 1970, no Brasil e no mundo. Essas trajetórias são marcadas pelas derrotas no enfrentamento com o capital e abrem caminho para uma maior precarização das relações de trabalho e para a piora das condições de vida da classe trabalhadora. Na dimensão da subjetividade coletiva, a fragmentação da classe é acelerada, levando a maior dificuldade de construção coletiva da consciência de classe pelos trabalhadores. A expressão concreta desse processo é apresentada pelo autor ao recuperar elementos centrais do percurso de três organizações – a Central Única dos Trabalhadores (CUT), o Partido dos Trabalhadores (PT) e o Movimento dos Trabalhadores Rurais sem Terra (MST) –, com base nas quais analisa o refluxo das lutas, os processos de adaptação das lideranças e dos projetos à ordem, a integração ao governo e a subordinação à lógica do capital.

Mesmo diante desse quadro pessimista, o autor insiste na análise que vai de encontro à leitura sobre um possível fim do ciclo de lutas da classe trabalhadora iniciado com as greves do ABC em 1978 e chama a atenção para as múltiplas e diferenciadas mobilizações das frações de classe (resultado das condições objetivas da própria fragmentação da classe em curso e dos aspectos subjetivos) e para a fundação

de novas experiências na organização sindical no país, além da organização de novos partidos de esquerda socialista que buscam continuar apontando o caminho da transformação revolucionária.

Em “A formação do precariado pós-fordista no Brasil: uma primeira aproximação”, capítulo 3 deste volume, Ruy Braga elucida aspectos fundamentais das atuais condições da classe trabalhadora com base em sua pesquisa sobre trabalhadores de *call centers*. O autor mostra o quadro geral das transformações do regime de acumulação brasileiro iniciado em 1994 e consolidado ao longo dos anos 2000, caracterizado como pós-fordista, financeirizado e apoiado na desconcentração de renda e na precarização do trabalho, com o objetivo de relacionar o regime de acumulação com os novos modos de regulação que começam a se delinear no período. Para isso, leva em consideração a fusão dos movimentos sociais, em especial o movimento sindical, com o aparelho de Estado e os fundos de pensão, bem como a profusão de políticas públicas redistributivistas, o crescimento do emprego formal, os aumentos reais no salário mínimo e o subsídio ao crédito popular.

Braga busca comprovar a emergência do que denomina “precariado” brasileiro – uma fatia da classe trabalhadora pressionada pelo aumento da exploração econômica e pela ameaça da exclusão social – com base na investigação da trajetória do grupo de operadores de *telemarketing* da indústria paulistana de *call centers*. No seu entender, esses trabalhadores reúnem as principais tendências do mercado de trabalho do país na última década, entre as quais a formalização, os baixos salários, a terceirização, o significativo aumento do assalariamento feminino, a incorporação de jovens não brancos, a ampliação do emprego no setor de serviços e a elevação da taxa de rotatividade do trabalho.

O autor observa que o entusiasmo relacionado ao consumo popular ainda em alta no país oblitera a percepção de que há relativa desconcentração de renda, entre 2003 e 2010, dos que vivem do trabalho, e de que vivemos numa sociedade semiperiférica cuja economia depende estruturalmente do baixo preço da força de trabalho. Apoiando-se na precarização do trabalho, esse modelo de desenvolvimento pós-fordista, ainda que produza aumento na base da pirâmide salarial pelo fortalecimento do mercado de trabalho, remunera muito mal. Segundo dados apresentados no texto, dos 2,1 milhões de novos postos de trabalho criados anualmente entre 2004 e 2010, dos quais em torno de 70% estão no setor de serviços, cerca de dois milhões remuneram o trabalhador com até 260 euros por mês. Convertidos em consumo popular, esses salários vêm-se combinando com o barateamento das mercadorias proporcionado pelo aprofundamento da mundialização capitalista, o que gera o crescente endividamento das famílias trabalhadoras.

Baseado no estudo sobre os trabalhadores de *telemarketing*, Braga revela que, embora o trabalho doméstico seja a principal ocupação nacional, empregando, em 2009, 7,2 milhões de pessoas, o trabalho em *telemarketing* ocupou, no mesmo ano, 1,4 milhão de pessoas, majoritariamente jovens mulheres não brancas recém-saídas

da informalidade, entre as quais um terço cursava o ensino superior noturno. Revela ainda que, a partir de 2005, esses trabalhadores vêm aumentando a sua atividade sindical e incorporando reivindicações como creche, reajuste salarial, redução da jornada de trabalho e reajuste do vale-refeição. Esse movimento é interpretado à luz das recentes mobilizações grevistas deflagradas por trabalhadores de vários setores por todo o país, como uma reação à estreita margem de concessões aos trabalhadores oferecida pelo modelo de desenvolvimento pós-fordista, fomentando uma insatisfação difusa em sua base, na qual uma regulação dos conflitos trabalhistas emite os primeiros sinais de desgaste. Nas pautas desse conjunto de mobilizações, Braga encontra demandas por reajuste salarial, adicional de periculosidade, equiparação de salários para as mesmas funções, direito de voltar para as regiões de origem a cada noventa dias, fim dos maus-tratos e melhoria da segurança, da estrutura sanitária e da alimentação nos alojamentos. Tais demandas são interpretadas como resposta às pressões impostas aos trabalhadores pelo regime fabril revigorado pelas terceirizações e subcontratações, bem como à escassez de contrapartidas inerente à cidadania salarial pós-fordista, que complexifica a reprodução das condições sociais de produção do trabalho barato no país.

Moema Amélia Serpa Lopes de Souza, no capítulo intitulado “Trabalho em saúde: como a lógica mercantil determina seu processo de precarização”, oferece uma interpretação para o contexto que, a um só tempo, afirma a centralidade do trabalho humano no campo da saúde e impõe fortemente um processo de desvalorização do trabalho e do trabalhador na atividade. Sua análise da gestão da força de trabalho na saúde articula reflexões sobre o trabalho no âmbito do serviço público, as particularidades do trabalho em saúde e as atuais formas de gestão da força de trabalho expressas nos processos de precarização. A autora demarca o campo de tensões num contexto em que a saúde, constituindo uma área de enorme incorporação de trabalhadores no âmbito público, assume cada vez mais fortemente características de um bem comercializável, de mercadoria, e torna-se funcional para o processo de acumulação de capital.

Em diálogo com a bibliografia sobre o avanço do setor de serviços e suas implicações nas relações de trabalho na contemporaneidade, Moema Amélia mostra que o novo padrão de intervenção estatal impacta negativamente as relações de trabalho na saúde e no interior do SUS. A ação do Estado vem imprimindo inovações na área da saúde mediante a institucionalização das novas modalidades de gestão e prestação de serviços tanto públicas quanto privadas, por meio de organizações sociais, de fundações estatais, da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), da gestão pactuada, entre outros. A autora afirma ainda que o impacto do desenvolvimento do setor de serviços nas diretrizes de organização e gestão do SUS expressa-se em desvalorização da força de trabalho da área, desestruturação do planejamento dos serviços, descontinuidade dos programas assistenciais, intensificação da jornada de trabalho pela adoção de múltiplos vínculos, baixas remunerações, rotatividade e inadequação de pessoal, captura de sua subjetividade e ameaça frequente de desemprego e desproteção social.

O processo de desconstrução da regulamentação do trabalho em saúde é historicizado segundo os elementos da proposta de reforma do Estado dos anos 1990. Expressa na reforma político-administrativa da área da saúde, tal inflexão vem possibilitando, sobretudo ao poder público municipal, dispensar, contratar, transferir, enfim, adequar a força de trabalho às necessidades dos serviços, ou seja, do mercado. Conforme ressalta a autora, esse processo de substituição faz emergir um quadro de pessoal paralelo, instituindo a estabilidade e o trabalho regulamentado como exclusividade de poucos e a desregulamentação e a precarização como alternativa para muitos.

Em “O SUS e as Transformações do Trabalho em Saúde”, Francisco Batista Júnior faz uma análise histórica da força de trabalho em saúde no Brasil, tendo como marco definidor a institucionalização do SUS. Com a abertura política no início da década de 1980, a saúde passa a ser uma das pautas mais presentes e ativas do movimento popular. Baseado nos princípios da Reforma Sanitária, o conceito ampliado de saúde traz à tona a necessidade de reestruturação de um sistema que pudesse atender às reais demandas de saúde da população.

A reestruturação da rede de serviços, do modelo de atenção e, conseqüentemente, do regime de oferta de postos de trabalho e do perfil e qualificação dos trabalhadores passou a ser preocupação crescente, contribuindo para a ampliação da rede pública de serviços, especialmente em relação ao processo de municipalização deflagrado a partir da regulamentação do sistema. Batista Júnior aponta as contradições desse processo, como a desresponsabilização dos entes federais e estaduais e os efeitos imediatos sobre a contratação da força de trabalho.

Do fim da década de 1990 até o início dos anos 2000, os efeitos da reestruturação produtiva e das políticas neoliberais de desconstrução do Estado tiveram implicações diretas na gestão e nas relações de trabalho mediante a contratação de serviços privados em substituição aos da rede pública, e instituiu-se a precarização e a terceirização dos trabalhadores como instrumentos de gestão.

A institucionalização de um arcabouço jurídico que incluiu a criação de uma série de decretos e leis – como a da terceirização e a lei de responsabilidade fiscal – e a instituição das organizações sociais (OS) e das organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips) favorecem e estimulam a parceria público-privada hoje materializada em ações como as fundações de direito privado, a massificação das organizações sociais e a criação da EBSEH.

Tais políticas, somadas a um período de crise do movimento sindical atual, com sindicatos corporativo-economicistas e resistências a uma reforma sindical, têm gerado alguns desafios para a gestão do trabalho no SUS. Diante disso, Batista Júnior destaca a necessidade de reforma sindical, reestruturação curricular e reforma na formação profissional, carreira de Estado única para todos os trabalhadores, gestão radicalmente profissionalizada e democratizada, financiamento ampliado e adequado às necessidades do sistema e um SUS público e estatal, com prioridade na atenção básica.

No capítulo 6, “O mundo do trabalho: desafios para trabalhadores e gestores da saúde”, Nelci Dias parte da premissa de que a qualificação do SUS vincula-se à valorização do trabalhador, compondo uma díade indissociável. Entretanto, para além da afirmação dessa perspectiva política, a autora demarca os processos que estão entrelaçados na história da saúde, com foco em questões diretamente vinculadas ora à constituição do sistema, ora ao trabalho em saúde.

Assumindo o referencial marxista para a compreensão do trabalho, Nelci Dias faz um questionamento sobre o modo pelo qual a reestruturação produtiva foi conformando novas formas de exploração no mundo capitalista. No percurso do texto, essa questão permanece como pano de fundo, e a autora especifica obstáculos para a efetivação do SUS como uma política que garanta o direito à saúde.

Paralelamente aos problemas mais amplos, relacionados ao financiamento, à organização do sistema e à influência do setor privado, a autora reflete, por exemplo, sobre as dificuldades postas pela municipalização da saúde nos contextos de baixa arrecadação fiscal, bem como sobre o processo de desresponsabilização do ente federal pela saúde. A lei de responsabilidade fiscal também é problematizada diante da argumentação de que é necessário assumir uma responsabilidade social que inclua a revisão dos critérios de gastos na saúde.

Dias, além de mapear problemas, discute suas repercussões no trabalho em saúde, situando os processos de precarização das relações de trabalho, com especial atenção à terceirização. Ao focalizar o trabalho e o trabalhador da saúde, a autora, cuja trajetória inclui forte atuação sindical, assume uma perspectiva histórica para situar o leitor no cenário da organização dos trabalhadores do país. Centrando-se na saúde, faz um inventário sobre esse processo e nos oferece um panorama de contradições, no qual destaca a multiplicidade de representações engendradas pelos profissionais da saúde como elemento fragilizador das lutas por melhores condições de trabalho. Ao abordar a política de gestão do trabalho na saúde, inclui uma discussão sobre a Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS, fórum que reúne trabalhadores e gestores e que, na análise da autora, tem um potencial pouco explorado para constituir um dispositivo de gestão por meio do qual os interesses dos trabalhadores da saúde possam ganhar maior expressão.

O capítulo escrito por Álvaro Roberto Crespo Merlo, “Trabalho globalizado, patologias da solidão e atenção à saúde mental”, trata do sofrimento físico e psíquico experimentado pelos trabalhadores assalariados brasileiros em virtude das intensas mudanças que ocorrem nas formas de organizar o trabalho e promovem um ambiente de pressões variadas, com a intensificação das incertezas e a produção de temor que geram desgaste emocional para esses trabalhadores e suas famílias. O autor parte do relato de histórias vividas por trabalhadores atendidos no Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital das Clínicas de Porto Alegre (ADT/HCPA), no qual atua como médico, para compor o quadro de sintomas dos trabalhadores admitidos aos serviços de saúde, sem que, na maioria das vezes, se estabeleça onexo causal

entre eles e o trabalho. Segundo Merlo, os atuais modos de gestão do trabalho são particularmente patogênicos e insuportáveis para muitos trabalhadores, que passam a desenvolver distúrbios mentais. Alguns elementos desse processo são o uso do cinismo, a produção do medo, o sacrifício da inteligência em prol das metas e objetivos do trabalho e o desaparecimento dos coletivos do trabalho, o que tem fortalecido a experiência da solidão.

O autor indica o processo de desregulamentação dos controles sobre a circulação do capital financeiro e o avanço dos fundos de *private equity* para além do mercado americano, por meio da globalização neoliberal operada desde os anos 1980, como marcos da intensificação das condições agressivas em que se dão as relações de trabalho no mundo. Com esses mecanismos, os investidores injetam capital em empresas e passam a pautar suas metas e processos de trabalho visando à obtenção de lucros muito altos em prazos muito curtos. Tais expectativas exigem modificações imediatas nas instituições para que elas se tornem rentáveis segundo parâmetros que lhes são externos. As mudanças são introduzidas no processo de trabalho sob o pretexto de otimizá-lo, buscando acelerar as cadências e enxugar os espaços não produtivos, pela introdução de novas técnicas de organização do trabalho, como a avaliação individualizada de desempenho, que tem tido importante papel em relação à saúde mental dos trabalhadores, dado que os coloca em posição de competição uns com os outros. Assim, do ponto de vista das relações interpessoais e da saúde do trabalhador, a reestruturação do processo de trabalho promovida por esses novos métodos gerenciais tem produzido um ambiente de violência e selvageria no trabalho que resulta no agravamento das consequências pessoais para o trabalhador e no crescimento de transtornos psíquicos, os quais se tornam cada vez mais visíveis e presentes nos serviços de saúde.

Como desafios para o sistema e os trabalhadores da saúde, o capítulo indica a necessidade de qualificação da Rede de Atenção à Saúde do Trabalhador, para que seus profissionais se tornem capazes de compreender e organizar formas de atender à crescente demanda. De acordo com Merlo, é necessário modificar o olhar para que seja possível identificar o sofrimento psíquico produzido pelo trabalho, sofrimento que muitas vezes se manifesta na forma de queixas inespecíficas e difusas que precisam ser compreendidas e atendidas de forma abrangente e multidisciplinar no âmbito do SUS.

No capítulo 8, “Condições de trabalho e o sofrimento invisível dos trabalhadores da saúde”, Isabela Cardoso de Mattos Pinto e Iracema Viterbo Silva analisam alguns fatores que interferem nas condições de saúde dos profissionais, enfocando prioritariamente os trabalhadores de nível médio. As autoras buscaram identificar algumas situações no ambiente de trabalho em saúde que podem estar relacionadas com o sofrimento e o adoecimento. Tais análises são empreendidas com base em entrevistas realizadas com profissionais da área, nas quais se mesclam a observação dos próprios entrevistados e os relatos espontâneos dos entrevistados.

Um dos pontos analisados pelas autoras é a relação entre trabalho e sofrimento. Concebem o sofrimento não somente como resultado do desgaste físico e mental que o trabalho em saúde acarreta, mas o relacionam com os novos enfrentamentos decorrentes das transformações no mundo do trabalho, seja pelas novas tecnologias, seja pelas formas de organização. Também analisam as situações adversas que compõem o cotidiano do trabalho em saúde, os elementos que influenciam o adoecimento mental e a presença da violência no trabalho em saúde, expressa em agressões físicas, na periculosidade do local de trabalho ou da área de atendimento domiciliar, no assédio moral e na discriminação racial e cultural. As análises efetuadas contribuem para a compreensão de alguns aspectos relacionados às condições laborais dos trabalhadores da saúde de nível médio que atuam no serviço público, auxiliando a compreensão das especificidades que compõem o tema em estudo.

Tendo como base teórico-metodológica o confronto entre os conceitos de novo desenvolvimentismo e neodesenvolvimentismo difundidos em análises econômico-políticas sobre o projeto do Estado brasileiro a partir da ascensão ao governo do Partido dos Trabalhadores, Marise Nogueira Ramos discute, no capítulo intitulado “Projetos de desenvolvimento no Brasil contemporâneo e desafios da educação profissional em saúde”, tendências da política educacional no período, com especial ênfase na educação profissional em geral e em saúde. Retoma, para isso, críticas à ideologia desenvolvimentista que orientou a consolidação do capitalismo no Brasil no século XX. Sob esse aspecto, faz considerações acerca da educação básica proposta no projeto do Plano Nacional de Educação (PNE) e sobre a política de educação profissional do governo Dilma Rousseff, orientada pelo Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec). Questiona também os vínculos desses programas com as tendências enunciadas como desenvolvimentistas da atual política econômica brasileira. Conclui, por fim, que a disputa pela educação pública, incluindo-se a profissional, deve associar-se a disputas por projetos de desenvolvimento econômico e social, acirrando contradições que possam impulsionar a classe trabalhadora a um estágio de organização social mais elevado.

Em “Trabalho e educação profissional em saúde no Brasil”, Júlio César França Lima analisa a conformação da educação profissional em saúde no Brasil e as diversas iniciativas que, dos anos 1950 aos anos 2000, foram viabilizadas para qualificar os trabalhadores técnicos da saúde. O autor parte da compreensão de que o aumento da escolaridade desses trabalhadores não é determinado exclusivamente pelas mudanças do processo de trabalho em saúde, mas pelas mudanças nas relações sociais que acompanharam o processo de modernização conservadora no país, num primeiro momento, e que acompanham atualmente o processo pautado pelo neoliberalismo da Terceira Via, pela financeirização da economia e pela aceleração da difusão das tecnologias de informação e comunicação. São esses processos, considerados em sua totalidade, que exigem o domínio do saber científico para o conjunto da população e, especificamente, para os trabalhadores técnicos.


A análise do período 1950-1970 destaca a formação e a consolidação da burguesia de serviços de saúde no país, decorrente da expansão dos serviços privados de saúde por meio dos convênios-empresa, da contratação de hospitais privados e cooperativas médicas com apoio do Estado, mediante, inicialmente, recursos previdenciários e, posteriormente, por meio do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), criado para dar apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social do II Plano Nacional de Desenvolvimento Social (PND). Do ponto de vista da educação profissional em saúde, França Lima destaca a existência de dois movimentos contraditórios, resultantes de um mesmo processo, isto é, do próprio desenvolvimento capitalista no país ou das mudanças que então se operavam nas relações sociais, de um lado, exigindo o aumento da escolaridade de um número crescente de trabalhadores e da população e, de outro, incorporando uma massa de trabalhadores sem formação profissional em saúde como forma de baratear os custos dos serviços, fenômeno que está na base de criação do Projeto Larga Escala nos anos 1980.

A segunda questão que o autor demarca no texto é que a proposta do Larga Escala não é excludente da perspectiva de formação integrada ou politécnica que se define nesse mesmo período. Afirma isso com base na análise da proposta apresentada ao Ministério da Educação à época, que tenta criar uma alternativa pública estruturante da formação técnica por meio da criação de escolas técnicas de saúde no âmbito das três esferas de governo, como no interior dos Centros Federais de Educação Tecnológica (Cefets) – alguns atualmente chamados de Institutos Federais (IFs) – e das Escolas Técnicas Federais (EFTs), com isso apontando para a perspectiva de integração do ensino médio com a formação técnica.

A terceira e última questão analisada por Júlio César França Lima são as principais tendências que se esboçam para a educação profissional em saúde no século XXI, a saber: o aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos da saúde, sendo o ensino médio completo o patamar mínimo para o ingresso no mercado de trabalho setorial; e a abertura, ampliação e diversificação dos cursos de graduação tecnológica que atendem ao mesmo tempo aos interesses não apenas do capital instalado no setor, mas também aos do mercado educativo.

Produzidos em meio à retomada das ruas pelos trabalhadores, organizados ou não, afiliados ou não a discursos e bandeiras político-partidárias, os textos desta coletânea apresentam formas de interpretar os problemas que marcam as experiências e as relações de trabalho no Brasil hoje, inseridas nas questões que afetam a vida e que têm produzido demandas por direitos sociais, em especial por saúde e educação públicas de qualidade. Esperamos, com as ideias aqui compartilhadas, fortalecer a compreensão de que, em meio ao avanço da lógica mercantil nas relações sociais, é possível resistir e gerar projetos societários contra-hegemônicos.

Os organizadores



Introdução

Ialê Falleiros Braga, Muza Clara Chaves Velasques, Júlio César França Lima,
Márcia Valéria Cardoso Morosini e Renata Reis Cornélio Batistella

Neste livro, o trabalho é observado por pesquisadores de várias áreas – sociologia, história, serviço social, saúde coletiva, educação e ergologia –, à luz das determinações histórico-culturais do atual contexto mundial e nacional. Os diferentes autores que colaboram para esta construção apresentam um amplo panorama das (de)formações nas relações sociais com base nas novas características do trabalho nas décadas iniciais do século XXI – forjadas sob o capitalismo neoliberal –, avaliando seus impactos, presentes e futuros, na organização coletiva e na saúde dos trabalhadores.

No seminário que deu origem a este livro, pretendeu-se, tomando por base essas diversas e complementares abordagens, apresentar um quadro atual da temática do trabalho e do trabalho em saúde no Brasil contemporâneo. Os aspectos selecionados pela comissão organizadora para serem aprofundados nos textos e no debate têm como base epistemológica o materialismo histórico-dialético. Assim, demarcando o ponto de partida das discussões que se seguirão ao longo do livro, apresentamos uma breve síntese das reflexões de Karl Marx e Friedrich Engels sobre o conceito de trabalho e as lutas econômicas e políticas que ele engendra sob as relações sociais capitalistas, bem como das contribuições ao pensamento marxista renovadas por Antonio Gramsci e por E. P. Thompson, mediante suas discussões sobre “hegemonia” e “experiência” como elementos determinantes da luta pela emancipação das classes trabalhadoras, respectivamente. Este texto introdutório propõe, ainda, discutir as contribuições desse referencial teórico-metodológico para o pensamento social no campo da saúde e da educação profissional em saúde.

Marx, no livro I de *O Capital*, dedica-se a conceituar o trabalho baseando-se em sua função social e no valor que ele assume segundo essa função. Define o trabalho como um processo em que o ser humano, “com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza”, movimentando as forças naturais do seu próprio corpo, “a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana” (Marx, 2008: 218). Ao passo que modifica a natureza, o processo do trabalho modifica o próprio homem e, independentemente do modo de produção da existência, caracteriza-se a partir de três componentes: a atividade a ser executada, a matéria a ser trabalhada e o instrumental de trabalho.

A capacidade de trabalho ou força de trabalho está ligada às suas forças imaginativas e musculares, à sua capacidade de criar e ao seu potencial físico de pôr em prática o que anteviu, modificando, de modo que lhe seja útil, a forma dos elementos da natureza. Desse modo, é compreendida como “o conjunto das faculdades físicas e mentais existentes no corpo e na personalidade viva de um ser humano, as quais ele põe em ação toda vez que produz valores de uso de qualquer espécie” (Marx, 2008: 196). A força de trabalho é, assim, a capacidade posta em ação pelos homens, mediante os instrumentos ou meios de produção, a fim de criar valores de uso, apropriando “os elementos naturais às necessidades humanas, sem depender, portanto, de qualquer forma dessa vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais” (Marx, 2008: 218).

Com base na constatação de que “desde que os homens, não importa o modo, trabalhem uns para os outros, adquire o trabalho uma forma social” (Marx, 2008: 93), um dos elementos determinantes para a definição do valor do trabalho em qualquer forma social deve ser o tempo de trabalho socialmente necessário para produzir os meios de subsistência.

Sob as relações sociais capitalistas, a forma social do trabalho se complexifica, na medida em que o “consumo da força de trabalho por seu comprador corresponde à produção de mercadoria e de valor excedente, ou mais-valia” (Marx, 2008: 206). A força de trabalho pode, sob tais relações, ser compreendida como fonte de valor e como mercadoria, e o valor atribuído aos diferentes trabalhos não pode ser tomado de modo abstraído de sua condição de mercadoria. Nesse sentido, os diferentes trabalhos são, de um lado, “definidos de acordo com sua utilidade”, tendo de “satisfazer determinadas necessidades sociais e de firmar-se, assim, como parte componente do trabalho total, do sistema da divisão social do trabalho”, e, de outro, “só satisfazem as múltiplas necessidades de seus próprios produtores na medida em que cada espécie particular de trabalho privado útil pode ser trocada por qualquer outra espécie de trabalho privado com que se equipara”. Assim, uma visão de “igualdade completa de diferentes trabalhos só pode assentar numa abstração que põe de lado a desigualdade existente entre eles e os reduz ao seu humano abstrato” (Marx, 2008: 95).

Se o valor da força de trabalho não pode ser atribuído em abstrato, sua determinação é dada, segundo Marx, com base no que nomeia “elemento histórico e moral”. Para que os trabalhadores continuem trabalhando e aceitando as relações sociais capitalistas, é imprescindível que lhes sejam garantidos minimamente os meios de subsistência capazes de suprir suas necessidades básicas e garantir a renovação diária de sua capacidade de trabalho. Tais necessidades não são as mesmas nas diferentes experiências de trabalho em momentos distintos, como as formas criadas para supri-las são expressões das relações sociais culturalmente assentadas em cada localidade. As necessidades básicas (necessidades naturais de alimentação, roupa, habitação etc.) estariam então relacionadas ao meio físico encontrado nos diferentes países, assim como as necessidades imprescindíveis, e a forma como são satisfeitas, são produtos históricos que dependem de diversos fatores ligados diretamente não só ao grau de civilização de cada país, mas também, particularmente, às condições de formação da “classe dos trabalhadores livres, com seus hábitos e exigências peculiares” (Marx, 2008: 201). O valor da força de trabalho inclui, ainda, os filhos dos trabalhadores – seus futuros substitutos. Desse modo, os custos de aprendizagem e os cuidados com a saúde passariam a corresponder a parte dos valores despendidos para a produção dessa capacidade de trabalho.

Marx destaca duas características do processo de trabalho quando ocorre como processo de consumo da força de trabalho sob as relações capitalistas: trabalhando sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho, o trabalhador se submete às regras de aplicação adequada dos meios de produção; e o que ele produz é propriedade do capitalista, cabendo-lhe uma remuneração pelo trabalho. Nos termos de Marx (2008: 219), o “capitalista compra a força de trabalho e incorpora o trabalho, fermento vivo, aos elementos mortos constitutivos do produto, os quais também lhe pertencem”. Do ponto de vista do capitalista, “o processo de trabalho é apenas o consumo da mercadoria que comprou, a força de trabalho, que só pode consumir adicionando-lhe meios de produção”. Assim, sob tais relações sociais, o processo de trabalho “é um processo que ocorre entre coisas que o capitalista comprou, entre coisas que lhe pertencem” (Marx, 2008: 219).

Recuperando a história da luta dos trabalhadores pelo estabelecimento de uma jornada “normal” de trabalho entre a metade do século XIV o fim do século XVII, Marx afirma que, com o uso desmedido da força de trabalho pelos empregadores por meio da jornada estendida, tornou-se necessário para a própria produção capitalista manter as condições normais, morais e físicas, de atividade e desenvolvimento. O autor sugere a hipótese de que o “interesse do próprio capital parece indicar a conveniência da jornada normal de trabalho” (Marx, 2008: 307). Porém, reunindo farto material sobre a superpopulação de trabalhadores excedentes e o encurtamento de seu tempo de vida em pleno século XIX, conclui que o “estabelecimento de uma jornada normal de trabalho é o resultado de uma luta multissecular entre o capitalista e o trabalhador” (Marx, 2008: 312-313). A instituição de uma jornada menos extenuante de trabalho,

primeiro na Inglaterra, depois na França e nos demais países capitalistas europeus, resultou de “uma guerra civil de longa duração, mais ou menos oculta, entre a classe capitalista e a classe trabalhadora” (Marx, 2008: 342-343). Marx compreende que o trabalhador isolado, “o trabalhador como vendedor ‘livre’ de sua força de trabalho, sucumbe sem qualquer resistência a certo nível de desenvolvimento da produção capitalista” (Marx, 2008: 342). Em razão disso, desde o florescimento da indústria moderna, “para proteger-se contra a serpe de seus tormentos”, isto é, a exploração o capitalista do seu trabalho, os trabalhadores precisaram unir-se e lutar pela promulgação de leis que fossem capazes “de impedi-los definitivamente de venderem a si mesmos e à sua descendência ao capital, mediante livre acordo que os condenava à morte e à escravatura” (Marx, 2008: 346).

Engels (2010), em 1842, ao iniciar o estudo sobre a classe trabalhadora na Inglaterra, em meio aos ecos da greve geral que paralisara grande parte da sociedade inglesa, buscou apreender a chave para a transformação social mediante o estudo da história inglesa e a observação dos trabalhadores industriais de Manchester, com vistas a identificar as formas ali instaladas de organização do trabalho e dos trabalhadores do emergente mundo urbano-industrial. Percebeu, assim, o potencial da organização operária na luta pela emancipação da classe trabalhadora. Logo, não só a organização dos trabalhadores sob a orientação do cartismo foi alvo de suas análises, mas também o cotidiano dos proletários ingleses nas péssimas condições de trabalho e de existência. Destacou a exploração do trabalho feminino e infantil, as diferentes formas de adoecimento do trabalhador, as precárias condições sanitárias fabricadoras de doenças, que atingiam violentamente os pobres, e os deficientes mecanismos de instrução voltados para a educação da classe trabalhadora.

Engels realizou o que Marx já apontava como fundamental para a construção do processo emancipador da sociedade sob o jugo da exploração capitalista, ou seja, buscou aprofundar a compreensão da vida social. Não se debruçou unicamente no estudo do processo de industrialização inglês na sua dimensão econômica de mercado ou no desenvolvimento técnico, quando colocou a Revolução Industrial da Inglaterra como central para a compreensão da forma como a produção de mercadorias passou a ser controlada pelo capital, mas também lançou seu olhar sobre as condições em que se operam a produção da vida material e sobre as experiências de vida dos operários ingleses. Dessa forma, tomou como fundamento de compreensão da realidade a necessária apreensão da organização do trabalho nas suas múltiplas dimensões.

De acordo com Frigotto (2009), Marx, na sua construção teórica da essencialidade do trabalho, destacou-o como condição necessária para a vida humana. Dessa forma, além de responder, como atividade, à produção dos elementos fundamentais “à vida biológica dos seres humanos como seres ou animais evoluídos da natureza”, o trabalho está relacionado também à produção de todas as dimensões da vida do homem, devendo responder às “necessidades de sua vida intelectual, cultural,

social, estética, simbólica, lúdica e afetiva”, não se reduzindo à atividade laborativa do emprego (Frigotto, 2009: 399).

Na continuidade dessa reflexão, Marx ressalta a necessidade de o ser humano ter assegurada sua possibilidade concreta de desenvolver a criatividade para além da disciplina capitalista do trabalho. Sua preocupação tem como foco a permanência da *práxis* na vida social. Entender a possibilidade de o trabalhador construir uma postura crítico-protagonista, em contraposição a uma postura subordinada diante do presente, é perceber a disposição transformadora do existente. Ação e interpretação caminham juntas, aí se encontra a *práxis*. O trabalho em Marx seria a forma que a *práxis* assume necessariamente na sua origem. Como elucida Leandro Konder acerca da teoria desenvolvida por Marx nos *Manuscritos de 1844*, o trabalho, apesar de marcado pela mecânica da atividade cotidiana, não se deixa enquadrar de forma definitiva por ela. Nessa concepção complexa do trabalho, estão presentes “a dimensão social (...), a dependência da intervenção da consequência e as possibilidades que ela traz para um processo histórico de individualização dos homens” (Konder, 1992: 125).

Antonio Gramsci (2001a) considerava, na primeira metade do século XX, que o conceito de unidade entre teoria e prática ainda não havia alcançado um grau de aprofundamento adequado pelo pensamento marxista. O autor captava nesse pensamento a subsistência de “resíduos de mecanicismo, já que se fala da teoria como ‘complemento’ e ‘acessório’ da prática, da teoria como serva da prática” (2001a: 104-105). Gramsci interpretou essa leitura como característica de uma fase histórica “ainda econômico-corporativa, na qual se transforma quantitativamente o quadro geral da ‘estrutura’ e a qualidade-superestrutura adequada está em vias de surgir, mas não está ainda organicamente formada” (2001a: 104-105). Observando as sociedades capitalistas urbano-industriais da sua época, percebeu a ampliação da participação política e as novas formas de organização das classes sociais na sociedade civil e constatou que a permanência no poder de uma classe dependia cada vez mais de sua capacidade de obtenção do consentimento ativo das demais acerca de um determinado modo de ser e de viver, individual e coletivamente. A hegemonia foi definida, assim, como a dominação política, obtida e mantida por meio do controle das forças militares e de estrangimentos econômicos, mas também, e sobretudo, pelo convencimento do conjunto das classes acerca de um modo específico de pensar, sentir e agir, ou de um projeto de sociedade e de sociabilidade construído pela classe dominante.

Ao refletir sobre a *práxis*, o pensador italiano se reporta ao processo de desenvolvimento dos intelectuais – compreendidos como organizadores e dirigentes –, considerado “longo, difícil, cheio de contradições, de avanços e recuos, de debandadas e reagrupamentos” (Gramsci, 2001a: 104-105). À luz das novas determinações históricas, a formação política e intelectual da classe trabalhadora passa a ser estratégia central da sua emancipação.

Para Gramsci, a educação escolar é compreendida como estratégica na formação dos intelectuais da classe trabalhadora e da própria classe trabalhadora como intelectual coletivo. A escola unitária proposta por ele – de caráter científico-tecnológico, ou que não separa o ensino geral da formação para o trabalho – define-se por ser inteiramente custeada pelo Estado, organizada como escola em tempo integral; nela o estudo correspondente ao período representado pelos níveis fundamental e médio deve ser feito coletivamente (Gramsci, 2001b: 38). Essa proposta educacional apresenta como horizonte uma reforma intelectual e moral capaz de conduzir as crianças e os jovens para, desde cedo, pensar sobre si e sobre o mundo à sua volta autonomamente, conformados aos métodos e tecnologias mais atuais da sua época e conectados sentimentalmente ao seu povo, ou seja, tendo como centro de suas preocupações a emancipação da classe trabalhadora (Gramsci, 2001a).

Na segunda metade do século XX, E. P. Thompson deu renovada densidade à investigação materialista-dialética acerca da “experiência” da classe operária na Inglaterra dos primórdios da industrialização. O conceito de experiência criado pelo historiador se articula diretamente à sua concepção de classe. Se, para Thompson, a noção de classe não é uma abstração, sua construção só pode ser compreendida no interior de um processo histórico e como um fenômeno histórico que “unifica uma série de acontecimentos díspares e aparentemente desconectados, tanto na matéria-prima da experiência como na consciência”, algo que “ocorre efetivamente (e cuja ocorrência pode ser demonstrada) nas relações humanas” (Thompson, 1987a: 9).

Em uma dada relação de pessoas, em contextos específicos, a experiência aparece ligada ao movimento do “fazer-se” da classe trabalhadora na luta de classes. Segundo Thompson,

A classe acontece quando alguns homens, como resultado de experiências comuns (herdadas ou partilhadas), sentem e articulam a identidade de seus interesses entre si, e contra outros homens cujos interesses diferem (e geralmente se opõem) dos seus. *A experiência de classe* é determinada, em grande medida, pelas relações de produção em que os homens nasceram – ou entraram involuntariamente. *A consciência* de classe é a forma como essas experiências são tratadas em termos culturais: encarnadas em tradições, sistemas de valores, ideias e formas institucionais. Se a experiência aparece como determinada, o mesmo não ocorre com a consciência de classe. (1987a: 10, destaques nossos)

Ao elaborar essa leitura, construída conjuntamente com o trabalho empírico sobre as articulações e disputas de interesses, Thompson afasta a possibilidade do estabelecimento de um vínculo direto entre “avanço das forças produtivas” e “desenvolvimento da consciência de classe” – fórmula de explicação da passagem da “classe em si à classe para si”, que considera mecanicista. O papel de mediação entre o impacto das transformações das relações de produção e a formação de uma consciência de classe por parte dos trabalhadores seria desempenhado, segundo Thompson, justamente pela experiência de classe.

Nesse sentido, o conceito de experiência vai definir um novo tipo de análise em relação à classe social, consciência de classe e luta de classes, possibilitando uma visão da história que procura romper com teorias e modelos radicalmente fechados. Thompson (1987b) descarta interpretações que buscam uma relação causal direta entre as agitações populares e a dinâmica do crescimento econômico, dado que dessa maneira corre-se o risco de deixar escapar as continuidades nas tradições culturais e políticas na formação da classe operária, afirmando não ser possível “assumir qualquer correspondência direta entre a dinâmica do crescimento econômico e a dinâmica da vida social ou cultural” (Thompson, 1987b: 15).

A análise do historiador marxista propõe a superação da visão em que os operários são considerados “filhos primogênicos” da revolução industrial (Thompson, 1987b: 16). Para Thompson, a classe operária em formação e sua consciência sofreram as influências das organizações dos trabalhadores domésticos, não surgiram espontaneamente do sistema fabril, nem agentes externos a teriam moldado. “A classe operária formou a si própria tanto quanto foi formada” (Thompson, 1987b: 18). Um peso decisivo nesse processo seria todo o legado de tradições e valores arraigados.

Thompson critica, assim, a visão predominante de uma história econômica da Revolução Industrial, na qual a preocupação com as taxas de crescimento econômico se sobrepõe à análise da exploração sobre os homens e dos conflitos de classe. A Revolução Industrial é, nesta vertente de empirismo econômico claro, tida como um período de desenvolvimento, sendo desprezadas, ou relegadas a um plano secundário, as transformações impostas por esse processo nas relações sociais e culturais. Thompson destaca que as mudanças que ocorrem no ser social dão origem à *experiência* modificada. Essa experiência modificada é “determinante”, pois exerce pressões sobre a consciência social existente, propõe novas questões e proporciona grande parte do material sobre o qual se desenvolvem os exercícios intelectuais mais elaborados. A experiência constitui uma parte da matéria-prima que compõe os processos do discurso científico da demonstração, porém ela “não espera discretamente, fora de seus gabinetes, o momento em que o discurso da demonstração convocará sua presença”. Na realidade, a experiência “entra sem bater à porta e anuncia mortes, crises de subsistência, guerras de trincheira”, podendo fazer desmoronar “velhos sistemas conceituais” e “insistir em impor sua presença” (Thompson, 1981: 16-17).

Discutir a relação trabalho, educação e saúde com base nesse referencial teórico implica reconhecer que quanto mais complexa a análise, mais completa se torna a compreensão das questões que se apresentam para o trabalho em saúde e a formação de trabalhadores nessa área no mundo contemporâneo.

A análise crítica de base marxista está na origem de um movimento intelectual que, desde os anos 1970, vem organizando e desenvolvendo o campo da saúde coletiva no Brasil e na América Latina, e nos anos 1980 exerceu forte influência sobre o movimento da Reforma Sanitária brasileira. Entre os trabalhos que inauguram o pensamento

marxista em saúde no país estão os estudos de Donnangelo (1976), que analisa a medicina como prática social; Arouca (2003), que problematiza a noção de medicina preventiva; Nogueira (2007), que desenvolve a noção de organização social da prática médica; e Mendes Gonçalves (1979, 1994), que discute o trabalho médico, as práticas de saúde e o processo de trabalho em saúde. Na América Latina, podem-se citar os estudos de García (1989), Laurell (1978), Laurell e Marquez (1983) e Breilh (1991), entre outros.

De acordo com o pensamento marxista, a saúde deve ser compreendida como resultado das relações sociais que os homens estabelecem em sociedade e deles com a natureza no processo de produção de sua existência. Particularmente, deve ser encarada como produto das relações que os homens estabelecem com as formas de organização social da produção material que permitem ou não maior qualidade de vida, acesso a alimentação saudável, moradia, educação, trabalho, lazer e serviços de saúde, entre outros. Essa concepção de saúde define um processo em que a própria doença não pode mais ser pensada ou reduzida ao corpo biológico. Exige considerar assim o corpo socialmente investido, isto é, verificar como o corpo do homem se dispõe em sociedade antes de tudo como agente de trabalho pelo fato de o trabalho definir o sentido e o lugar dos indivíduos na sociedade.

Essa forma de entender a saúde está na base da perspectiva de reforma social, ou da necessidade de uma reforma que não fosse apenas setorial. Agrega-se a isso o destaque que daí em diante passa a ser dado à dimensão de historicidade das práticas de saúde, isto é, só podem ser compreendidas no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento do seu desenvolvimento.

Particularmente sobre a relação trabalho-saúde, é imprescindível pontuar as pesquisas de Laurell (1978, 1985) acerca da relação entre processo de trabalho e saúde no México e no conjunto da América Latina nos anos 1970. A autora identifica na região, naquele contexto, fortes iniciativas de pesquisa científica que partiam do ponto de vista dos trabalhadores, ou seja, que consideravam “os efeitos do trabalho sobre a saúde não só em termos do que se reconhece legalmente como enfermidade ocupacional” (Laurell, 1978: 66, tradução nossa), mas sobretudo à luz das determinações sociais das relações capitalistas que conformam o trabalho em um dado contexto histórico e territorial. A autora afirma:

Parece necessário sublinhar, mais uma vez, que a determinação social é tanto real no nível do centro de trabalho quanto no nível da sociedade. A incapacidade de entender esse fato situa o trabalhador da saúde ocupacional na esfera técnica da produção, situação que lhe causará sérios problemas para avançar. (Laurell, 1978: 66, tradução nossa)

Entre os elementos estudados por Laurell para caracterizar os padrões coletivos de consumo e reprodução das classes na sociedade capitalista, está “a situação da luta de classes, o grau de controle estatal-patronal sobre os trabalhadores e os avanços na organização reivindicativa e de classe” (1978: 66, tradução nossa). Observando

empiricamente o caso mexicano, afirma que, ao longo do século XX, as ações do Estado sobre a organização sindical se direcionaram para a legitimação do próprio Estado, em detrimento do acolhimento às reivindicações trabalhistas:

O controle que os sindicatos “pelegos” exercem sobre os trabalhadores mediante a sua estrutura particular, a corrupção, as ameaças, a violência e o apoio estatal limitou em muito as possibilidades, inclusive da luta reivindicatória mais essencial. Não obstante, houve tentativas organizadas constantes para romper o controle (...) [e] ainda quando a luta pela independência e democracia sindicais não tenha podido romper o controle do Estado, geralmente tem conquistado concessões importantes para seus agremiados. (Laurell, 1978: 74-75, tradução nossa)

Outro elemento desse estudo de base marxista se refere às formas de extração de mais-valia dos trabalhadores, com base no trabalho na agricultura e no contexto urbano-industrial. No primeiro contexto, a extração da mais-valia absoluta se apresenta sinteticamente sob a forma de “trabalho excessivo-consumo deficiente” ou “custo calórico alto, esforço físico duro e tempo insuficiente de descanso” e está relacionada com doenças infecciosas e nutricionais. O outro contexto, que passa a predominar na segunda metade do século XX na região, com o rápido avanço da grande indústria e a integração de parte considerável dos trabalhadores a uma situação de trabalho de alta produtividade e intensidade, caracteriza-se pelo aumento da extração da mais-valia relativa – forma de consumo da força de trabalho que se dá pelo incremento tecnológico e pela intensificação do ritmo de trabalho:

A introdução de uma tecnologia mais complexa implica, pelo menos até certo ponto, a exposição a maiores riscos químicos e de acidentes. O aumento, tanto na intensidade quanto na produtividade, provoca situações de stress e fadiga, causadoras de mudanças fisiológicas no corpo que originam predisposições patológicas a curto e a longo prazos. (Laurell, 1978: 65, tradução nossa)

Além dos acidentes, as enfermidades predominantes sob essa forma de exploração são as doenças cardíacas, as cirroses hepáticas e os tumores malignos. Laurell destaca, ainda, a relação entre as doenças cardiovasculares e o estresse produzido no processo de trabalho de alta produtividade-intensidade, que se tornou a “expressão mais clara dos resultados patológicos da transformação do processo de trabalho em termos capitalistas” (1978: 76, tradução nossa).

Em síntese, a autora advoga a compreensão das enfermidades do trabalho para além dos acidentes e das doenças ocupacionais, o que implica o questionamento do argumento técnico do processo de trabalho como único definidor dessas enfermidades, incorporando a ele as determinações sociais. Nesse sentido, estaria embutida na definição limitada de doenças ocupacionais uma concepção de classe sobre a doença e uma situação específica da luta de classes.

A organização dos trabalhadores se faz, portanto, essencial para a ampliação do próprio conhecimento sobre essas enfermidades, impondo respeito à legislação vigente e expondo mais claramente “o custo que os trabalhadores estão pagando em saúde e vida pela inovação do processo de trabalho que os determinantes sociais da produção capitalista – o lucro e a acumulação de capital – impõem” (Laurell, 1978: 84, tradução nossa).

No Brasil, a saúde do trabalhador, desde a segunda metade dos anos 1970, é campo de estudo e ação política, em tensão com a medicina ocupacional, até então predominante na abordagem das questões envolvendo saúde e trabalho, assim descrita por Mendes e Dias (1991: 347):

a saúde do trabalhador considera o trabalho, enquanto organizador da vida social, como o espaço de dominação e submissão do trabalhador pelo capital, mas, igualmente, de resistência, de constituição, e do fazer histórico. Nesta história os trabalhadores assumem o papel de atores, de sujeitos capazes de pensar e de se pensarem, produzindo uma experiência própria, no conjunto das representações da sociedade.

No âmbito das relações saúde x trabalho, os trabalhadores buscam o controle sobre as condições e os ambientes de trabalho, para torná-los mais “saudáveis”. É um processo lento, contraditório, desigual no conjunto da classe trabalhadora, dependente de sua inserção no processo produtivo e do contexto sociopolítico de uma determinada sociedade.

O movimento sanitário atuou em conjunto com o movimento sindical trabalhista para a criação, em 1978, da Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (Cisat), dirigida à realização de debates, seminários e encontros dentro dos locais de trabalho e fora deles, e que passou a se chamar, em 1981, Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (Diesat), com a função de subsidiar os sindicatos na discussão das questões relativas à saúde do trabalhador. A constituição do campo da saúde do trabalhador foi apoiada por técnicos ligados a universidades e institutos de pesquisa, à rede de serviços de saúde e às instituições públicas voltadas para a fiscalização do trabalho, sendo debatida na VIII Conferência Nacional de Saúde e inscrita no capítulo sobre a saúde da Constituição Federal de 1988 e na Lei Orgânica da Saúde.

A formação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde no Brasil também se inscreveu – da segunda metade dos anos 1970 até fins dos anos 1980 – no quadro geral de ampliação dos sentidos e das práticas de saúde voltadas para a classe trabalhadora por meio da Reforma Sanitária e da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). É nesse contexto que são criadas as escolas técnicas do SUS, com base na iniciativa pioneira do Projeto Larga Escala, que desde fins dos anos 1970 se voltou para a formação profissional de trabalhadores já inseridos nos serviços de saúde, segundo uma pedagogia crítica.

Nesse percurso, deu-se o encontro entre as ideias e proposições políticas de grupos envolvidos na luta pela educação pública, gratuita e de qualidade no processo constituinte e de representantes do pensamento materialista histórico atuantes na área de formação de técnicos para a área da saúde. Tal encontro, que possibilitou o desenvolvimento do conceito de politécnica, deu origem à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV), chamada até 1989 de Politécnico da Saúde Joaquim Venâncio. Como sintetiza Dermeval Saviani (2003), politécnica “diz respeito ao domínio dos fundamentos científicos das diferentes técnicas que caracterizam o processo de trabalho produtivo moderno”, relacionando-se “aos fundamentos das diferentes modalidades de trabalho”, com base em “determinados fundamentos, que devem ser garantidos pela formação politécnica”. O pressuposto é o de que, “dominando esses fundamentos (...), o trabalhador está em condições de desenvolver as diferentes modalidades de trabalho, com a compreensão do seu caráter, da sua essência”. Assim, não se trata de um trabalhador “adestrado para executar com perfeição determinada tarefa e que se encaixe no mercado de trabalho para desenvolver aquele tipo de habilidade”, mas de “propiciar-lhe um desenvolvimento (...) que abarca todos os ângulos da prática produtiva na medida em que ele domina aqueles princípios que estão na base da organização da produção moderna”. E, dado que a produção moderna se baseia na ciência, “há que dominar os princípios científicos sobre os quais se funda a organização do trabalho moderno” (Saviani, 2003: 140).

Atualmente, um dos grandes desafios tanto para os trabalhadores e suas formas associadas de organização e luta quanto para os gestores do trabalho e da educação em saúde é o modelo de gestão do trabalho segundo a lógica neoliberal. Trata-se principalmente da flexibilização das formas de vinculação dos trabalhadores nos serviços e da remuneração variada, pautada pela produtividade segundo metas de gestão, que gera o aprofundamento da precarização do trabalho pela instabilidade e variabilidade dos contratos firmados.

Tais condições representam tensões também no campo da educação profissional em saúde, pois uma das formas de precarização do trabalho ocorre pela incorporação de contingentes de trabalhadores não qualificados para o desempenho de funções estratégicas, principalmente na atenção básica e na vigilância em saúde. No que diz respeito à subjetividade, o trabalhador da saúde lida com pessoas muitas vezes em situações-limite que envolvem forte carga emocional – o risco de morte, o adoecimento, a perda de capacidades.

Os trabalhadores da EPSJV vêm buscando, ao longo dos últimos 25 anos, pensar e construir a formação técnica em saúde sob inspiração da politécnica, na interação crítica com essa realidade que se vem metamorfoseando para atualizar as contradições capitalistas de socialização do trabalho e apropriação privada dos seus frutos, e de socialização da participação política e apropriação privada ou grupista do poder (Coutinho, 2008).

Esse foi o espírito que moveu a realização do seminário “O trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde” e a construção deste livro, a ele vinculado. O objetivo é contribuir para aprofundar o debate acadêmico e fortalecer as experiências de luta dos trabalhadores, que se reinventam e movimentam permanentemente o processo hegemônico contra as renovadas estratégias capitalistas de constrangimento e limitação da capacidade de os homens se fazerem humanos por meio do trabalho.

REFERÊNCIAS

- AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Editora Unesp, Editora Fiocruz, 2003.
- BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. Trad. Luiz Roberto de Oliveira. São Paulo: Editora Unesp, Hucitec, 1991.
- COUTINHO, C. N. *Contra a Corrente: ensaios sobre democracia e socialismo*. São Paulo: Cortez, 2008.
- DONNANGELO, M. C. F. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- ENGELS, F. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Boitempo, 2010.
- FRIGOTTO, G. Trabalho. In: LIMA, J. C. F. & PEREIRA, I. B. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.
- GARCÍA, J. C. *Pensamento Social em Saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.
- GRAMSCI, A. Introdução ao estudo da filosofia. A filosofia de Benedetto Croce. In: GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. v. 1. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001a.
- GRAMSCI, A. Os intelectuais. O princípio educativo. Jornalismo. In: GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001b.
- KONDER, L. *O Futuro da Filosofia da Práxis: o pensamento de Marx no século XXI*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.
- LAURELL, A. C. Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, 17: 59-79, 1978.
- LAURELL, A. C. Saúde e trabalho: os enfoques teóricos. In: NUNES, E. D. (Org.). *As Ciências Sociais em Saúde na América Latina: tendências e perspectivas*. Brasília: Opas, 1985.
- LAURELL, A. C. & MARQUEZ, M. *El Desgaste Obrero en México*. México: Era, 1983.
- MARX, K. *O Capital*. 26. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2008. (L. 1: O processo de produção do capital)
- MENDES, R. & DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25(5): 341-349, 1991.
- MENDES GONÇALVES, R. B. *Medicina e História: raízes sociais do trabalho médico*, 1979. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

MENDES GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Abrasco, 1994.

NOGUEIRA, R. P. *Do Físico ao Médico Moderno: a formação social da prática médica*. São Paulo: Editora Unesp, 2007.

SAVIANI, D. O choque teórico da politecnicia. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1): 131-152, 2003.

THOMPSON, E. P. *A Miséria da Teoria: ou um planetário de erros*. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.

THOMPSON, E. P. *A Formação da Classe Operária Inglesa*. v. 1. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987a. (A Árvore da Liberdade)

THOMPSON, E. P. *A Formação da Classe Operária Inglesa*. v. 2. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987b. (A Maldade de Adão)

O Trabalho no Mundo Contemporâneo*

José Sérgio Leite Lopes

AS EXPLICAÇÕES GERAIS SOBRE AS TRANSFORMAÇÕES RECENTES DO CAPITALISMO EM RELAÇÃO AOS TRABALHADORES

As transformações do trabalho no contexto do capitalismo contemporâneo constituem tema muito discutido não só na bibliografia acadêmica e na mídia, mas também no interior do sindicalismo: parecem estar ligadas a algumas tendências e processos econômicos e sociais associados a termos como a globalização dos mercados e da produção, que se associam aos fenômenos da terceirização e precarização do trabalho. Isso tem a ver com processos como a difusão da tecnologia eletrônica nos lugares de trabalho (como a informática em geral, além de máquinas automatizadas e robôs controlados pela informática); a crescente integração e competição na economia mundial e o movimento cada vez maior da entrada de mulheres e minorias em todas as categorias de trabalho remunerado. Tais transformações ocorrem não somente na indústria, mas também nos serviços e na agricultura.

A crise de rentabilidade e de legitimidade da produção industrial que se manifesta desde os anos 1970 nos centros dominantes do capitalismo na Europa e nos Estados Unidos levou a tentativas de mudanças dos procedimentos de organização do trabalho

* Este capítulo baseia-se na experiência de pesquisa pessoal direta, assim como na de colegas, sobre o trabalho e a precarização das condições de trabalho; como essas condições se apresentam antes do período em que se passa a empregar o termo precarização; e como essa noção vai se impondo em momentos mais recentes.

industrial, nas quais prevaleceram o taylorismo e o fordismo. Formas de organização do trabalho elaboradas no Japão, como o controle total, os procedimentos chamados *just in time* (método de produção em que nada deve ser produzido, transportado ou comprado antes da hora tida como exata, reduzindo assim os estoques) e *lean production* (método para eliminação do desperdício na produção), foram adotadas em grandes empresas na Europa e nos Estados Unidos e se espalharam para o mundo industrial. Esse foi também o caso da chamada especialização flexível, baseada na experiência principalmente do desenvolvimento alemão no pós-guerra, caracterizada pela aplicação de novas tecnologias, fazendo mudar a qualidade da produção, e, ainda, do sistema conhecido como *human resources management*, utilizado em empresas dos Estados Unidos, tais como a Kodak e a IBM, que tratam do envolvimento dos trabalhadores nas decisões relacionadas com a produção (Araújo, 2001).

Esses procedimentos, alguns já mais generalizados em seus países de origem, outros mais prototípicos, espalharam-se em virtude do medo empresarial não somente da resistência dos trabalhadores aos processos produtivos tayloristas e fordistas, mas também da descrença das próprias chefias intermediárias na legitimidade da disciplina inerente a tais processos. O sinal de alarme teria sido ouvido mais fortemente entre 1968 e 1975, na Europa e nos Estados Unidos, e um pouco depois, nos anos 1980 e 1990, no Brasil, após as vigorosas manifestações de movimentos sociais e do sindicalismo no país desde os dois últimos anos da década de 1970. Os artigos e o livro *Working for Ford* (Trabalhando para a Ford) de Huw Beynon mostram bem a resistência dos *shop-stewards* (algo como delegados sindicais de base) na indústria inglesa dos anos 1970, que continuaram até a famosa repressão à greve dos mineiros de carvão nos anos 1980. Os trabalhos de Michel Pialoux e Stephane Béaud mostram isso para a França, também no interior da indústria automobilística. Uma vasta bibliografia também confirma isso no Brasil (Abramo, 1990; Abramo & Casassus, 1995; Castro & Leite, 1994; Bresciani, 1996).

Algumas interpretações mais gerais fornecem explicações esclarecedoras acerca desses múltiplos processos emaranhados, trabalhando a grande massa de estudos e materiais primários (desde estatísticas até discursos normativos dos próprios atores) produzida sobre o assunto, bem como a apropriação de uma perspectiva histórica para o desvendamento do presente. Destacaria aqui os esforços de autores como Robert Castel e Luc Boltanski.

Castel (1995) exercitou uma historicização dos distintos contextos do salário e do assalariamento em diferentes períodos do capitalismo, desde a marginalização e a estigmatização dos primeiros grupos minoritários emergentes de assalariados, até a construção de uma sociedade salarial no período posterior à Segunda Guerra Mundial, passando pelo fenômeno massivo da proletarianização na Revolução Industrial europeia no século XIX. Com a expressão “sociedade salarial”, Castel dá relevo à estabilização de uma população majoritária que conquistou garantias e direitos assegurados pelo Estado como resultado de lutas sociais anteriores. Essas lutas acaba-

riam moldando um “Estado social” responsável pela garantia de direitos previdenciários, aposentadoria, invalidez e proteção às diferentes classes de idade e de gênero em relação às inseguranças relativas ao trabalho. De característica distintiva dos pobres e estigmatizados, a forma de rendimento “salário” tornou-se, por meio de reivindicações, conflitos, negociações e transformação dos reclamos em políticas públicas e de Estado, em sinal de estabilidade, perspectiva de carreira e reconhecimento social. A forma salário passou a englobar – além dos pobres e trabalhadores estáveis, que por isso mesmo tenderiam a serem inseridos numa grande classe média – os gerentes e a estrutura de poder do Estado e das empresas privadas.

Contudo, as transformações no capitalismo decorrentes da queda na lucratividade das empresas durante as crises econômicas dos anos 1970 – atribuídas, entre outras coisas, à rebeldia dos trabalhadores e assalariados diante das condições de trabalho e do autoritarismo empresarial – passaram a ser guiadas pela renovação da crença nos mercados e nas concepções econômicas neoclássicas revigoradas. Às técnicas de organização do trabalho no nível microeconômico e microsossial, desenvolvidas para pressionar o autocontrole dos trabalhadores individuais mediante pequenos coletivos na produção, inclusive eliminando parte das chefias intermediárias, soma-se, na esfera macroeconômica e social, o ataque político ao Estado social com a preconização de um Estado mínimo. Com a eliminação de trabalhadores e quadros intermediários da produção, além de servidores do Estado, recria-se uma vulnerabilidade de massa que caracterizava o capitalismo em seus primórdios, antes da construção do Estado social, durante a maior parte do século XX. É essa nova vulnerabilidade de massa, termo cunhado por Castel (1995), a preocupação principal desse autor, com seus efeitos anômicos na sociabilidade e na constituição do que ele denomina individualismo negativo. Esse autor fornece, assim, instrumentos para o entendimento da precarização em massa de direitos anteriormente adquiridos e das condições de trabalho no capitalismo atual.

Castel e Boltanski, que foram no início das respectivas carreiras colaboradores de Bourdieu (os três são coautores do livro *Un Art Moyen*, sobre a fotografia, de 1965), coincidem, cada qual por seu lado, em investir no desvendamento do processo que presidiria às transformações recentes no capitalismo – o primeiro com *As Metamorfoses da Questão Social: uma crônica do salário*, de 1995 (a edição brasileira é de 1998); o segundo com *O Novo Espírito do Capitalismo*, de 1999 (a edição brasileira é de 2009), que escreveu com Chiapello. Bourdieu, que havia contribuído para o entendimento das transformações ocorridas desde os anos 1960 com sua análise sobre a presença estratégica da escola, bem como sobre as novas formas de dominação baseadas nas disputas do capital cultural, apresentou um panorama do sofrimento social decorrente da ofensiva neoliberal globalizada, visto pela sistematização de uma pluralidade de pontos de vista dos sofredores, no seu *best-seller* (apesar de ser um livro de mais de seiscentas páginas) *A Miséria do Mundo*, de 1993 (publicado no Brasil em 2011), que marcou o início de sua presença como intelectual público na sua última década de vida.

Boltanski, por sua vez, em seu livro com Chiapello (Boltanski & Chiapello, 2009), apresenta uma explicação para as transformações capitalistas contemporâneas, recuperando e levando adiante a noção de espírito do capitalismo de Max Weber. Tal noção, forjada por Weber com referência ao período originário do capitalismo, traria para os agentes, na interpretação de Boltanski, justificativas quanto ao bem comum produzido pelo resultado geral das práticas introduzidas pelo novo sistema. Bem comum justificado pela liberdade de iniciativa de grupos emergentes diante de formas de dominação personalizadas e baseadas em hierarquias nobiliárquicas. Se isso foi tocado por algo como a ética protestante (baseada na ética calvinista) que, por vias mediatas, alimentaria o espírito necessário ao funcionamento das práticas capitalistas quando as empresas são constituídas por empresários individuais e controladas e transmitidas com base nas suas famílias, outra configuração ética se constitui quando o capitalismo do século XX passa a ser controlado por grandes empresas burocráticas dominadas por gerentes e por uma reprodução que se alimentaria da competência técnica transmitida pela formação escolar. O capitalismo das grandes corporações, lastreado pelas técnicas tayloristas e fordistas de organização da produção, disciplinando grandes massas de assalariados, daria lugar a outras justificativas baseadas no acesso ao consumo de massa e à racionalidade técnica impessoal nas empresas, mas também a mecanismos de negociação com as classes trabalhadoras organizadas.

O direito social que se consolida correlativamente a essa segunda fase do capitalismo erige, a partir do pós-guerra de 1945, o que seria o Estado social da sociedade salarial posto em evidência por Castel (1995). As transformações ocorridas no sistema capitalista desde as crises dos anos 1970 e consolidadas com a derrocada do sistema de socialismo real na Europa oriental no início dos anos 1990, tornando o capitalismo efetivamente global, estariam constituindo um terceiro novo espírito do capitalismo ainda indeterminado e em formação. Boltanski mostra como elementos da crítica a aspectos opressores do capitalismo – formada entre os anos 1960 e 1970 – sofrem posteriormente um processo de apropriação pelo próprio sistema de dominação, que se autorreforma, mudando as regras do jogo e erigindo um novo período continuado de dominação renovada. A análise de Boltanski (como de resto a de Castel) é baseada na história específica da França, mas fornece indicações gerais a serem confrontadas com a experiência de outros países.

Ele distingue a “crítica social”, voltada para a melhor distribuição de renda e para a justiça social, da “crítica artística”, que se posiciona contra as disciplinas e por uma maior autonomia individual e de coletivos, ambas eclodindo em torno do ano emblemático de 1968. Na sua análise, entre 1969 e 1975 o governo francês respondeu à crítica social com medidas de distribuição de renda e concessões aos sindicatos de trabalhadores. No entanto, a partir de 1975, como na sua visão a rebeldia dos trabalhadores não amainava com as concessões, passou a privilegiar elementos da crítica artística no que tange ao que seriam reclamos por uma maior autonomia individual no trabalho, deixando para trás as concessões à crítica social. Tais medidas

viriam ao encontro do que se passava também no mundo das grandes empresas, com a disseminação de novas formas de organização do trabalho que fugiam ao padrão taylorista-fordista anterior, bem como nas facções políticas que se fortaleceram nos governos Thatcher e Reagan. O próprio contraponto a tais tendências nos governos socialistas da era Mitterrand não foi suficiente para deter as práticas neoliberais que se disseminavam nas empresas e nos procedimentos de gestão pública em nível mundial.

Na explicação de Boltanski e Chiapello (2009) sobre as transformações recentes do capitalismo, têm importância as noções de capitalismo, espírito do capitalismo e crítica. Pode-se resumir, com formulações do autor, a dinâmica dessas transformações: o capitalismo precisa de um espírito para engajar as pessoas necessárias à produção e à marcha dos negócios; o espírito do capitalismo, para ser mobilizador, precisa incorporar uma dimensão moral; o capitalismo tende perpetuamente a se transformar; o principal operador de criação e transformação do espírito do capitalismo é a crítica (*voice*); em certas condições, a própria crítica pode ser um dos fatores de mudança do capitalismo (e não só de seu espírito); e a crítica obtém energia em fontes de indignação. Como resultado, o capitalismo se reorganiza pela prevalência de uma maior divisão social do trabalho, pela externalização de processos produtivos e serviços da parte de empresas anteriormente integradas. O autor denomina essa prevalência de “cidade por projetos” (*cité par projets*), em que aparecem as características que ele denomina como “conexionismo” e a correlativa necessidade de novos mediadores ou intermediários.

Mais recentemente, Boltanski deu novas indicações das transformações que havia tratado no livro *O Novo Espírito do Capitalismo*. Em *Rendre la Réalité Inacceptable* (2008), Boltanski assinala que as práticas empresariais dos anos 1980 tinham como objetivo acomodar as demandas mais digeríveis entre as evidenciadas nos movimentos sociais de 1968 e iam na direção da valorização da iniciativa individual dos trabalhadores e do fomento de formas de autonomia. Mas, nas décadas seguintes, logo se percebeu que tais práticas eram destinadas a substituir o enquadramento de chefias imediatas por um autocontrole menos custoso. Isso, porém, tornou-se obsoleto em seguida, pela invenção e operacionalização de controles informáticos a distância, o que fez voltar uma versão sofisticada de taylorismo (2008: 160). Entretanto, parece haver um recuo na edificação do que seria um novo espírito do capitalismo: erige-se uma tendência a evitar as concepções gerais que podem estimular o debate público e prefere-se a prática de microaperfeiçoamentos nas empresas e de procedimentos normativos pontuais na administração pública, baseados numa *expertise* que torna opacas as possibilidades de resistência crítica. Nesse sentido, o novo espírito do capitalismo continuaria indeterminado.

Os estudos sobre os efeitos das transformações da produção capitalista sobre a saúde dos trabalhadores têm revelado novas doenças profissionais mesmo no contexto supostamente mais limpo dos ambientes fabris das grandes empresas. Desde os clássicos trabalhos de Christophe Dejours (1998) até a pesquisa de Diana Antonaz (2001) sobre o sofrimento e a epidemia da dor entre as telefonistas da companhia

telefônica do Rio de Janeiro em vias de privatização ou a sua compreensão da leucopenia entre os operários da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN) (Leite Lopes *et al.*, 2004), observam-se os efeitos das transformações capitalistas no sentido da intensificação da pressão da produtividade sobre os corpos dos trabalhadores.

UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA DAS TRANSFORMAÇÕES DO CAPITALISMO SOBRE OS TRABALHADORES BRASILEIROS

Desde os anos 1930, os trabalhadores urbanos (incluindo os trabalhadores industriais pertencentes a empresas em meio rural) começaram a constituir uma cultura do trabalho envolvida não só com a inculcação proveniente de uma forte disciplina do trabalho – relacionada a uma dominação patronal autoritária e paternalista cuja matriz é a unidade econômica e social da agricultura de exportação, que difundiu tal estilo de autoridade às próprias fábricas –, mas também com a possibilidade de operar com direitos sociais e trabalhistas. Os sindicatos e associações de trabalhadores das duas primeiras décadas do século XX contribuíram para a formação inicial de uma ética do trabalho numa sociedade recém-egressa de relações escravistas. Embora tolhendo alguns dos sindicatos mais combativos de trabalhadores, a nova legislação dos anos 1930 e 1940, promovendo desde o Estado a associatividade sindical, efetivou direitos (e sancionou consequentemente descumprimentos patronais a esses direitos), trazendo trabalhadores antes inalcançáveis para o sindicalismo de dentro mesmo das empresas mais resistentes à associatividade de seus subordinados.

Ao término da ditadura do Estado Novo (1937-1945) e com o fim do governo do general Dutra (1946-1950) – um desdobramento renovado da ditadura no que concerne aos sindicatos de trabalhadores, com milhares de intervenções do Ministério do Trabalho nas associações de trabalhadores –, os trabalhadores urbanos puderam apropriar-se das associações sindicais e colocar em prática assim, até março de 1964 (quando se inicia um novo período ditatorial), a difusão da importância dos seus direitos. Essa dinâmica dos direitos é tanto maior quanto aumenta o declínio das formas de dominação paternalistas durante os anos 1950 e 1960. Por sua vez, no recente regime militar, os aspectos do controle governamental sobre os sindicatos incluídos na legislação corporativista instituída no fim dos anos 1930 foram usados para limitar a associatividade dos trabalhadores.

Por mais que a extensão da cidadania no Brasil tenha sido uma “cidadania regulada” (Santos, 1979), inspirada por uma origem e uma dinâmica corporativistas, ela criou certa sociedade salarial no Brasil. Também criou profissões e carreiras, no serviço público, nas grandes empresas e em diferentes estabelecimentos, englobando desde assalariados de classe média a trabalhadores manuais. Além disso, instituiu uma estrutura de justiça do trabalho e um sistema previdenciário. No pós-guerra, as empresas estatais corporificaram esse modelo de carreira e de direitos.

A experiência das gerações de trabalhadores manuais incorporadas ao mercado de trabalho no pós-1945 que vem até as gerações atuais, em atividade, está vinculada

a essa implantação dos direitos sociais. Aquelas gerações foram as primeiras a experimentar a aposentadoria por tempo de serviço, e as gerações atuais continuam a almejá-la. Seu projeto de vida está marcado por essa possibilidade, e para conseguir vale o esforço de trabalho durante toda uma vida, com uma entrada precoce para o trabalho assalariado por volta dos 14 anos de idade. Embora sempre com um nível salarial muito baixo, próximo do salário mínimo ou regulado de fato por ele, a maioria dos trabalhadores manuais regularmente empregados, no entanto, sobrevivia frequentemente tanto com os recursos marginais ao emprego (como a agricultura de quintal, biscates ou pequeno comércio) e a proteção instável do paternalismo industrial ou de empresa quanto com uma proteção de direitos sociais.

Os trabalhadores são assim integrados à sociedade, a um projeto universalista de expansão de direitos, mesmo que isso não se concretize no nível das empresas (as quais relutam historicamente em cumprir direitos). Há assim, quando da implantação da legislação trabalhista, a formação correlativa, por um lado, de uma força de trabalho principal e com direitos, e, por outro, de uma força de trabalho secundária e clandestina, sem carteira assinada, prefigurando desde os anos 1930 expedientes administrativos próximos daquilo que o vocabulário de hoje designa como uma terceirização que precariza a força de trabalho.

Com a implantação do modelo industrial fordista em São Paulo desde meados dos anos 1950 pela indústria automobilística e a rede de indústrias que a viabilizam, há um recrutamento e uma atração de trabalhadores de origem rural de São Paulo, Minas e de estados nordestinos, constituindo-se de fato um mercado de trabalho nacional. Essa industrialização mais intensa, que se iniciara com a siderúrgica de Volta Redonda e a Fábrica Nacional de Motores (FNM), duas estatais localizadas no Rio de Janeiro no fim dos anos 1940, completa-se com a implantação dos estaleiros navais no mesmo estado nos anos 1950 e com a indústria siderúrgica mineira. Também a construção e o funcionamento de Brasília nos anos 1950 e 1960 atrai mão de obra de diferentes tipos. Nos anos 1960, 1970 e 1980, em pleno regime militar, muitas empresas estatais se formam, ampliando o contingente de assalariados, manuais e não manuais, dessas empresas que corporificam no Brasil o modelo mesmo da sociedade salarial europeia.

Embora a dinâmica da luta pela extensão de direitos fosse dificultada com o regime militar, com períodos de forte crescimento seguidos de recessões e sempre com um aumento no nível de exploração da força de trabalho tanto nas áreas urbanas quanto nas rurais, a perspectiva de generalização dos direitos persiste. A promulgação do Estatuto do Trabalhador Rural em 1963 e a implantação de uma estrutura de justiça do trabalho, de previdência e de sindicalização no campo, apesar de todas as repressões permitidas pelo regime de exceção, mantinham aberto o horizonte de extensão de direitos para os trabalhadores rurais, fazendo-os também lutar por uma reforma agrária, dada a péssima distribuição da propriedade da terra no Brasil.

Houve, assim, desde as primeiras décadas do século XX, a criação de uma “sociedade salarial” brasileira, incluindo uma cultura do trabalho formada tanto

pela disciplina do trabalho em fábricas-vilas operárias e empresas paternalistas quanto por uma cultura operária dos direitos. Essa cultura do trabalho está referida majoritariamente a uma força de trabalho de baixa remuneração e de formação escolar precária (com uma qualificação adquirida no próprio processo de trabalho).

No fim dos anos 1970, um vigoroso movimento social de trabalhadores se forma no contexto da luta pela volta à democracia contra um regime militar crescentemente deslegitimado. Esse movimento teve diversos pontos de concentração no país, embora fosse discretamente generalizado. Um dos pontos principais de aglutinação do movimento foi a periferia industrial de São Paulo, que concentrava o setor industrial dinâmico. Foi nela que, do interior do sindicalismo até então limitado pelos controles estatais, surgiu um forte movimento universalista, ancorado numa cultura do trabalho e dos direitos. Dali surgiram as primeiras greves que, entre 1978 e 1980, desafiaram o regime autoritário. Também do interior da zona canavieira de Pernambuco surgiram as primeiras greves de trabalhadores rurais em 1979, culminando um processo de organização sindical no campo que se havia formado durante os anos 1970. Movimentos associativos se constituíram em seguida durante toda a década de 1980, envolvendo diferentes tipos de trabalhadores, moradores, movimentos de atingidos pelos efeitos negativos de grandes projetos (como as barragens hidrelétricas), movimentos pela reforma agrária. A amplitude, a diversidade e as emoções destacadas por esse conjunto de movimentos sociais puseram o país em evidência no exterior por seu dinamismo de lutas e esperanças – em contraste com o pouco entusiasmo objetivo e a morosidade das suas elites dominantes em começar a resgatar a imensa dívida social acumulada.

Nos últimos anos houve grandes transformações no padrão de organização do trabalho e de gerência no plano internacional. Essas transformações, que têm afetado diferentes países do mundo desenvolvido, chegam aos países periféricos e a países como o Brasil a partir dos anos 1990 – anteriormente *protegido* pela instabilidade inflacionária, por políticas industriais que beneficiavam a produção local, por movimentos sociais fortes iniciados na luta contra o autoritarismo do regime militar. As consequências sociais dessas transformações modernas nos diferentes países em que elas têm ocorrido trazem de volta, paradoxalmente, formas de vulnerabilidade de massa semelhantes às que caracterizaram as populações de trabalhadores antes da instituição da previdência social. As políticas de inspiração neoliberal fazem aumentar a experiência de insegurança decorrente das ameaças e das efetivações de demissões nos setores mais formais e estáveis do mercado de trabalho. Elas fazem aumentar também as expectativas de insegurança nas gerações mais jovens, que sabem que não encontrarão as mesmas oportunidades de trabalho que as gerações precedentes. Ao contrário da vulnerabilidade do período anterior à institucionalização das leis sociais, a vulnerabilidade atual – no que concerne à população que passou por um emprego “com carteira assinada” – se dá *depois* da experiência de proteção, o que torna maior o sentimento de perda e de sofrimento. A perda de direitos adquiridos leva a lutas

de resistência por vezes desacreditadas e desesperançadas. Mas foram lutas de resistência desse tipo que fizeram os artesãos ingleses expropriados pelo avanço da assim chamada Primeira Revolução Industrial no século XIX inventar e legar para as gerações seguintes uma cultura do trabalho e de solidariedade democrática que contribuiu para a própria construção da identidade de uma classe operária inglesa, a primeira surgida.

Para essa crescente desigualdade social, sem dúvida contribuiu o fato de terem sido desestimuladas ou destruídas as tentativas de reforma social, de reforma agrária, urbana e de universalização efetiva do ensino público, desde os anos 1960. Primeiramente, com a ditadura militar e suas políticas de modernização com concentração de renda, com períodos de mais emprego, mas com repressão da associatividade. Depois, no pós-1985, com os sucessivos pactos de perpetuação da mesma elite política, e com o adiamento de reformas sociais urgentes. E, finalmente, com as tentativas de aplicação de políticas neoliberais que exacerbavam as tendências de exclusão social.

No fim dos anos 1970 e toda a década de 1980, como foi assinalado, surgiu um notável movimento popular em todo o país, notável inclusive em termos comparativos internacionais nesse período. O impulso desse movimento perdurou nos anos 1990, apesar das sucessivas perdas em termos de desemprego ou de precarização das condições de trabalho e de vida das classes populares. O movimento, surgido das batalhas contra a opressão política e econômica, cada vez mais procurou articular as lutas dos trabalhadores assalariados estáveis ameaçados com as lutas dos trabalhadores rurais e com a luta pela sobrevivência dos excluídos urbanos. A Ação da Cidadania contra a Fome, a Miséria e Pela Vida dos últimos anos é uma ilustração desse esforço de articulação, assim como as suas indicações de desdobramento na questão do uso e propriedade da terra e na questão fundamental de uma economia voltada para o emprego dos seres humanos. Muitas pequenas iniciativas espalharam-se pelo país, nos mais diversos domínios de atividade.

Algumas iniciativas fracassaram, mas outras continuam e se tornaram eficazes, como se pode depreender da análise do “princípio de conservação e de mutação da energia social” elaborada por Albert Hirschman, a propósito da observação de experiências de ações comunitárias financiadas pela Interamerican Foundation na América Latina. Nas ações bem-sucedidas, era relevante a presença de indivíduos com experiência anterior de ação coletiva, muitas vezes de militância política sem êxito, experiência que os levava a reajustar suas expectativas sobre a ação transformadora buscando uma eficácia mais imediata para seus atos. Ações como as dos trabalhadores rurais sem terra, com um contingente de perto de quatro milhões de pessoas acampadas em estradas e em terras ocupadas, esperando pelo acesso à terra, sinalizam para a oportunidade histórica que tem o Brasil atual de ter uma população de trabalhadores destituídos do acesso à terra e desejosos de fazê-lo – contrariando a tendência internacional de evasão da terra e superpovoamento das grandes cidades.

Isso representa, como advertiu Celso Furtado (*apud* Stédile, 1997) nos últimos anos de sua vida, uma oportunidade excepcional de criação de empregos, uma *vantagem comparativa* estratégica para o Brasil numa economia internacional deficiente na propiciação de atividades produtivas consideradas dignas para grandes parcelas da população trabalhadora. Iniciativas de negociação e acordo entre diferentes grupos sociais, com interesses diversos mas convergentes, são outros eventos que apontam para soluções futuras, como as câmaras setoriais da indústria automobilística de anos atrás, que reuniram empresários, trabalhadores e governo, ou ainda os conselhos locais de saúde, de orçamento, de urbanismo ou de meio ambiente, que são laboratórios de uma gestão participativa eficaz e humana.

Isso foi magnificado a partir dos dois governos Lula, com a promoção de conferências que agrupavam movimentos sociais e segmentos da sociedade civil em torno de temas de políticas públicas estratégicas. Também foram estimulados a formação ou o fortalecimento de conselhos em diferentes ministérios e instâncias de governo, envolvendo movimentos e parcelas da sociedade civil. As políticas sociais de transferência de renda fizeram diminuir a miséria e o exército de reserva de trabalhadores potenciais que minavam as possibilidades de melhoria dos trabalhadores como um todo. A política de aumento do salário mínimo, assim como a orientação de não repressão ao sindicalismo e associações de trabalhadores provenientes da mão esquerda do Estado alojado no governo federal propiciaram condições para que os de baixo da escala social tivessem resultados positivos nas convenções coletivas e reajustes salariais. A taxa de desemprego diminuiu, aumentou a proporção de trabalhadores formais com carteira assinada, cresceu o poder de consumo dos trabalhadores com efeitos favoráveis ao mercado interno.

No entanto, no interior das grandes empresas bem como nos setores que representam a mão direita do Estado avançam as transformações capitalistas no sentido de uma racionalidade de diminuição de custos que trazem prejuízos aos trabalhadores e fazem aumentar os custos sociais.

CONSIDERAÇÕES SOBRE A NOÇÃO DE PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO

O surgimento da noção de precarização parece estar associado às modificações na organização da produção no período pós-fordista, dos anos 1980 em diante, no intuito de diminuir custos e subtrair direitos da força de trabalho. O termo estaria também correlacionado às novas práticas de terceirização: concessão a outras firmas de atividades supostamente não essenciais à finalidade da empresa, com diminuição de direitos dos trabalhadores, frequentemente mediante contratos temporários de mão de obra. A noção faz sentido também no contexto de um ataque à sociedade salarial e ao Estado social (como descrito na conhecida análise de Robert Castel) que foi construído ao longo do século XX nos países centrais da Europa e em alguns outros espalhados pelo mundo.

No entanto, a precarização do trabalho parece ser uma dimensão permanente do trabalho sob o capitalismo. No caso do Brasil, que parte de uma história de quatro séculos de escravidão, a precarização do trabalho é uma característica constitutiva de sua formação social. As repercussões dessa história têm sido estudadas e ainda estão por ser aprofundadas analiticamente. As formas de dominação personalizadas prevaletentes na agricultura brasileira – setor que concentra a maioria da população brasileira até os anos 1960 – têm importância na forma que assume o processo de proletarianização e formação de um operariado no Brasil.

Nos grandes estabelecimentos agrícolas ocorreram, no início do século XX, as transformações pós-escravistas que reproduziram, de maneira diferente, formas de subordinação que muitas vezes tinham continuidade direta com o período da escravidão, como a instituição da *morada* no Nordeste, onde prevalecia a agricultura da cana-de-açúcar, ou do *colonato* no Sudeste, em torno da cultura do café, subordinando seja as populações (negras) saídas da escravidão, seja os descendentes (brancos ou mestiços) dos “ex-homens livres da sociedade escravocrata” rural, seja ainda a população de imigrantes trazidos da Europa e do Japão, que se concentrou em São Paulo. De fato, aquelas relações estavam impregnadas de uma dominação social forte dos grandes proprietários rurais sobre o restante da população rural, abrangendo não só aquilo que na cidade se poderia designar como “relações de trabalho” no sentido estrito, mas também a moradia, as atividades familiares, éticas, religiosas, culturais e políticas dos trabalhadores rurais (Palmeira, 1971; Sigaud, 1978). Pensá-las simplesmente como “relações de trabalho” seria reduzir um conjunto de relações a um só de seus elementos (Garcia Júnior, 1987).

Antes da introdução da regulação do trabalho no campo, as grandes propriedades rurais guardavam relações sociais que se constituíram desde o fim da escravidão (ou que se iniciaram antes do fim daquele regime jurídico), sob a base de uma grande concentração do espaço físico nas mãos de poucas famílias de grandes proprietários. Aqueles que produziam as riquezas geradas nessas propriedades estavam sob a dependência pessoal do patrão. A própria maneira socialmente aceita de recrutamento para as *plantations*, por meio do *pedido de morada*, ressaltava esse aspecto da dívida prévia e da dependência personalizada. O seu trabalho era, por exemplo, sistematicamente pago a um valor inferior ao dos trabalhadores não residentes pelas mesmas tarefas; ele devia trabalhar para o patrão um determinado número de dias por semana e ficava à disposição, a qualquer hora do dia ou da noite, para prestar serviço. Essa relação implicava uma dívida material e simbólica do trabalhador (*morador, colono, agregado*) em relação ao patrão, indeterminada e impossível de ser restituída. No entanto, apesar da generosidade estruturalmente constitutiva da relação de dominação, ela não excluía o uso da violência física direta por parte dos proprietários, da qual são materializações mais eloquentes a presença e a difusão de vigias, capangas e milícias privadas por todo o território nacional até recentemente na história brasileira.

Os trabalhadores das fábricas e estabelecimentos urbanos em geral passaram a ser regidos por uma série de leis sociais desde os anos 1930, sistematizadas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) em 1943. Somente vinte anos depois, em 1963, com o Estatuto do Trabalhador Rural, é que essas leis começaram a ser estendidas aos trabalhadores rurais. O lapso de tempo entre essas duas datas expressa a importante dimensão da precariedade do ritmo de difusão da cidadania no Brasil, fruto da desigualdade com que as características da cidadania são atribuídas a partes importantes dos trabalhadores, em particular aqueles submetidos à dominação dos grandes proprietários rurais ou agroindustriais.

Na parte industrial das usinas de açúcar, algo que prefigura a futura noção de precarização do trabalho aparece sob a roupagem das características agrícolas e sazonais da própria produção, o que contribui para naturalizar tais condições de trabalho aos olhos dos agentes. Há uma divisão entre trabalhadores fixos e trabalhadores temporários, que trabalham somente nos períodos de safra. Estes últimos têm contratos de safra e não necessariamente são recrutados na safra seguinte. São os *serventes*, operários sem especialização, que trabalham em tarefas auxiliares. Eles podem ter um recrutamento local, em grande parte de jovens solteiros, como podem ser originários de áreas mais distantes do estado ou de estados vizinhos, de áreas de pequena agricultura, para as quais voltam no período de entressafra.

O que tem acontecido desde os anos 1990, à semelhança do que ocorre na parte agrícola da *plantation* açucareira, é o fato de o trajeto geográfico dos trabalhadores temporários ter aumentado, com deslocamentos para estados mais distantes. No que concerne aos trabalhadores fixos, que trabalham ano a ano, as usinas já praticavam, desde os anos 1970, aquilo que depois as empresas institucionalizaram como “banco de horas”, e que era motivo de reclamações dos operários. Como os trabalhadores da seção de produção trabalham turnos de 12 horas por dia durante a safra, incorporando sempre um terço de horas extras por jornada de trabalho, tais horas extras são anuladas quando há interrupções na produção (chuvas e chegada insuficiente de canas etc.) e os operários ficam parados algumas horas. O drama dos operários da produção é a alternância entre as longas jornadas de trabalho na safra, mas que propiciam um salário maior, e as jornadas mais curtas na entressafra, quando se tornam ajudantes dos operários de manutenção durante o *apontamento*, a reconstrução da usina que se dá então sob a égide das empreitadas dos *artistas* da manutenção. Nesse período seu salário diminui, o que os faz naturalizar as longas jornadas da safra como mal menor diante da entressafra, conformando-se com um fetichismo do salário-hora (Leite Lopes, 2011).

Fazendo uma comparação da situação nas usinas açucareiras com o que se passou recentemente nas indústrias de papel, o processo químico de corrosão dos equipamentos das usinas de açúcar pode ser sanado no período da entressafra da cana, e a realização do *apontamento*, período de conserto geral da maquinaria, acaba sendo agendado nessa ocasião, o que coincide em todas as usinas da região.

Isso e a ocorrência frequente de imprevistos na produção levam à persistência da permanência dos operários de manutenção na usina o ano todo, trabalhando e residindo perto das usinas. No caso das indústrias de papel, a independência da safra dos plantios de eucalipto, que se consegue produzir de forma permanente em diferentes terras, levou à terceirização dos operários de manutenção, que antes eram permanentes nessas fábricas. O período do *apontamento* passou a ser programado de forma coletiva por diferentes fábricas, possibilitando que uma mesma equipe móvel fizesse o trabalho em diferentes unidades produtivas de forma sucessiva. Para isso contribuiu a ideologia gerencialista de diminuição de custos, de reengenharia (que não deixa de eliminar os pequenos gerentes, supervisores e engenheiros) e de terceirização de atividades: houve demissão de muitos dos supervisores da manutenção, que foram incentivados a formar empresas-satélites da fábrica papelreira a fim de organizarem sua manutenção. Os operários de manutenção também foram demitidos, indenizados e conduzidos a trabalhar com seus antigos supervisores sob novos contratos, tornando-se *peões de trecho*, uma analogia com os trabalhadores construtores de obras públicas ou de barragens, que se tornam trabalhadores móveis, permanentemente distanciados de casa. Embora possam eventualmente ter rendimentos elevados em sucessivas empreitadas, a intensificação do trabalho e a eliminação de direitos sociais anteriores trazem prejuízos aos trabalhadores desse setor (Parreiras, 2008).

Contudo, é na parte agrícola da *plantation* que algo como uma precarização permanente do trabalho é mais presente. As lutas sociais anteriores a 1964, ano do golpe militar no Brasil, acabaram levando os proprietários de terra a intensificar a expulsão de seus *moradores*, diante da possibilidade de eles obterem direitos sociais, e a estabelecer, no período posterior ao golpe de 1964, o recrutamento por meio de empreiteiros de trabalhadores já expulsos das propriedades, delegando a esses intermediários a responsabilidade de contratos verbais e temporários. Não é por acaso que esses trabalhadores são chamados localmente de *clandestinos* (no Sudeste, chamados de *boias-frias*), por referência à burla das leis sociais realizadas pelos patrões. Aqui também as formas de trabalho por produção no corte de cana são acompanhadas de roubos na mensuração do produto e no estabelecimento de metas mínimas de produção que sugam a força física dos trabalhadores.

Com o declínio relativo da produção canavieira no Nordeste e sua concentração em São Paulo e em novas fronteiras agrícolas no Centro-Oeste, as migrações menores de trabalhadores sazonais, geralmente no interior dos estados, passaram a ser uma migração de longa distância. As formas de intensificação do trabalho nos canaviais têm sido denunciadas pelos sindicatos e pelo Ministério Público do Trabalho e desvendadas analiticamente por estudos acadêmicos e documentários.

A experiência adquirida por mim e por Rosilene Alvim (1997) na pesquisa sobre a obreirização de famílias camponesas em fábricas têxteis providas de vila operária permite adotar uma perspectiva histórica da constituição de gerações de trabalhadores que adquirem direitos sociais ao longo de sua trajetória e são levadas

por fim à precarização. Essas famílias foram recrutadas entre os anos 1920 e 1950 para uma grande fábrica nos arredores de Recife. As características de caso-limite dessa fábrica acentuam o aspecto de *plantation* estendida que aparece em várias fábricas têxteis da primeira metade do século XX. Assim, além dos operários fixos da fábrica, há um contingente de trabalhadores temporários na chamada gerência externa da empresa, como cortadores de lenha para as caldeiras e as plantações de eucaliptos, e trabalhadores da construção civil nas dependências da vila operária. Também o numeroso contingente de vigias e trabalhadores domésticos da casa grande patronal não teve durante muito tempo seus direitos sociais reconhecidos e acabou sendo visto retrospectivamente como formado por trabalhadores clandestinos relativamente ao direito social. A folha de pagamento desses trabalhadores era denominada *folha amarela*. A partir do início dos anos 1960, com a proximidade do tempo de aposentadoria das levas de trabalhadores recrutados em massa nos anos 1930 e 1940, muitos deles conseguiram na Justiça do Trabalho o reconhecimento de seu tempo de serviço para efeitos de aposentadoria.

A introdução das leis do trabalho ocorrida nos 1930 e 1940 no Brasil aconteceu não somente nas capitais, onde a fiscalização dos inspetores do Ministério do Trabalho é maior, mas também nas fábricas do interior do país, cujas características são parecidas com as das *plantations*, mas onde as leis sociais acabam sendo reivindicadas e reconhecidas. Nessa ocasião, os próprios conflitos sociais em torno da adoção da carteira de trabalho nessas fábricas são significativos na medida em que contribuíram para a legitimidade atual desse documento de identificação individual, que serve de base para os indicadores estatísticos de qualidade dos empregos dos trabalhadores – com carteira assinada, sem carteira, informais etc. Com efeito, quando da distribuição das carteiras de trabalho aos trabalhadores da fábrica têxtil estudada, alguns trabalhadores afirmaram que elas foram recolhidas pela empresa e queimadas nas caldeiras locomotivas que transportavam lenha para a fábrica. Pouco depois, a ordem estatal foi estabelecida e as carteiras de trabalho, implantadas.

No interior da fábrica o trabalho por produção acaba propiciando práticas de apropriação dos salários devidos pouco transparentes por parte da administração. Os trabalhadores das seções com salários por produção não conhecem o valor unitário dos fios e tecidos que estão a fabricar, o que impossibilita para eles todo o cálculo e a previsibilidade quanto aos salários pagos. Além disso, na época dos aumentos de salário mínimo, a fábrica acaba fazendo os cálculos de transformação de salário por tempo para salário por produção, rebaixando os valores dos preços dos fios de forma a nivelar os aumentos na proximidade do salário mínimo. Muitas greves dos anos 1950 e 1960 foram motivadas por essa prática das empresas.

Uma inflexão na trajetória dessas gerações de trabalhadores se dá no período de mudança, durante a ditadura militar, da antiga lei da estabilidade dos trabalhadores com dez anos ou mais de empresa. Com a mudança da lei em 1967, houve forte pressão para que os antigos trabalhadores optassem pela nova lei, mediante acordos

inferiores ao que receberiam pela antiga lei da estabilidade. Muitos aceitaram tais acordos e passaram a trabalhar por salários inferiores em seções com maquinaria mais antiga. Aqueles que não o faziam, acabavam demitidos e recorriam à Justiça do Trabalho para manter direitos adquiridos. Houve uma grande movimentação entre os anos 1970 e o início dos anos 1980, apesar da vigência da ditadura militar. Por meio da Justiça do Trabalho, muitos receberam indenizações, e uma grande quantidade desses trabalhadores obteve as casas em que moravam como parte das indenizações devidas, o que acabou por possibilitar a permanência de uma memória operária por um tempo maior do que quando o fechamento da fábrica implicava a desativação e a destruição da vila operária.

As novas gerações entraram na fábrica já na vigência da nova lei e se submeteram a uma rotatividade maior no trabalho. O fechamento de fábricas nos anos 1980, 1990 e 2000 agravou a precariedade do trabalho nas fábricas têxteis da região. A intensificação do trabalho nas fábricas sobreviventes levou a um grande aumento na produtividade, com reorganizações da produção, e agravou as novas condições geradoras de doenças profissionais, como as lesões por esforço repetitivo (LER) (das epidemias de tuberculose nas fábricas têxteis dos anos 1930 a 1940, passou-se para as epidemias de LER nas novas fábricas de hoje).

As epidemias de LER e outras doenças profissionais ocorreram de forma simultânea à precarização das condições de trabalho e das perspectivas de carreira e de futuro objetivo para várias categorias de trabalhadores que foram demitidos no decorrer de processos de privatização ou de empresas cujos setores passaram por fortes reestruturações da produção. É o que ocorreu com a epidemia de LER que sofreram as telefonistas do Rio de Janeiro nos anos 1980 e 1990, quando dos processos de modernização tecnológica e de preparação para a privatização do setor telefônico (Antonaz, 2001).

Os registros de leucopenia, doença relacionada ao trabalho na seção de coqueria de uma siderúrgica, aparecem em correlação com a preparação para a privatização da Companhia Siderúrgica Nacional, assim como com a ação dos movimentos sociais dos trabalhadores que recorrem à assessoria sindical dos profissionais da saúde que lançam mão de sua *expertise* para comprovar os efeitos nocivos do exercício profissional em setores perigosos da siderurgia. A diminuição do contingente de operários estáveis da siderúrgica estatal na época da privatização e o aumento dos trabalhadores terceirizados e precarizados com contratos temporários são resultados da privatização que se implanta. Paradoxalmente, se o forte movimento social do sindicato de trabalhadores siderúrgicos dos anos 1980 se esgota às vésperas da privatização, ao mesmo tempo a vitória da nova orientação privatista da direção da empresa traz outros conflitos sociais. É o caso da cláusula de compensação ambiental a que a nova empresa privada tem de se submeter. A disposição foi embutida no edital de privatização pelas forças políticas estaduais que resistiam à privatização.

Abre-se assim, nos anos 1990, uma luta contra a empresa por grupos de trabalhadores, autoridades municipais e estaduais e ambientalistas contra a histórica poluição industrial da CSN, antes compensada simbolicamente pelos benefícios que a empresa estatal trazia à cidade, como governo local de fato. No entanto, assim como Marx refutava em *O Capital* a falácia da chamada teoria da compensação concebida pelos economistas clássicos – a qual prevê que os empregos perdidos com a introdução de máquinas poupadoras de mão de obra seriam compensados pelos novos empregos criados nos setores produtores das máquinas –, mostrando como esses novos empregos eram em menor quantidade e estavam dirigidos a outras gerações e a outros segmentos de trabalhadores, assim também os trabalhadores deslocados pelas demissões na siderurgia não necessariamente passaram a participar do movimento pelo controle social da poluição industrial, que faz sua entrada na pauta da oposição ao governo local de fato da companhia. São outros agentes que por ali se articulam.

Da mesma forma a privatização de companhias de mineração de carvão no Rio Grande do Sul e a consideração da não rentabilidade das minas de subsolo fazem diminuir os direitos conquistados ao longo do tempo pelos mineiros, reduz seu contingente e afeta o modo de vida da comunidade de famílias de trabalhadores. As novas gerações de ex-mineiros e filhos de mineiros acabam procurando trabalho nos poucos empregos de minas de superfície, ou buscam trabalhos temporários em empresas de plantação de eucaliptos, ou ainda procuram empregos mais longínquos na construção de barragens e obras públicas. Enquanto isso, os ex-mineiros e suas famílias tentam preservar algo de sua sociabilidade anteriormente construída na comunidade de trabalho tradicional a que pertencem, por meio das redes familiares, religiosas e esportivas (como na persistência dos times locais de futebol) (Cioccarri, 2010).

Se a perda de empregos repercute entre os trabalhadores masculinos com a mobilidade e a partida da casa, da família e da localidade na procura por novos trabalhos, ainda que longínquos, a perda de empregos femininos frequentemente se resolve na volta para o trabalho em domicílios. Tal é o caso da reestruturação produtiva do setor de confecção em Friburgo, Rio de Janeiro. A passagem da produção de montagem em esteira para o trabalho por células, do trabalho por produção contabilizado por indivíduo para a responsabilização da produtividade da equipe ou célula, e da correlativa diminuição dos empregos fabris, acabou sendo paralela à demissão e liberação de operárias mais antigas e à formação de empreendimentos domiciliares para produção por conta própria de peças para as antigas fábricas ou para pequenas novas empresas e agentes intermediários. Aqui aumenta-se o trabalho domiciliar e se atenuam as longas jornadas de trabalho por meio do controle do seu ritmo no domicílio e na vida familiar e de vizinhança (Espírito Santo, 2009). Em alguns lugares nos quais a confecção surge independentemente de antigas fábricas, como é o caso das cidades em torno de Caruaru, Pernambuco, a velocidade com que pequenas confecções de fundo de quintal acabaram crescendo pela utilização de uma força de trabalho informal, sem carteira assinada, parece propiciar uma legitimidade local, ao menos temporária, ao

pleno emprego fruto do desenvolvimento dessa atividade. As tentativas estatais recentes de atrair os pequenos produtores a um mínimo de formalidade, contribuindo para sua aposentadoria e assistência de saúde, parecem reconhecer a legitimidade de tais atividades por sua própria inevitabilidade.

Pesquisas atuais sobre trabalhadores em novas áreas de agronegócio e em áreas de construção de barragens trazem a lume o tema da mobilidade do trabalhador (Menezes & Moraes, 2006; Rumstain, 2009; Guedes, 2010). Entra em cena uma tradição de mobilidade de redes masculinas de jovens trabalhadores que fazem da necessidade virtude, e, por detrás dos aspectos de exploração do trabalho que aparecem em seus empregos temporários sucessivos, figura um gosto pela aventura e pelo deslocamento em busca de novos trabalhos em terras distantes.

Nos trabalhos fixos e estáveis, como o caso já narrado das fábricas têxteis do século XX, da CSN em Volta Redonda ou das redes e comunidades de operários industriais na área metropolitana de São Paulo, o trabalho, a casa e a família podem constituir-se em proximidade e são assim altamente prezados pelas famílias de trabalhadores. Um caso em que isso aparece fortemente é no recrutamento de famílias camponesas com grande número de filhas que são cobiçadas pelas fábricas têxteis no período de sua expansão na primeira metade do século XX. Essa era uma oportunidade para que as famílias camponesas permanecessem unidas e houvesse trabalho para membros masculinos e femininos.

Já no caso da formação da classe operária em São Paulo, nos anos 1950 aparece um contingente importante de trabalhadores migrantes, os chamados “operários de origem rural” da sociologia do trabalho paulista (e internacional) dessa época (Lopes, 1964; Touraine & Ragazzi, 1961). Muitas vezes o trabalhador migrante vem sozinho na frente e posteriormente traz (ou não) seus grupos familiares. Essa aventura masculina inicial pode dar origem a uma carreira operária e a uma comunidade operária estável, como no caso de muitas localidades do ABC paulista, que foi a base do movimento operário do fim dos anos 1970 e dos anos 1980. Porém, ela pode dar origem também a movimentos menos fixos, como a busca do trabalho por conta própria, o pequeno comércio e a volta para as áreas de origem. Nos anos 1970 e 1980, esses movimentos se articulavam numa conjuntura de forte crescimento do emprego industrial, e esse centro fabril articulava os outros movimentos de direção centrípeta. Já o período mais recente de precarização do trabalho e do emprego, dos anos 1990 e 2000, faz o trabalho por conta própria inflacionar-se com a demissão de muitos operários industriais.

As transferências de renda mínima, mais ou menos articuladas à pressão dos movimentos sociais (no Brasil, a pressão se dava mais pela distribuição de terras ocupadas e menos na política mais recente do Programa Bolsa Família), surgem como importante fator de estímulo ao mercado interno e podem contribuir para a atenuação da precarização do trabalho e da pobreza, associadas a outras políticas de valorização salarial, de valorização do trabalho familiar no campo (e na cidade) e de investimentos

em educação. Essas políticas contribuíram para a reversão da vantagem do trabalho sem carteira assinada sobre o trabalho com carteira assinada nos últimos anos, um forte indicador da qualidade (ou da precarização) do trabalho.

Em suma, há que se salientar os importantes aspectos de desvendamento dos modos de dominação e de exploração implícitos nas diferentes formas de precarização do trabalho, e, por conseguinte, sua especificação histórica e etnográfica, sem deixar de se observar os aspectos de subjetivação da experiência de trabalho dos agentes. Isso significa perceber a outra face da dupla verdade do trabalho – isto é, ver a forma como o trabalho, que implica em exploração objetiva, também se legitima ao proporcionar aspectos de sociabilidade e identidade social aos diferentes grupos de trabalhadores.

REFERÊNCIAS

- ABRAMO, L. Novas tecnologias, difusão setorial, emprego e trabalho no Brasil: um balanço. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais – BIB*, 30: 19-65, 1990.
- ABRAMO, L. & CASASSUS, C. A sociologia do trabalho na América Latina: paradigmas teóricos e paradigmas produtivos. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais – BIB*, 40: 65-83, 1995.
- ANTONAZ, D. *A Dor e o Sentido da Vida: um estudo de caso: a “nova doença” das telefonistas do Rio de Janeiro (1980/1990)*, 2001. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- ARAÚJO, Â. Globalização e trabalho: uma resenha da literatura. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais – BIB*, 52: p. 5-44, 2001.
- BEAUD, S. & PIALOUX, M. *O Retorno à Condição Operária* [1999]. São Paulo: Boitempo, 2009.
- BOLTANSKI, L. *Rendre la Réalité Inacceptable*. Paris, Demopolis, 2008.
- BOLTANSKI, L. & CHIAPELLO, È. [1999] *O Novo Espírito do Capitalismo*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.
- BOURDIEU, P. (Org.) *Un Art Moyen Essai sur les usages sociaux de la photographie*. Paris: Minuit, 1965.
- BOURDIEU, P. (Org.). *A Miséria do Mundo* [1993]. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2011.
- BRESCIANI, L. P. Flexibilidade e reestruturação: o trabalho na encruzilhada. In: ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS, 20. *Anais...* Caxambú, 22 a 26 de outubro de 1996.
- CASTEL, R. *Les Métamorphoses de la Question Sociale*. Paris: Fayard, 1995.
- CASTRO, N. A. & LEITE, M. P. A sociologia do trabalho industrial no Brasil: desafios e interpretações. *Revista Brasileira de Informação Bibliográfica em Ciências Sociais – BIB*, 37: 39-59, 1994.
- CIOCCARI, M. R. *Do Gosto da Mina, do Jogo e da Revolta: um estudo antropológico sobre uma comunidade de mineiros*, 2010. Tese de Doutorado em Antropologia Social, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

DEJOURS, C. *Souffrance en France: la banalisation de l'injustice sociale*, Éditions du Seuil, 1998.

ESPÍRITO SANTO, W. R. *Trabalho, Gênero e Lingerie: tradição e transformação nas trajetórias das costureiras de roupas íntimas de Nova Friburgo-RJ*, 2009. Dissertação de Mestrado, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

GARCIA JÚNIOR, A. Industrialização e relações sociais no campo. In: SALM, C. et al. *O Mercado de Trabalho Brasileiro, Estrutura e Conjuntura*. Brasília, Rio de Janeiro: Ministério do Trabalho, Instituto de Economia da UFRJ, 1987.

GUEDES, A. D. No trecho; rompendo pelo mundo. Grandes projetos de desenvolvimento e família no Norte de Goiás. In: REUNIÃO DO GT DE ANTROPOLOGIA DO TRABALHO DA ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ANTROPOLOGIA, ago. 2010, Belém.

LOPES, J. B. *Sociologia Industrial no Brasil*. São Paulo: Difel, 1964.

LOPES, J. S. L. *El Vapor del Diablo: el trabajo de los obreros del azúcar*. Buenos Aires: Antropofagia, 2011. (Reedição atualizada de *O vapor do diabo: o trabalho dos operários do açúcar*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.).

LOPES, J. S. L. & ALVIM, R. Uma memória social operária forte diante de possibilidades difíceis de patrimonialização industrial, 2003. Disponível em: <http://www.mast.br/projetovalorizacao/textos/livro%20cultura%20material%20e%20patrim%C3%B4nio%20de%20C&T/15%20UMA%20MEM%C3%93RIA%20SOCIAL%20OPER%C3%81RIA%20FORTE%20DIANTE%20DE%20POSSIBILIDADES%20DIF%C3%8DCEIS_Jose%20Sergio%20Leite%20Lopes.pdf>. Acesso em: jul. 2016.

LOPES, J. S. L. et al. (Orgs.). *A Ambientalização dos Conflitos Sociais: participação e controle público da poluição industrial*. Rio de Janeiro: Relumê Dumará, 2004.

MENEZES, M. & MORAES, M. A. *Migrações Rurais no Brasil: velhas e novas questões*. Brasília: Nead, 2006.

PALMEIRA, M. *Latifúndium et Capitalisme, Lecture Critique d'un Débat*, 1971. Tese de Doutorado, Paris: Université Paris-Sorbonne, 1971.

PARREIRAS, O. M. U. S. *Colocados no Trecho: trabalhadores itinerantes na indústria brasileira de papel e celulose*, 2008. Dissertação de Mestrado em Geografia, Niterói: Universidade Federal Fluminense.

RUMSTAIN, A. C. *Peões no Trecho: estratégias de deslocamento e trabalho no Mato Grosso do Sul*, 2009. Dissertação de Mestrado em Antropologia Social, Rio de Janeiro: Museu Nacional, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

SANTOS, W. G. *Cidadania e Justiça*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.

SIGAUD, L. A morte do caboclo. Um estudo sobre sistemas classificatórios. *Boletim do Museu Nacional*, 30:1-29, 1978.

STÉDILE, J. P. O MST e a questão agrária. Entrevista. *Estudos Avançados*, (11) 31: 80, 1997.

TOURAINÉ, A. & RAGAZZI, O. *Ouvriers d'Origine Agricole*. Paris: Seuil, 1961.

2

A Classe Trabalhadora no Brasil de Hoje*

Marcelo Badaró Mattos

– *A classe
operária?
Conheço-a como a palma!
Por trás
do seu silêncio,
posso ler-lhe na alma –
Nem dor
nem decadência.*

Vladimir Maiakovski

A ironia de Maiakovski em relação aos que diziam conhecer qual a melhor literatura para os trabalhadores russos de sua época bem poderia servir para nos prevenir das dificuldades envolvidas no esforço de captar o perfil e os movimentos da classe trabalhadora em qualquer situação histórica, quanto mais no complexo quadro da sociedade brasileira, uma periferia capitalista em que convivem os mais “sofisticados” processos de exploração do trabalho pelo capital e as mais “tradicionais” formas de expropriação das populações despossuídas.

* Este texto foi produzido em julho de 2013 para ser discutido no seminário que deu origem a este livro ocorrido em setembro do mesmo ano. Não foi feita, posteriormente, nenhuma atualização para sua publicação neste volume, portanto todas as referências contextuais estão relacionadas àquele momento.

Este texto tem um objetivo amplo e ao mesmo tempo delicado. Procuo, por meio dele, posicionar-me no debate sobre a situação atual da classe trabalhadora no Brasil, tendo em vista as dimensões objetivas e subjetivas da classe. Em outras palavras, tomo a classe tanto na sua inserção no processo de produção, circulação e reprodução ampliada do capital quanto no seu papel de sujeito coletivo, que identifica interesses comuns e opostos aos de outra classe, organizando-se e mobilizando-se com base nesses interesses, ou seja, desenvolvendo e expressando uma dada consciência de classe como sujeito social e político.

Para tanto, argumento em várias partes. Na primeira, apresento alguns dados para avaliar o perfil da classe trabalhadora brasileira hoje, procurando, na segunda seção, situá-la no quadro mais amplo das relações de classe e, portanto, das formas de dominação em curso. Na terceira parte, apresento breves referências teóricas para o meu entendimento de classe trabalhadora. Tais referências são fundamentais para a minha avaliação da trajetória recente dos movimentos e organizações da classe no Brasil, tratados nos momentos seguintes da análise. Retomo, nas considerações finais, as mobilizações multitudinárias de junho de 2013 como mote para algumas conclusões preliminares.

ELEMENTOS PARA UM PERFIL DA CLASSE

O desafio de dimensionar a classe trabalhadora brasileira, sua inserção no mercado de trabalho, suas condições de trabalho e de vida não pode ser vencido em algumas poucas páginas. Seguem-se apenas algumas indicações muito gerais para que nos aproximemos desse quadro. A primeira delas tem que ser o reconhecimento do predomínio absoluto do trabalho urbano na atual composição da classe trabalhadora brasileira. Um dado relativamente recente e, portanto, ainda mais relevante.

O Brasil tem hoje mais de 190 milhões de habitantes. Dados do censo de 2010 indicam que 84% da população brasileira reside nas cidades, e 16% no campo. Esse quadro contrasta profundamente com o perfil do país há algumas décadas. Em 1940, só 31,2% dos 41.236.315 residentes no país viviam nas cidades. Foi nos anos 1960 que a população urbana ultrapassou a rural. Em 1970, eram moradoras das cidades 55,9% das 93.139.037 pessoas recenseadas. A população economicamente ativa (PEA) atingiu 89.362.000 (84,9%) trabalhadores domiciliados nas cidades e 15.916.000 (15,1%) dos residentes nas áreas rurais, segundo estatística de 2011. Isso implica reconhecer que a classe trabalhadora no Brasil está profundamente concentrada no meio urbano, mas que essa concentração se produziu de forma dramaticamente rápida nas últimas décadas do século XX. Tal fato traz implicações não só para a vida nos grandes centros, que cresceram muito em pouco tempo, sob todo tipo de contradições sociais decorrentes do inchaço, mas também para a experiência e cultura da classe, que se agrega em enormes contingentes ainda fortemente marcados, pessoalmente ou nas gerações ainda vivas da família, pela vida no campo. No que tange a esses e a todos os demais dados reunidos a seguir, as diferenças regionais são imensas e

delas não conseguiríamos dar conta em curto espaço. Entre os mais de 175 milhões de brasileiros com 10 ou mais anos de idade, cerca de 105 milhões (ou aproximadamente 60%) são economicamente ativos, segundo os dados de 2011.

No que diz respeito ao campo, o índice de Gini sobre a concentração de terras em 2003 no Brasil era de 0,816, índice extremamente elevado para os parâmetros internacionais (quanto mais próximo de 1, maior é a concentração registrada). Na comparação com 1992, o índice de Gini havia apresentado uma queda de apenas 0,1%. Segundo o Censo Agro 2006, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as propriedades com até dez hectares ocupam 2,7% das terras destinadas à agropecuária, enquanto as fazendas com mais de mil hectares ficam com 43% da área total. O recenseamento indicou que a concentração de terras no Brasil permaneceu praticamente inalterada na comparação com os dados de 1985 e 1995 (neste último ano, os latifúndios representavam cerca de 45% da área total). O censo indicou também que a acelerada industrialização do setor acentuou a concentração de terras nas regiões em que se expandiu a monocultura voltada para a exportação (especialmente da soja), como no Centro-Oeste.

No entanto, as atividades classificadas como “agricultura familiar”, apesar de ocuparem uma área menor, produziram mais alimentos – 70% do feijão consumido no país, 87% da mandioca, 58% do leite, 46% do milho e 34% do café e do arroz – e empregaram 75% da força de trabalho rural, apesar de representarem apenas 34% do valor total da produção agropecuária do país em 2006. Dados do período de governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2011) indicam que, entre 2003 e 2007, apenas 163 mil famílias foram assentadas, o que equivale a menos de 30% dos 550 mil assentamentos previstos no II Plano Nacional de Reforma Agrária.

Com uma maioria desprovida de terras e não coberta pela legislação trabalhista, a população ocupada no campo se vê espremida pela grande propriedade, mesmo quando possui pequenos lotes de terra ou neles é empregada. Os resultados do processo têm sido cada vez mais visíveis, com a precarização completa das relações de trabalho rurais, a inviabilização da agricultura camponesa (entendida como familiar e prioritariamente voltada para a subsistência e o mercado interno) e a elevação da violência no campo.

Para se ter uma dimensão do grau de exploração da força de trabalho no campo, em 2008 foram libertados pelo Grupo Especial de Fiscalização Móvel, do governo federal, 5.244 trabalhadores submetidos a trabalho escravo. Desses, 49% estavam em plantações de cana-de-açúcar, num crescimento significativo em relação a anos anteriores, quando a pecuária era responsável por quase 80% dos casos (Cerqueira *et al.*, 2008). Ou seja, o avanço do agronegócio (nesse caso da produção cada vez mais voltada para a exportação de etanol) é acompanhado da intensificação das formas de exploração degradante da força de trabalho em atividades de ponta da economia rural. Entre 1995 e 2012, o grupo libertou 44.415 pessoas. Os dados indicam que o maior número de libertações aconteceu em 2007, quando cerca de seis mil trabalhadores

foram resgatados de condições de trabalho análogas à escravidão. Em 2012, foram 2.750. Os responsáveis por esse trabalho temem afirmar que isso se deve a uma diminuição da exploração de trabalhadores como escravos no país, podendo ser necessário, na verdade, aprimorar os métodos de fiscalização.

Quanto a outros aspectos da violência no campo, os dados da Comissão Pastoral da Terra (CPT) de 2012 mostram que naquele ano ocorreram 1.364 conflitos no campo brasileiro, envolvendo mais de seiscentas mil pessoas, com o registro de 36 assassinatos. No período de 1986 a 2012, ocorreram cerca de 1.300 assassinatos em conflitos agrários. Embora na última década tenha ocorrido redução no número de mortes violentas no campo, ainda assim foram registrados 351 assassinatos entre 2003 e 2012.

Passando para o meio urbano, era de esperar um quadro de maior proteção legal dos contratos de trabalho, mas duas décadas de reestruturação produtiva foram suficientes para introduzir um alto grau de precarização numa população trabalhadora que, por sua elevada concentração recente nos grandes centros, já tendia a produzir elevados contingentes excedentes. Num quadro geral, em 2007, entre os 74.207.000 de pessoas ocupadas nas cidades, 72,9% eram empregados, 20,4% trabalhavam por conta própria, 2,5% eram ocupados não remunerados e 4% eram empregadores. Entre os empregados, 23,6% não tinham carteira de trabalho assinada, número que, somado aos trabalhadores por conta própria, expressa cerca de 44% de trabalhadores precarizados. Nesse quadro, registrou-se na última década um significativo crescimento do percentual de trabalhadores com carteira assinada no setor privado (de 39,7% dos ocupados em 2003 para 49,2% em 2012). Outra forma de identificar a ausência de direitos dos trabalhadores é observar que, no ano 2007, 50,7% dos ocupados contribuía para a previdência – portanto, descontados os 4% de empregadores (que em geral contribuem), constata-se que a maioria dos trabalhadores não o fazia e estava excluída, portanto, dos direitos previdenciários, podendo no máximo ser atendida no futuro pela assistência social previdenciária.

O total de contribuintes subiu nos anos posteriores, acompanhando o crescimento dos empregos com carteira assinada, registrando-se 58,5% de contribuintes em 2011, mas não temos dados desagregados para o percentual de empregadores naquele ano, a não ser para as seis maiores regiões metropolitanas do país, nas quais, segundo a Pesquisa Mensal de Emprego, os empregadores somavam 4,5% do total dos ocupados.

No tocante às taxas de desocupação, os dados do IBGE, que nitidamente subestimam o total de trabalhadores sem emprego, apontam para 5,8% de desempregados nas principais regiões metropolitanas do país em maio de 2013. Desde 2003, a taxa mais alta registrada foi de 12% em 2004, e a mais baixa, de 4,6% em dezembro de 2012. Pelos dados do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese, 2013), percebe-se que a situação é mais grave, pois registram 8,7% de taxa de desemprego aberto no mesmo mês de maio de 2013, num total de 11,2% de desemprego.

Somando-se os quase 50% de ocupados sem carteira ou contribuição previdenciária – ou seja, sem cobertura de direitos do trabalho – aos cerca de 10% de desempregados, temos uma ideia do grau de precarização das relações de trabalho e fragmentação da classe trabalhadora em seu contingente urbano majoritário. Dados sobre a terceirização nos ajudariam a completar o quadro desse processo de fragmentação e precarização. Não os encontramos na forma de estatísticas gerais. Porém, apenas para ilustrar a questão, podemos tomar como exemplo o caso da Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), de Volta Redonda, privatizada no início dos anos 1990. Em 1989, antes da privatização, a empresa empregava 23 mil trabalhadores, hoje emprega oito mil. Há, porém, nove mil trabalhadores de empresas terceirizadas prestando serviço na CSN, fora os contratos de fornecimento e serviços que transferem, para fora da empresa, atividades que antes eram realizadas em seu interior. Assim, mesmo que concentremos o olhar nos trabalhadores ocupados e com carteira de trabalho assinada, a precarização é também uma realidade.

Quanto à distribuição desses trabalhadores urbanos por setores econômicos, os dados do IBGE dificultam um cálculo preciso, por destacarem os técnicos de nível médio (7,6% do total de ocupados em 2007) e “profissionais das ciências e artes” (6,8% em 2007) – que são em sua maioria assalariados – dos demais trabalhadores. Entre os restantes, apurou-se em 2007 que 8,5% estavam empregados em serviços administrativos, 19,9% nos demais serviços, 10% no comércio e 23,3% na produção e reparos de bens e serviços. No que tange ao grau de instrução, 8,4% dos ocupados em 2007 não concluíra sequer um ano de formação escolar, 10,3% tinham até três anos de escolaridade, 24,7% de quatro a sete anos, 17,2% de oito a dez anos e 39,1% tinham 11 anos ou mais.

Por sua vez, os dados de rendimento mensal médio da população com mais de dez anos de idade ocupada indicam que, em 2011, quase 30% recebiam até um salário mínimo (8,29% recebiam menos que meio salário mínimo), 37,29% recebiam entre um e dois salários mínimos e 14,9%, entre dois e três salários mínimos, ou seja, 82% dos trabalhadores ocupados recebiam até três salários mínimos, e menos de 3% ganhavam mais de dez salários mínimos. O salário mínimo no Brasil cresceu em termos reais desde 2003, mas tal crescimento apenas recompôs o poder de compra do salário mínimo dos anos 1980, quando já havia sofrido duas décadas de recuo. Considerando-se que o salário mínimo nominal em 2013 está fixado em R\$ 678,00 e que para atender ao que define a legislação seria necessário um salário mínimo de R\$ 2.860,21, segundo os cálculos do Dieese, mais de 80% da classe trabalhadora ocupada no Brasil recebe menos do que o necessário para a reprodução minimamente digna de sua existência. Esse é o ponto de partida para a análise de Ruy Braga, para quem os novos postos de trabalho criados na década passada foram basicamente empregos de baixo salário, pois dos “2,1 milhões de novos postos de trabalho criados por ano, cerca de 2 milhões remuneram o trabalhador em até 1,5 salário mínimo. Eis o segredo de polichinelo: crescimento apoiado em trabalho barato” (Braga, 2012a: 1).

Os dados sobre distribuição de renda apurados pelo censo de 2010 indicam que apesar de pesquisas apontarem quedas sucessivas na desigualdade de renda no Brasil, tais quedas não significam de fato um avanço significativo em direção à superação da desigualdade extrema, que ainda é a marca. Afinal, segundo esses dados, os 10% mais ricos no país têm renda média mensal 39 vezes maior que a dos 10% mais pobres. Assim, em 2010 os 10% mais pobres ganhavam apenas 1,1% do total de rendimentos. Já os 10% mais ricos ficaram com 44,5% desse total.

Valério Arcary comenta dados como os do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea) que indicam que a parcela de 1% composta dos mais ricos da população detém uma renda equivalente à dos 50% mais pobres. Associa a isso a constatação de que a diferença de renda entre os que vivem de salário caiu nos últimos anos, embora tenha aumentado a distância entre a parcela do Produto Interno Bruto (PIB) e da riqueza nacional apropriada pelo capital em relação à apropriada pelo trabalho (a parcela do trabalho na renda nacional caiu de 45,4% em 1990 para 41,7% em 2008). Por isso, conclui que “nos últimos vinte anos, os trabalhadores ficaram com uma parcela menor da riqueza nacional e o capital com uma parcela maior, mas entre os assalariados diminuiu a disparidade salarial porque, ao mesmo tempo, aumentou o piso do salário manual e caiu o piso do salário de alta escolaridade” (Arcary, 2011: 49).

Quando os dados relativos a gênero e raça são levados em conta, chegamos a um indicador preciso de como a desigualdade de renda fundamental, entre trabalhadores e empregadores, é agravada pelas desigualdades secundárias. Segundo o censo de 2010, os homens recebiam no país em média 42% mais que as mulheres. Já os rendimentos médios mensais dos brancos (R\$ 1.538,00, em valores da época) e amarelos (R\$ 1.574,00) se aproximavam do dobro do valor recebido pelos grupos dos pretos (R\$ 834,00), pardos (R\$ 845,00) ou indígenas (R\$ 735,00).

Segundo estudo recente da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Brasil continua a apresentar a segunda pior distribuição de renda quando comparado aos seus 34 países-membros (o Brasil, embora participe de fóruns da organização, não é um país-membro), à frente apenas do México. De acordo com o estudo, o coeficiente de Gini que mede a desigualdade de renda entre os estados brasileiros era de 0,30 em 2010, enquanto o do México, o mais desigual, era de 0,34 (variando de 0 a 1, os valores mais próximos de 0 indicam menor desigualdade). O país com melhor distribuição de renda, segundo a mesma pesquisa, é o Japão, com índice de 0,06. Não se pode esquecer que os dados nacionais refletem uma média entre regiões muito díspares (Corrêa, 2013).

Passando das condições de trabalho e remuneração para as condições de vida, não há um único indicador que resuma todos os aspectos envolvidos. Podemos partir do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), que combina taxas de renda, escolaridade e longevidade. Embora o indicador de renda seja o PIB *per capita* (incapaz de captar a desigualdade na distribuição), esse índice se transformou em referência e permite algumas comparações. Por exemplo, em relação a outros países, o Brasil apresenta

um IDH inferior aos vizinhos Argentina, Chile e Venezuela. Na América do Sul, seu índice só é superior ao do Paraguai. Com 0,807 de IDH, o Brasil estava em 2006 na septuagésima posição no *ranking* mundial organizado pela Organização das Nações Unidas (ONU), contrastando com a sua economia, entre as dez maiores do mundo. Esse indicador nacional é, ainda assim, extremamente enganoso. Quando analisamos a situação nas regiões metropolitanas percebemos por quê. Na área do Grande Rio, por exemplo, com seus quase 12 milhões de habitantes, o IDH da cidade do Rio de Janeiro era de 0,842 em 2000, mas o da cidade de Japeri, na Baixada Fluminense, era de 0,724. E na grande cidade, o contraste se torna ainda mais evidente. Na cidade do Rio de Janeiro, o IDH do bairro nobre da Gávea é de 0,970. Já na favela de Acari, o índice cai para 0,720.

Focalizando os indicadores de habitação, o Ministério das Cidades indica um déficit habitacional de 7.935.000 moradias, sendo 6.543.000 nas cidades, pelos dados estimados para 2006. Em outras palavras, mais de trinta milhões de brasileiros vivem diretamente o problema da falta de moradias no país. Daí não ser difícil explicar que, em 2010, o censo do IBGE registrasse 6.329 favelas no país (“aglomerados subnormais”, na pouco politicamente correta definição técnica do censo, que de resto é mais restritivo que outros levantamentos sobre o tema). Em toda a população do país, o total de moradores em favelas equivale a 6%. Em Belém, os moradores em favelas chegavam a 54% do total da cidade. Em São Paulo, eram 11%. Já as 763 favelas da cidade do Rio de Janeiro (48,4% a mais que em 2000) concentrariam quase um quarto (22%) dos habitantes da cidade – 1,39 milhão dos 6,2 milhões –, reunindo a maior população favelada do país.

FORMAS DE DOMINAÇÃO

Diante desse quadro, cabe especular sobre as formas empregadas pelo Estado e pelas classes dominantes no Brasil para conter o potencial explosivo que, tomadas em si, as condições de elevada exploração da classe trabalhadora e suas condições precárias de vida poderiam gerar. Aqui abordaremos rapidamente os vários níveis das estratégias de “contenção” empregadas pelas classes dominantes.

O primeiro deles é o da violência institucional, ou a dominação mantida pela coerção mais extrema. Na cidade do Rio de Janeiro, espaço em que o quadro de violência institucionalizada é mais visível, entre 1978 e 2000, 49.900 pessoas foram mortas de forma violenta, mais do que em toda a Colômbia, país em guerra civil, no mesmo período. Muitas dessas mortes foram de responsabilidade de agentes do Estado que deveriam ser os encarregados da “segurança” pública. A polícia do Rio de Janeiro registrou 902 “autos de resistência” em 2007 (mortes que a polícia declara terem ocorrido “em confronto”, mas que, na maior parte das vezes em que há divulgação do laudo, são resultantes de disparos a curta distância, muitas vezes na nuca), quase o quádruplo do apurado em 2000. Foram 5.030 pessoas eliminadas por policiais entre 2000 e 2007 na cidade. Em São Paulo, somente no primeiro semestre

de 2008 os policiais militares em serviço mataram 206 pessoas (21% a mais que no mesmo período do ano anterior). Uma violência que tem um alvo claro, os moradores das periferias e favelas das regiões metropolitanas (especialmente os homens, negros e jovens, segundo as estatísticas). Os números mais recentes indicam uma diminuição do número de mortes por violência policial no Rio de Janeiro, mas isso se deu ao custo de uma ocupação militar de diversas favelas da cidade. Um tipo de violência institucional que assume, nos discursos ideológicos que a justificam, a alcunha de “pacificação”, com a instalação de ocupações policiais permanentes, especialmente no cinturão Zona Sul-Centro-Grande Tijuca, intituladas Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs). Estratégia à qual se combinam o cercamento de algumas favelas com muros (ditos às vezes “ecológicos”, outras vezes de “contenção acústica”) e a atuação cotidiana de uma polícia armada para a guerra, como ilustram seus blindados “caveirões” e a artilharia aérea de seus helicópteros.

Uma segunda estratégia é a da contenção pela assistência. Desde meados da década de 1990, o Banco Mundial e outros organismos multilaterais, avaliando os efeitos sociais desastrosos das políticas neoliberais implantadas segundo suas orientações nos países periféricos, passaram a recomendar políticas sociais mais incisivas, porém aplicadas de forma focalizada. Ou seja, em vez de se garantir direitos universais aos quais todos os cidadãos teriam acesso, incentivaram-se políticas de assistência social para os setores mais pobres da população, segundo critérios rebaixados de cálculo da miserabilidade. Se o governo Fernando Henrique Cardoso anunciou políticas desse tipo e implantou-as de forma bastante limitada (como o programa Comunidade Solidária e o Bolsa Escola), o governo Lula da Silva partiu dessa base para ampliar tais políticas focalizadas a um patamar de massas, com o Programa Bolsa Família. Mantido pelo governo da sucessora indicada por Lula, Dilma Rousseff, o programa, voltado para famílias com renda *per capita* mensal média de setenta reais (35 dólares), atende hoje a 13,8 milhões de famílias. Aproximadamente cinquenta milhões de pessoas (cerca da quarta parte da população total do país) são alcançados por uma política de governo que paga mensalmente um pequeno benefício, que varia conforme o número de crianças na família e outros fatores (seu valor médio era de 149 reais no primeiro semestre de 2013). Um elemento nada desprezível a explicar os elevados índices de popularidade do governo e a forma como Lula da Silva foi eleito, em 2006, para seu segundo mandato (e Dilma Rousseff, em 2010), invertendo a votação tradicional que caracterizava a candidatura presidencial petista nas eleições anteriores, pois se até 2002 recebia mais votos nas grandes cidades e no Sul-Sudeste do país, em 2006 cresceu nas pequenas cidades do interior e no Nordeste, região com os mais elevados indicadores de pobreza. Um fator forte para explicar também as maiores dificuldades encontradas pelos movimentos sociais (como os de sem-terra e sem-teto) de conquistar para a luta essas frações mais precarizadas da classe trabalhadora.

Esses aspectos dos dez anos de governo do Partido dos Trabalhadores (PT) tornam mais complexo o entendimento de sua relação com o neoliberalismo. As propostas de

abertura comercial do setor público e de serviços defendidas pelo governo brasileiro na Organização Mundial do Comércio, as (contra)reformas, como a da previdência em 2003 e a continuidade das privatizações (leilões dos campos de petróleo, aeroportos, portos etc.), assim como o caráter focalizado de suas políticas sociais, evidenciam a continuidade do modelo de abertura de novas áreas de investimento ao capital em detrimento das garantias estatais de serviços públicos universais. Isso, porém, é feito por meio de uma política que efetivamente apresenta respostas a demandas sociais gritantes, muito embora sempre com um sentido que reforça e naturaliza a subalternização. Social-liberalismo de fato (para usar o termo esgrimido pela primeira vez por Fernando Collor no Brasil) ou neoliberalismo da terceira via (à qual Fernando Henrique Cardoso procurou se filiar na propaganda de sua relação pessoal com Blair e Clinton) seriam por isso expressões invocadas para tentar dar conta dessa especificidade.

Seguindo com a caracterização das estratégias de condução da dominação de classes, uma terceira, nada desprezível, é a do investimento ideológico nas propostas de empreendedorismo, empregabilidade, inserção social, responsabilidade social, entre outras, investimento feito diretamente, na maior parte das vezes, pelos grandes grupos capitalistas, por meio de fundações privadas, organizações não governamentais (ONGs) e entidades empresariais, mas com apoio e subsídio governamental. Segundo dados de 2002, existiam no Brasil 275.895 instituições classificadas como sem fins lucrativos, um contingente expressivo delas focado em difundir tais propostas e implantar projetos que têm como substrato último a ideia de que a saída para os problemas dos trabalhadores está no seu esforço individual para adequar sua ética e comportamento ao modelo empresarial da competitividade e produtividade. Todas essas estratégias encontram canais de difusão com enorme capacidade de penetração no imaginário dos trabalhadores, os mais evidentes deles constituídos pelos grandes monopólios jornalístico-radiotelevisivos do país.

Lúcia Neves (2005) e Virgínia Fontes (2005) demonstram como se deu recentemente essa ampliação dos aparelhos privados de hegemonia do grande capital, dos tradicionais meios de comunicação às novas organizações não governamentais – ou organizações sociais de interesse público (Oscips) –, que se empenham em difundir a “nova pedagogia da hegemonia”. Ou seja, os 2,7 milhões de crianças e adolescentes atingidos pelos 4.700 projetos sociais do Programa Criança Esperança, as 27 mil escolas cadastradas no projeto Amigos da Escola e a maior parte do 1,54 milhão de trabalhadores empregados pelas mais de 275 mil ONGs existentes no Brasil em inícios da década atual, apenas para citarmos alguns dos exemplos listados por Neves, são números que mostram o tamanho do aparato mobilizado para transmitir aos subalternos os valores adequados à adaptação a uma ordem produtiva capitalista baseada na ampliação da expropriação e na intensificação da exploração da classe trabalhadora (Neves, 2005: 102, 122). Ao que se combina a reatualização das práticas filantrópicas travestidas de “responsabilidade social”, que

incorporam intelectuais e militantes mediante procedimentos de “empresariamento de projetos” como forma de sobrevivência, rebaixando seus discursos “da crítica social à denúncia da pobreza” (Fontes, 2005: 99). O resultado é a difusão dos valores da “flexibilidade”, da “mobilidade” e da “adaptabilidade” como os mais adequados ao indivíduo-trabalhador/empreendedor de hoje – acompanhados do esquecimento, quando não da condenação de qualquer tipo de defesa da mobilização coletiva contestatória –, assim como a substituição das referências à classe pelas múltiplas identidades, inclusive a de “pobre”, objeto da assistência, da “responsabilidade social” empresarial ou das políticas focalizadas, quando o indivíduo flexível e empreendedor não encontra espaço no mercado de trabalho.

Podemos tentar, tendo em vista esses elementos, conceituar um pouco melhor a relação que aqui procuramos estabelecer, usando como referencial a discussão feita por Antonio Gramsci sobre as características das formas contemporâneas de dominação. Partindo da situação brasileira, é praticamente impossível questionar o fato de que o Brasil é hoje um país plenamente capitalista. Também não é difícil perceber que, do ponto de vista da complexificação da sociedade civil, com a multiplicação de partidos, “no sentido amplo e não formal” de Gramsci, ou como são mais comumente chamados “aparelhos privados de hegemonia”, a formação social brasileira do início do século XXI é plenamente “ocidental”. Ao que corresponde uma relativa estabilidade da democracia parlamentar, desde a fase final da transição política de 1985-1989. Caberia então afirmar, tendo em vista especialmente o que disse sobre o período mais recente dos governos do PT, que a forma atual da dominação burguesa no Brasil está solidamente alicerçada no consenso ativo das massas subalternas? Indo além, isso significaria que o caráter coercitivo das funções típicas do Estado em seu sentido restrito é secundário para as estratégias de dominação burguesa hoje em nosso país?

A resposta a tais questões deve ser cuidadosa. Em primeiro lugar, é importante seguir a pista metodológica de Gramsci de não tomar seus conceitos “como esquemas rígidos, mas apenas como critérios práticos de interpretação histórica e política”, tendo em conta que “nas análises concretas dos eventos reais, as formas históricas são determinadas e quase ‘únicas’” (Gramsci, 2000: 67), bem como a observação de Benedetto Fontana, segundo a qual, ao trabalharmos com os pares conceituais de Gramsci (como no caso de consenso e coerção, mas também de sociedade política e sociedade civil, Ocidente e Oriente etc.), “o problema reside na determinação empírica da proporção, peso e valor de cada elemento da época no contexto de uma situação histórica concreta” (Fontana, 2003: 119-120).

Desse ponto de vista, o que temos visto no Brasil recentemente é uma combinação singular. Máximo investimento nos aparelhos privados de hegemonia e força máxima na máquina repressiva constituem a combinação mais adequada para definir o grau de articulação historicamente localizado de coerção e consenso por meio do qual se constrói a dominação capitalista nesta sociedade ocidental periférica.

ALGUMAS REFERÊNCIAS PARA O ENTENDIMENTO DA CLASSE

Do ponto de vista das condições objetivas até aqui apresentadas, e dos esforços das classes dominantes para estabelecer e perpetuar a sua dominação, o que se pode concluir sobre a classe trabalhadora? Antes de tudo, ela existe e se expande no Brasil recente. Além disso, seu perfil atual é majoritariamente urbano, com distribuição percentual de cerca de 25% na produção e o restante nos serviços (categoria que envolve hoje uma complexidade nova) e, em menor escala, no comércio. As formas de exploração contemporânea evidenciam a precariedade dos empregos e o desemprego relativamente elevado, agravados pelos baixos salários, em indicadores que se tornam ainda mais negativos para os contingentes feminino e negro da classe. Do ponto de vista das condições de vida, miséria e violência cercam grande parte dos trabalhadores.

Tais dados expressam uma desagregação tão ampla que podemos falar em uma perda do caráter de sujeito social e de seu potencial de ruptura com a ordem do capital? Penso que não. Para avaliar melhor essa dimensão subjetiva, porém, é necessário ter em conta outros fatores. Antes de apresentá-los, parece-me adequado situar teoricamente as referências sobre o conceito de classe trabalhadora com as quais trabalho, para compreender os pressupostos com base nos quais respondo negativamente a essa questão.

A primeira observação a ser feita sobre o conceito de classe trabalhadora que orienta as análises e propostas apresentadas aqui é de natureza terminológica. Nas línguas latinas tendemos muitas vezes a traduzir (e as citações que reproduzirei a seguir incorrem nesse equívoco) a expressão alemã empregada por Marx *Arbeiterklasse*, ou o correlato inglês *working class*, por classe operária. Tal tradução aparece muitas vezes associada à ideia de que o verdadeiro sujeito social é o operário industrial – trabalhador produtivo, que sofre a subsunção real ao capital decorrente da interação com a moderna tecnologia empregada na grande indústria.

Daniel Bensaid percebe os problemas desse emprego de um vocabulário restritivo para fazer referência à classe:

No século XIX, falava-se em classes trabalhadoras, no plural. O termo alemão *Arbeiterklasse* ou a expressão inglesa *working class* continuam extremamente genéricos. “*Classe ouvrière*”, dominante no vocabulário francês, tem uma conotação sociológica propícia a equívocos. Ela designa principalmente o proletariado industrial, com exceção do assalariado de serviços e de comércio, que se submete a condições de exploração análogas do ponto de vista de sua relação com a propriedade privada dos meios de produção, de seu lugar na divisão do trabalho ou da forma salarial de sua renda. Marx fala de proletários. Apesar de seu aparente desuso, o termo é ao mesmo tempo mais rigoroso e mais abrangente do que classe operária. Nas sociedades desenvolvidas, o proletariado da indústria e dos serviços representa de dois terços a quatro quintos da população ativa. (Bensaid, 2008: 36)

Marx não distinguiu sempre de forma muito precisa a terminologia com que se referiu à classe, mas dois são os termos fundamentais que encontramos em sua obra: proletariado e classe trabalhadora. Por proletariado podemos entender todos aqueles que nada possuem, ou melhor, não possuem outra forma de sobreviver, numa sociedade de mercadorias, do que vender, também como mercadoria, a sua força de trabalho. Classe trabalhadora, termo sinônimo de proletariado, é normalmente associado ao conjunto daqueles que vivem da venda da sua força de trabalho, quase sempre em troca de um salário.

Definindo o processo de proletarização como chave para o entendimento da acumulação primitiva de capital – “o processo histórico de separação entre produtor e meios de produção” –, Marx explica a formação de uma classe de trabalhadores “livres como pássaros” como decorrente de um longo e violento movimento de expropriação, marcado por momentos em que “grandes massas humanas são arrancadas súbita e violentamente de seus meios de subsistência e lançadas no mercado de trabalho como proletários” (Marx, 1984: 263). Da expropriação à exploração, eis o caminho histórico de formação da classe. Um caminho, entretanto, que não pode ser tratado como uma via de mão única, em que a “modernização” capitalista teria se completado e as expropriações seriam marca de uma acumulação primitiva que teria sido deixada para trás.

Em livro recente, teoricamente ambicioso e muito instigante, Virgínia Fontes (2010) abordou a questão de forma bastante interessante. Fontes cunhou a conceitualização “capital imperialismo” para tratar da configuração do capitalismo global a partir da segunda metade do século XX. Tal combinação de termos procura dar conta de um duplo resgate e uma conseqüente dupla atualização de conceitos clássicos do campo do materialismo histórico. De um lado, vai buscar em Marx os subsídios para compreender a dinâmica atual do capitalismo, para ela centrada na acumulação capitaneada pela forma “capital monetário” (ou “capital portador de juros”), tal como analisada em *O Capital*. O que se apresentava em potência na época de Marx agora se realiza plenamente, com a máxima concentração de capitais. De outro lado, sua análise procura aprofundar e atualizar a ideia de imperialismo tal como apresentada por Lênin, para dar conta da escala de expansão imperialista no pós-guerra, na qual as exportações de mercadorias e de capitais já não são as únicas formas de expansão imperialista, e as noções de capital bancário e capital industrial – os quais, fundidos, dariam origem ao capital financeiro – já não dão conta da forma atual de concentração, que “decorre de e impulsiona o crescimento de todas as formas de capital, pornograficamente entrelaçadas” (Fontes, 2010: 198).

Na análise de Fontes, uma das características do processo de expansão capital-imperialista é justamente sua tendência a opor de forma direta a propriedade capitalista (não só dos meios de produção, mas também “da possibilidade efetiva de impor e/ou sobrepor-se a qualquer forma de extração de mais valor”) ao conjunto da humanidade. Vivemos, pois, segundo a autora, uma fase de expropriações tremendas, que compreende tanto as expropriações “primárias” (as que separam o homem da terra,

impelindo-o a vender a sua força de trabalho no mercado para garantir a sobrevivência como consumidor nesse mesmo mercado) quanto as que ela define como “secundárias”, que chegam até mesmo aos “direitos” conquistados em lutas sociais pretéritas.

Essa discussão de Fontes é fundamental para entendermos como se dá hoje a precarização das relações de trabalho no próprio processo de expropriações em curso. A rigor, são produzidos mais trabalhadores, mas não necessariamente assalariados formais como costumávamos pensar a classe trabalhadora. Há mais fábricas e mais operários fabris do que nunca, pelo menos em termos absolutos (os percentuais relativos em escala global não são fáceis de obter), mas as fábricas aparecem cada vez mais na periferia do globo (Ásia, América Latina), e no coração, ou nos países de desenvolvimento mais antigo, há menos fábricas e menos postos de trabalho no setor secundário de muitos deles. A combinação desse processo resulta em menores salários, maiores taxas de desemprego, menos garantias legais dos contratos, menos direitos, mais “informalidade” etc.

O mundo hoje abriga uma população total de cerca de sete bilhões de pessoas. Dessas, mais de três bilhões são considerados parte da população economicamente ativa, num percentual de 65% da população de 15 anos ou mais. Desde 2007 a população urbana ultrapassou a rural. Dados de 2004 (anteriores, portanto, aos efeitos da mais recente manifestação da crise capitalista) revelavam um percentual de 6,4% de desempregados nessa força de trabalho. Entre os empregados, a participação dos que trabalham por conta própria ou exercem trabalho familiar não pago, caracterizando o “emprego vulnerável”, chega a 37,2% no Oriente Médio e norte da África, 31,7% na América Latina e Caribe e 18,7% na Europa e Ásia central, segundo dados de 2008. Segundo a Organização Internacional do Trabalho, 165 milhões de crianças entre cinco e 14 anos trabalham no mundo, das quais 74 milhões em atividades perigosas.

Voltamos então a Marx para entender como a conceituação de classe trabalhadora por ele desenvolvida pode dar conta da complexidade do quadro atual. Afinal, ao tratar da classe em seus textos de crítica da economia política, nos quais explica os mecanismos de exploração em relação com o processo de valorização do capital (a produção da mais-valia), Marx nunca a restringiu ao operariado industrial, nem mediante uma associação fechada com os submetidos à subsunção real, nem tampouco por uma definição que fechasse a classe no seu setor produtivo. E esse também não foi definido como restrito aos trabalhadores industriais. Podemos perceber isso no chamado “Capítulo inédito” de *O Capital*. Nele, Marx define a subsunção formal e a subsunção real do trabalho ao capital. Associando a primeira forma à mais-valia (ou mais-valor, segundo as traduções mais recentes) absoluta e a segunda à mais-valia relativa, Marx procura demonstrar que o processo se inicia pela subordinação direta dos trabalhadores aos capitalistas, quando esses passam, na condição de proprietários/possuidores dos meios de produção, a controlar o tempo e as condições de trabalho daqueles, que foram reduzidos à condição de proletários. O passo seguinte, da subsunção real, apresenta-se como decorrência da acumulação propiciada pela

etapa anterior, e materializa-se na “aplicação da ciência e da maquinaria à produção imediata” (Marx, 1978: 66).

No mesmo texto, Marx apresenta a distinção entre trabalho (e trabalhador) produtivo e improdutivo: “só é produtivo aquele trabalho – e só é trabalhador produtivo aquele que emprega a força de trabalho – que diretamente produza mais-valia; portanto, só o trabalho que seja consumido diretamente no processo de produção com vistas à valorização do capital” (Marx, 1978: 70). Associando as duas distinções, Marx vai afirmar que, com o desenvolvimento da subsunção real, “não é o operário individual, mas uma crescente capacidade de trabalho socialmente combinada que se converte no agente real do processo de trabalho total” (Marx, 1978: 71-72), não fazendo sentido, pois, buscar o trabalhador produtivo apenas entre os que desempenham as tarefas manuais diretas.

Indo além, não é a natureza do trabalho realizado, nem o setor da economia em que se desempenha esse trabalho que definirá o caráter produtivo do trabalho ou do trabalhador. Por isso, Marx faz questão de exemplificar o trabalho produtivo com figuras como a do artista, ou do professor, embora reconhecendo que eram exemplos em que a subsunção ao capital ainda era formal:

Uma cantora que entoia como um pássaro é um trabalhador improdutivo. Na medida em que vende seu canto, é assalariada ou comerciante. Mas, a mesma cantora, contratada por um empresário, que a faz cantar para ganhar dinheiro, é um trabalhador produtivo, já que produz diretamente capital. Um mestre-escola que é contratado com outros, para valorizar, mediante seu trabalho, o dinheiro do empresário da instituição que trafica com o conhecimento, é trabalhador produtivo. (Marx, 1978: 76)

E se o caráter produtivo do trabalho e do trabalhador não se define pelo emprego na grande indústria (nem, portanto, pela subsunção real), tampouco a classe trabalhadora aparece como restringida aos que exercem trabalho produtivo. Pelo contrário, é a condição proletária e o assalariamento como horizonte que a definem. Marx lembra, naquele mesmo texto, que nem todo trabalhador assalariado é produtivo, mas que mesmo os que exercem profissões antes associadas a uma auréola de autonomia (como os médicos, advogados etc.) cada vez mais se viam reduzidos ao assalariamento e caíam – “desde a prostituta até o rei” – sob as leis que regem o preço do trabalho assalariado (Marx, 1978: 73).

Recorro aqui novamente à análise de Bensaid, que, comentando a ampla concepção de classe presente em *O Capital*, procura demonstrar como, segundo uma visão de totalidade, da reprodução geral (ou ampliada) do capital como a define Marx, não há por que restringir a definição de classe ao trabalho produtivo. Ou ainda, não há por que procurar pela classe trabalhadora apenas no processo da produção capitalista, mas é preciso entender que sua formação se completa na dimensão ampla da reprodução geral do capital, em todos os espaços – no trabalho, nas condições de

reprodução de sua vida, nos seus espaços mais amplos de sociabilidade – em que os interesses e a visão de mundo dos trabalhadores se confrontam com os do capital.

Não há, em *O Capital*, definição classificatória e normativa das classes, mas um antagonismo dinâmico que ganha forma, em primeiro lugar, no nível do processo de produção, em seguida, no do processo de circulação e, finalmente, no da reprodução geral. As classes não são *definidas* somente pela relação de produção na empresa. Elas são *determinadas* ao longo de um processo em que se combinam as relações de propriedade, a luta pelo salário, a divisão do trabalho, as relações com os aparelhos de Estado e com o mercado mundial, as representações simbólicas e os discursos ideológicos. Portanto, o proletariado não pode ser definido de modo restritivo, em função do caráter produtivo ou não do trabalho, que entra somente no livro II de *O Capital*, sobre o processo de circulação. (Bensaid, 1999: 158)

O mesmo tipo de leitura da obra de Marx parece alimentar a análise de Alex Callinicos (2009: 218), que recupera uma passagem de *O Capital* para afirmar que, em Marx, o conceito de proletariado, ou classe trabalhadora, é suficientemente amplo para permitir o entendimento do perfil atual da classe. A passagem é aquela em que Marx nota que

a força produtiva extraordinariamente elevada nas esferas da grande indústria, acompanhada como é por exploração da força de trabalho ampliada intensiva e extensivamente em todas as demais esferas da produção, permite ocupar de forma improdutivo uma parte cada vez maior da classe trabalhadora. (Marx, 1984: 59)

Concordamos com a análise de Callinicos, para quem a passagem sugere que

Marx não identificou a classe trabalhadora com nenhum grupo particular de ocupações, como, por exemplo, aquelas na indústria manufatureira: empregados domésticos são “parte da classe trabalhadora”, embora uma parcela improdutivo, no sentido de não criar mais-valia. Alinhado com o entendimento geral, relacional, de classe em Marx, o proletariado é melhor definido como: a) compelido, pela ausência de acesso aos meios de produção, a vender sua força de trabalho; b) o uso dessa força de trabalho no interior do processo de produção é submetido à supervisão e controle do capital e seus agentes. Por esse critério, a classe trabalhadora cresceu consideravelmente no presente século [o XX]. (Callinicos, 2009: 218)

E se é complexa a questão das classes no capitalismo do ponto de vista das relações econômicas, ainda mais complexa ela se torna em Marx, que não a resume à dimensão econômica. O capitalismo apresentava, para Marx e Engels, um potencial novo, porque nele era possível que, pela primeira vez, uma classe dominada e explorada assumisse consciência de sua exploração. A elaboração teórica dos dois era fruto disso. Michel Löwy (2002) mostra como a fundação do materialismo histórico dos anos 1840 se explica pelas relações que estabeleceram com o movimento dos trabalhadores na época – o cartismo inglês, as revoltas de trabalhadores da Silésia e

as organizações comunistas clandestinas de Paris – tanto quanto pela superação das bases filosóficas do idealismo alemão, dos fundamentos da economia política clássica e do socialismo anterior. Ou seja, a questão das classes assumia uma dimensão política com potencial transformador. Se todos os conflitos sociais do passado revelavam a luta de classes como dimensão essencial do processo histórico, agora a classe adquiria consciência de classe, algo que não se define em termos puramente econômicos, mas em sua dimensão política, como Marx afirma em correspondência a Bolte:

O movimento político da classe operária tem como objetivo último, é claro, a conquista do poder político para a classe operária e para este fim é necessário, naturalmente, que a organização prévia da classe operária, elaborada na prática da luta econômica, haja alcançado certo grau de desenvolvimento. Por outro lado, todo movimento em que a classe operária atua como classe contra as classes dominantes e trata de forçá-las “pressionando do exterior”, é um movimento político. Por exemplo, a tentativa de obrigar, através das greves, os capitalistas isolados à redução da jornada de trabalho em determinada fábrica ou ramo da indústria, é um movimento puramente econômico; pelo contrário, o movimento visando a obrigar que se decrete a lei da jornada de oito horas etc., é um movimento político. Assim, pois, dos movimentos dos operários separados por motivos econômicos, nasce em todas as partes um movimento político, ou seja, um movimento de classe, cujo alvo é que se dê satisfação a seus interesses em forma geral, isto é, em forma que seja compulsória para toda a sociedade. Se bem que é certo que estes movimentos pressupõem certa organização prévia, não é menos certo que representam um meio para desenvolver esta organização. (Marx & Engels, s.d.: 266)

A percepção da complexidade do conceito de classe pelo materialismo histórico deve levar a não nos contentarmos com uma dimensão da classe para entendê-la, pois suas dimensões econômicas têm um sentido ampliado (na produção, na circulação das mercadorias e na divisão desigual do produto do trabalho, ou seja, na reprodução ampliada do capital), e Marx nunca restringiu sua definição de classe a uma dimensão econômica; ao contrário, valorizou seu papel político, algo que só conseguia definir conforme a ideia de uma consciência de classe, cujo desenvolvimento não se dá isoladamente, mas na luta de classes.

Combinadas essas questões, percebemos como um dos melhores leitores de Marx na discussão sobre classes sociais demonstrou a formação da classe trabalhadora – e da sua consciência de classe – no período do fim do século XVIII e primeiras décadas do XIX, ou seja, numa época em que ainda predominava a subsunção formal. Refiro-me a E. P. Thompson (1987-1988), em seu magistral estudo sobre a formação da classe trabalhadora na Inglaterra. Thompson afirma que as reflexões de Marx e Engels desde a década de 1840 foram produzidas com base em e, cada vez mais, no interior do próprio movimento de formação da classe e de sua consciência, ainda que a classe em formação, naquela época, fosse extremamente diferenciada, submetida a formas de exploração as mais violentas, sem garantias legais de direi-

tos em relação ao exercício do trabalho, em condições de vida as mais degradantes. Portanto, não dependia da existência de grandes concentrações de trabalhadores assalariados industriais – operários fabris – com empregos formais e garantia de direitos o potencial revolucionário da classe que Marx descobriu na sua época. Por que dependeria hoje?

A TRAJETÓRIA DAS ORGANIZAÇÕES CONSTRUÍDAS NA DÉCADA DE 1980

Mas que consequências pretendo tirar desse tipo de reflexão conceitual? Combinando as dimensões empíricas com as teóricas, parto de uma análise do momento histórico atual como aquele em que a classe trabalhadora vive, em seu confronto com o capital, uma época histórica de derrotas, que se iniciou por volta da primeira metade da década de 1970 em escala internacional e que no Brasil se tornou mais visível a partir dos anos 1990. Tal derrota significou, do ponto de vista objetivo, uma maior precarização das relações de trabalho, ou seja, a expropriação dos direitos (entendidos como limites à exploração) conquistados em momentos anteriores, quando a correlação de forças não lhe era tão desfavorável. Significou também uma ampliação das taxas de desemprego e um agravamento das condições de vida. Do ponto de vista da subjetividade coletiva, a derrota teve por consequências principais o recuo do sentimento de pertencimento a um coletivo social – a identidade de classe – e da identificação com os projetos de transformação social orientados por uma perspectiva de classe dos trabalhadores. Fragmentação, portanto, não apenas no nível objetivo das relações de trabalho, mas também no plano da consciência de classe.

No entanto, pensando nas referências de Marx, é da classe trabalhadora, sujeito potencial da revolução social, que estamos falando, quando nos referimos tanto ao metalúrgico ainda empregado numa fábrica quanto ao catador de latas das grandes cidades, assim como aos moradores de favelas e periferias, que não possuem nada além de sua força de trabalho para vender. E que continuam a ser expropriados (do solo rural, quando expulsos da terra, das ferramentas de trabalho, das condições de sobrevivência fora do mercado) e explorados, confrontando-se com o capital e o Estado, não apenas no local da produção, mas no mercado em que consomem e no processo de reprodução ampliada do capital, do qual participam, mesmo quando desempregados ou subempregados. A questão está em perceber que quanto mais fragmentada está a classe, mais difícil é a emergência de uma identidade de classe compartilhada. Isso é especialmente visível entre os setores mais precarizados, que não compartilham sempre espaços de trabalho comuns a grandes quantidades de trabalhadores (como as grandes indústrias) e não são representados pelas organizações tradicionais (em particular as de tipo sindical). São, por tudo isso, setores em que é mais difícil a construção coletiva de uma consciência da classe. Além disso, é justamente sobre esse setor que incidem as políticas sociais focalizadas, com claro objetivo de contenção do seu potencial contestatório.

Um salto de qualidade nas mobilizações da classe, que possibilitasse uma unidade maior de seus diversos segmentos, teria que ser impulsionado pelo setor menos precarizado que dispõe de organizações coletivas mais amplas e estruturadas, como os sindicatos – em tese espaços construídos pelos próprios trabalhadores e apropriados à difusão e ao desenvolvimento de sua consciência coletiva. Contudo, seria preciso que esses sindicatos se dispusessem a esse propósito, buscando representar e mobilizar os trabalhadores para além de suas fileiras tradicionais e articulando-se com organizações e movimentos menos institucionalizados. Ao chegarmos a esse ponto, porém, esbarramos em outro conjunto de problemas, vivido pelas organizações sindicais.

Como não pretendo avançar aqui na discussão da conscientização individual dos trabalhadores, mas abordar a consciência de classe em sua dimensão social mais ampla, parto do pressuposto de que, nesse plano, não há aparelho de medida confiável. Nem sequer é razoável pensar que a classe trabalhadora, como tal, possa existir sem algum tipo de consciência de classe. Há, porém, indicadores importantes, expressos na capacidade organizativa e mobilizatória da classe, como coletivo social, bem como no grau de comprometimento ou ruptura com o sistema do capital que as organizações e movimentos da classe denotam. É disso que pretendemos tratar agora.

Do ponto de vista das mobilizações da classe trabalhadora, há uma evidência pouco discutível de recuo. Tomando as greves como indicadores, observamos que das quase quatro mil greves de 1989, ano de pico das mobilizações na década de 1980, passamos a patamares médios de cerca de setecentas greves anuais nos anos 1990. Nos anos 2000, a média de greves oscilou em torno de trezentas por ano, ultrapassando a casa das quatrocentas apenas no fim da década. Um crescimento mais significativo ocorreu em 2012, quando 873 greves foram registradas (maior número desde 1996), indicando uma possibilidade de crescimento das lutas, ainda que em patamar bem mais baixo que o dos anos 1980.

Diferentes indicadores poderiam ser tomados em consideração, demonstrando que outras lutas da classe continuaram em curso. É o caso das ocupações de terra no campo, que cresceram na década de 1990 em comparação com os anos 1980. De 71 ocupações registradas em 1988, atingiu-se o pico de 897 ocupações em 1999, com um refluxo posterior para o patamar de 553 ocupações, segundo o registro de 2006 (Girardi, 2008). Também nas cidades ocorreram ocupações de prédios e terrenos, mas num patamar bem inferior do ponto de vista quantitativo, e bastante fragmentado, de tal forma que mesmo o seu registro é difícil, o que se constata, por exemplo, pela existência de apenas 16 ocupações registradas, entre 1993 e 2008, pelo Observatório Permanente dos Conflitos Urbanos na Cidade do Rio de Janeiro. A diferenciar as ocupações rurais das urbanas está o fato de aquelas se realizarem com base na mobilização organizada por movimentos sociais com inserção regional ou nacional, com destaque para o Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra (MST). Já as ocupações urbanas, quando organizadas, raramente o foram por movimentos de maior organicidade – como no caso do Movimento dos Trabalhadores

Sem-Teto –, tendendo a predominar a ação de pequenos movimentos sociais bastante fragmentados, ou diretamente a ação de grupos não organizados em movimentos ou, ainda, a ação de agenciadores informais de lotes urbanos não legalizados. De toda forma, o peso numérico dos trabalhadores envolvidos é significativamente menor, mesmo no caso das ocupações rurais, que aquele mobilizado pelas greves dos anos 1980. Basta lembrar que as 118 greves registradas em 1978, ano que marca a erupção do chamado novo sindicalismo, paralisaram três milhões de pessoas, e apenas a greve geral de 1989 (a quarta registrada na década) mobilizou mais de vinte milhões de trabalhadores. Para efeitos de comparação, o ano de pico em ocupações de terra, 1999, registrou cerca de 120 mil famílias envolvidas, num total estimado de quinhentas mil pessoas.

Passando a tratar das organizações, nos limites deste texto, proponho-me tocar, ainda que brevemente, na trajetória de três organizações: Central Única dos Trabalhadores (CUT), PT e MST.

Fundada em 1983, como culminância de uma série de encontros (e rachas) intersindicais realizados desde o fim da década anterior, a CUT apresentou-se e cresceu, durante os anos 1980, afirmando a necessidade de enfrentamento do capital – ou seja, com a perspectiva “classista” da defesa da autonomia da classe trabalhadora – e a defesa dos interesses imediatos (isto é, econômico-corporativos) e históricos (isto é, políticos no sentido do projeto socialista, como se explicitaria nas suas resoluções congressuais). Esteve de fato à frente das reconquistas dos sindicatos aos pelegos, das grandes mobilizações da classe (como as greves gerais e a luta pelos direitos trabalhistas na Constituinte) e rejeitou, em seus primeiros anos de vida, os apelos governamentais e empresariais pelo “pacto social”.

A CUT, porém, desde a sua origem, viveu divisões internas significativas, num primeiro momento entre os grupos oriundos das “oposições sindicais”, mais críticos da estrutura sindical e defensores da organização autônoma dos trabalhadores a partir dos locais de trabalho, e os sindicalistas “autênticos”, dirigentes sindicais que adotaram políticas mais independentes do governo e dos patrões e impulsionaram greves em suas categorias com base no aparelho sindical oficial. Com o passar dos anos a polarização interna acirrou-se e ganhou novos contornos, colocando de um lado a tendência majoritária Articulação Sindical e seus aliados e de outro as correntes de esquerda (especialmente a CUT pela Base, mais tarde Alternativa Sindical Socialista e a Convergência Socialista, que nos anos 1990 comporia o Movimento por Uma Tendência Socialista). Alterações estatutárias realizadas nos congressos de 1986 e 1988 reduziram o peso da participação de delegados de base nos eventos deliberativos da central e ampliaram a autonomia da direção. Um grande conflito em torno da democracia interna no congresso de 1991, resolvido com fraudes em votações e ameaças de racha, marcaria de vez o período em que a convivência interna já não seria pautada pelo consenso mínimo, e a supremacia da Articulação Sindical passava a se impor de forma politicamente excludente sobre os demais setores.

As manobras internas do setor majoritário para garantir o controle completo da CUT antecederam em alguns anos o impacto maior da reestruturação produtiva no país. As consequências sociais da reestruturação – particularmente a precarização generalizada e o desemprego estrutural – criaram o caldo social propício para a virada na forma de intervenção da central nos anos seguintes. Da perspectiva classista dos anos 1980 para o “participacionismo” da década seguinte, a CUT passou a tomar parte em espaços convocados pelo governo – o “entendimento nacional” de Collor em 1990, o “acordo da previdência” de Fernando Henrique Cardoso em 1996 – e por governo e empresários, como as “câmaras setoriais”, entre 1991 e 1994. Também no início dos anos 1990, ainda no governo Collor de Mello, a CUT começou a integrar conselhos tripartites de administração de fundos e políticas públicas. O exemplo máximo das consequências dessa integração da CUT aos conselhos tripartites veio com a participação no Conselho Deliberativo do Fundo de Amparo ao Trabalhador (Codefat), administrando os recursos desse fundo, num processo em que a central se afundou cada vez mais na perspectiva de oferta de formação profissional (aceitando a premissa da “empregabilidade” – trabalhadores estão desempregados por falta de qualificação). Com isso, começou a receber expressivas quantias do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) para financiamento de cursos de “requalificação” profissional, agências de emprego e cooperativas de trabalhadores, na mais plena aceitação da política de emprego e renda do governo federal nos anos da gestão Fernando Henrique Cardoso.

O discurso que justificava tal integração era o de que os trabalhadores tinham que disputar os recursos e verbas públicas com os empresários e que a CUT precisava ser “propositiva”, formular projetos alternativos, e não somente resistir às políticas neoliberais, apresentando-se como representante dos trabalhadores não apenas na dimensão estritamente sindical. Essa nova linha foi batizada de “sindicalismo cidadão”. O passo seguinte foi a integração de dezenas, depois centenas, de dirigentes sindicais aos conselhos gestores de fundos de pensão, principalmente de empresas estatais (como Previ e Petros, por exemplo), que foram protagonistas do processo de privatização e continuam a ser alavancas poderosas para a acumulação capitalista nos quadros atuais.

Se a mudança de perspectivas da direção majoritária da CUT ocorreu progressivamente e se antecipou no tempo, mas encontrou o contexto necessário à sua efetivação no momento em que a reestruturação produtiva produzia seus resultados precarizadores e fragmentadores sobre a classe, a análise de um processo mais longo ajuda-nos a compreender como e por que se chegou a esse resultado. Trata-se da permanência da estrutura sindical corporativista, montada nos anos 1930, que resistiu à Carta de 1946, ao golpe militar de 1964 e, apesar de todo o discurso sobre autonomia do “novo sindicalismo”, foi mantida no essencial pela Constituição de 1988, aliás sem grandes mobilizações contrárias por parte da CUT, em contraste com os milhões de assinaturas e as caravanas de milhares de trabalhadores levados para pressionar pela aprovação dos novos direitos trabalhistas.

Licença sindical, carreira sindical (do sindicato à federação, dessa à confederação ou à central), uso dos recursos do imposto sindical, entre outros aspectos nítida e sabidamente (denunciados pelos próprios sindicalistas “autênticos” de 1978-1980) burocratizantes, passaram progressivamente de obstáculos a recursos utilizados com naturalidade – sempre afirmando que “para a mobilização, é claro!”, para o “bem da categoria!”. Nada mais corruptor do que mecanismos desse tipo, cuja consequência imediata é o afastamento objetivo entre os interesses das direções e o de suas bases, contexto propício a todo tipo de transformismo político.

Não é de admirar, portanto, que a CUT abandonasse nos anos 1990 a proposta de construir uma nova estrutura sindical para se adaptar cada vez mais à existente, como o comprova a filiação da Confederação Nacional dos Trabalhadores da Agricultura à CUT em 1995. O passo seguinte foi a proposta de constituição de um “sindicalismo orgânico” à central. Os alicerces do modelo proposto eram finanças centralizadas na direção nacional da CUT e sindicatos constituídos desde os estatutos como parte da estrutura da central, numa proposta claramente inspirada no modelo europeu, que aliás vinha sendo tomado como exemplo (e como financiador de políticas como a de formação da central) desde os anos 1980. A filiação da CUT à Confederação Internacional de Organizações Sindicais Livres em 1994 mostrava que a central estava a partir daí “organicamente” ligada àquele modelo.

Todo esse quadro tem sua culminância no governo de Lula da Silva, quando a vinculação da central ao governo tornou-se evidente. O presidente da República indicou o candidato a presidente da CUT, Luiz Marinho, que acabaria eleito no congresso da central em 2003. No ano seguinte, Lula indicou-o para comandar o Ministério do Trabalho. A tarefa pareceu tão natural, que o presidente da CUT apenas se licenciou de suas funções para assumir o cargo de ministro. Em cargos dos diversos escalões do governo, nas empresas estatais, nos seus conselhos de gestão e nos conselhos das empresas privadas com participação acionária do Estado ou dos fundos de pensão das estatais, ex-dirigentes cutistas passaram a encontrar um novo *habitat natural*.

Dado esse quadro, não se deve estranhar que, após diversas escaramuças, o governo Lula da Silva, que se iniciou no plano do sindicalismo com o anúncio e o intenso debate em torno de uma “reforma sindical e trabalhista”, tenha chegado ao seu segundo mandato avançando para a retirada de direitos dos trabalhadores (expressa, por exemplo, na Lei de Falências e na nova legislação para pequenas e médias empresas) e um aprofundamento do controle do Estado sobre os sindicatos, por intermédio de um Ministério do Trabalho comandado pelos varguistas do Partido Democrático Trabalhista (PDT), com os “arqui-pelegos” neoliberais (antes “inimigos” da CUT) da Força Sindical. Da proposta de reforma sindical de 2003, restou o reconhecimento das centrais sindicais como parte do sistema oficial, inclusive arrecadando sua parcela do “imposto sindical” (contribuição sindical obrigatória, segundo a terminologia oficial), que foi tão criticado pelos “novos sindicalistas” e que agora é mantido graças à pressão das centrais, com a CUT à frente. Em 2011, o total de imposto arrecadado

superou um bilhão de reais, dos quais 370 milhões foram para os cofres das seis centrais então reconhecidas pelo Ministério do Trabalho, a maior parcela para a CUT. De outra parte, as prerrogativas legais do ministério em homologar/cassar registros se ampliaram, e ameaças de retirada da “legalidade” pairaram especialmente sobre sindicatos de tradição mais combativa do funcionalismo público que, triste e sintomaticamente, com essa pressão, passaram a priorizar o “reconhecimento do Estado” em suas pautas de mobilização.

No que diz respeito ao PT, o ponto de partida da análise pode ser justamente seu parentesco direto com a CUT. Cronologicamente anterior, a fundação do PT também teve entre seus protagonistas principais os sindicalistas “autênticos”, acompanhados, diga-se, de outros setores, como a esquerda católica, intelectuais em oposição à ditadura e alguns dos grupos de esquerda que, fragmentados e de pequenas dimensões, continuavam existindo após mais de uma década de repressão feroz. Porém, o fato é que também no PT se formaria uma direção majoritária, inicialmente reivindicando para si o papel de “PT das origens” em contraposição às “tendências” (identificadas como os grupos de esquerda socialista), para em meados da década de 1980 se assumir como tendência – a “Articulação dos 113”, mais tarde Articulação.

Também no PT é possível dizer que, até o início da década de 1990, a Articulação dirigiu o partido com algum grau de consenso interno, cimentado pela força incontestada da figura de Luiz Inácio Lula da Silva, candidato derrotado por pequena margem de votos nas eleições presidenciais de 1989, quando se apresentou para a disputa com um programa que, embora distante de uma agitação revolucionária, representava a sistematização do acúmulo de propostas e reivindicações de uma década de lutas da classe: ruptura com a dívida externa e os organismos financeiros internacionais, reforma agrária sob controle dos trabalhadores, estatização do sistema financeiro, política de recuperação salarial e redução da jornada de trabalho, entre outras propostas de fundo “classista e combativo”, para empregar o jargão da época. O ano de 1989, pelos acontecimentos internacionais relacionados ao colapso dos regimes do Leste europeu, mas principalmente em face da derrota de Lula, abriu o caminho para a virada programática progressiva do partido.

Se é verdade que na sua origem o PT se afirmava socialista, também é verdade que sempre adiou um posicionamento mais claro sobre o caráter desse seu horizonte estratégico, quase sempre definido pela negativa – nem social-democracia, nem “socialismo real” do Leste – ou pelo fraseado de efeito de Lula, como “o socialismo que a classe trabalhadora brasileira construir”. O chamado Programa Democrático Popular, que orientou a ação petista entre o fim dos anos 1980 e a campanha presidencial de Lula em 1998 (em 2002 ele já havia sido abandonado na prática, embora muitos militantes possam não ter percebido), foi construído com base numa perspectiva de avanço ao socialismo por acúmulo de reformas estruturais pró-trabalhadores, mediante um duplo caminho, de crescimento das lutas sociais e de conquista de governos e espaços institucionais. Rompia-se, em sua elaboração, com o etapismo das análises

da esquerda comunista tradicional, assumindo – como o fazia desde os anos 1960 um setor da esquerda, representado inicialmente pela Política Operária (Polop) – que o Brasil era um país plenamente capitalista, apesar de não se excluir a possibilidade de alianças com setores da burguesia, como sempre propuseram os comunistas. A parcela majoritária do partido enxergou nesse programa um caminho social-democrata, ainda que sem o proclamar explicitamente. Tendências internas de esquerda chegaram a enxergá-lo como a adaptação possível do Programa de Transição (na formulação de Trotsky). O rápido abandono de qualquer preocupação com o braço da mobilização social, com total prioridade para a conquista de espaços institucionais pela via eleitoral, somados à grande fluidez programática, facilitaram bastante o trânsito para propostas claramente social-democratas nos anos 1990, ou mesmo para a aceitação de dogmas neoliberais no governo federal do PT, marcado por uma efetivação de propostas da “terceira via” ou “social-liberalismo”, proclamadas por Fernando Henrique Cardoso, mas executadas com muito mais eficiência por Lula da Silva.

O governo federal, no entanto, não foi o primeiro espaço conquistado pelo PT na sociedade política. Muito ao contrário, toda a década de 1990 foi marcada por uma crescente ocupação de espaços institucionais pelos representantes do partido, eleitos para legislativos federal, estaduais e municipais e para os executivos municipais e estaduais. Em governos, os petistas passaram a defender *slogans* consonantes com suas novas práticas, como “governar para todos”. Os cargos na administração pública e nos gabinetes parlamentares passaram a ser valorizados como forma de sustentação e crescimento da estrutura das tendências partidárias e fortalecimento das posições de seus ocupantes nos debates internos do partido. Se na CUT dos anos 1990, 90% dos tomadores de decisão (os que participavam dos congressos) eram dirigentes/burocratas sindicais, no PT, percentual bem semelhante de parlamentares, ocupantes de cargos no Executivo e assessores passaram a controlar as convenções, encontros e congressos partidários, ditando uma linha de intervenção cada vez mais voltada para a institucionalidade e distante dos movimentos sociais que tinham impulsionado o partido nos seus primeiros dez anos de existência.

Os escândalos de corrupção de petistas dentro do governo e fora dele, no primeiro mandato de Lula da Silva, apenas confirmaram o que para os setores que perseveraram numa posição de autonomia já estava patente: o PT havia se transformado em mais um partido – um partido “como outro qualquer” – do jogo parlamentar-institucional brasileiro. E, como qualquer outro, em um partido que governa segundo os interesses das classes dominantes, com a vantagem de que sua influência sobre extensas fatias dos movimentos da classe trabalhadora, da CUT aos diversos movimentos sociais dirigidos por militantes petistas, o habilitava a garantir maiores níveis de consenso em torno de políticas que atendiam, ao fim e ao cabo, aos interesses estratégicos dos dominantes, habilitando-o a cumprir o papel de “esquerda do capital”.

Por convicção política e por compromisso direto – participando dos conselhos gestores de fundos públicos e privados, bem como de estatais e empresas privatizadas,

assim como governando estados e municípios “para todos” –, os dirigentes da CUT e do PT já vinham de algum tempo entrelaçando seus interesses aos das classes dominantes, mesmo que como sócios muito minoritários de seus negócios. Daí que o compromisso do governo Lula da Silva com o grande capital, especialmente no chamado “setor financeiro” e na produção de *commodities*, revelado na composição do seu primeiro ministério em 2003 e no conteúdo de suas políticas, não possa ser tomado com espanto ou simplesmente classificado como uma “traição inesperada”.

Por fim, em relação ao MST, o balanço há que ser muito mais cuidadoso. Aqui só podemos esboçar alguns elementos para tal análise. Em primeiro lugar, conforme já mencionei, é preciso lembrar que, na década de 1990, enquanto o setor até ali mais combativo do movimento sindical, identificado com a CUT, vivia um nítido declínio mobilizatório, a luta dos sem-terra viveu seu momento de clímax, com o maior volume de mobilizações de sua história, o que credenciou o MST a se apresentar como principal referência de resistência aos governos neoliberais da época, algo simbolizado pela Marcha Nacional de 1997.

Contudo, nos últimos anos, o movimento passou a encarar duas contradições que lhe são, de certa forma, estruturais. Uma delas diz respeito aos limites da proposta de reforma agrária nos marcos das leis atuais (desapropriação com indenização prévia) e do mercado capitalista (assentamentos com títulos de pequenas parcelas distribuídos para as famílias e necessidade de enfrentamento da concorrência e dos créditos de mercado para sustentar a agricultura de gêneros). Tal quadro introduz no movimento uma enorme dificuldade de manter a “identidade sem-terra”, construída em anos de solidariedade e luta coletiva nas difíceis condições de vida dos acampamentos. Os assentados, transformados em pequenos proprietários, tendem a buscar a acumulação privada – ainda que em condições adversas – rejeitando muitas vezes a organização coletiva da produção. E o fazem buscando a integração com um mercado dominado pela grande empresa capitalista no campo, via cooperativas presas à cadeia produtiva do agronegócio ou mesmo às sementes transgênicas disseminadas pelas multinacionais do setor. Reações centradas em propostas como a de “recampanização”, ou o esforço da direção do movimento para incentivar a produção agrícola orgânica devem ser registrados, mas não são suficientes para reverter completamente as tendências à submissão ao mercado.

É justamente no caráter atual da grande propriedade no campo, o agronegócio, que reside o outro limite estrutural do movimento. Organizado para combater o “latifúndio improdutivo”, o MST se confronta hoje com uma grande propriedade cuja face principal é tudo – destruidora do meio ambiente, grileira, utilizando até mesmo o trabalho escravo –, menos improdutivo. É fato que o movimento já incorporou esse dado em suas análises, mas, a não ser pelas ações das mulheres do MST e da Via Campesina, que sistematicamente têm-se enfrentado com o agronegócio, as ações tradicionais de ocupação de prédios públicos e terras em litígio continuam a dominar os calendários de luta do movimento.

Esses aspectos ajudam a entender o refluxo recente do MST. Porém, no governo de Lula da Silva outra questão há que ser levantada: a dependência em relação ao Estado. Não apenas por conta da estratégia da pressão por desapropriações que dependem da ação do poder público, mas principalmente porque nesse governo avançou a captação de recursos do Ministério do Desenvolvimento Agrário, da Educação e Cultura para projetos – de educação rural, formação técnica, cestas básicas para acampados, polos de cultura, entre vários outros –, amarrando em grande medida a sobrevivência da estrutura do movimento aos repasses de verbas públicas. Some-se a isso o fato de que as políticas sociais focalizadas (porém de massas) de Lula da Silva atingem boa parte da base potencialmente mobilizável pelo movimento.

Ainda assim, o MST não abandonou a luta, mantendo calendários regulares de mobilizações e ocupações e investindo, de uma forma diferenciada em relação à tradição recente da CUT e do PT, em uma política nacional de formação, voltada principalmente para os militantes do movimento, mas também aberta a militantes de outras frentes de luta, que vem gerando um importante acúmulo na constituição de quadros políticos da classe trabalhadora capazes de formulação analítica e de intervenção política em bases de massas, com um horizonte socialista evidente em suas formulações.

Em face dessas condições específicas de se manter em luta e formar novos quadros com um perfil combativo, era de esperar que o MST vivesse, como vive, contradições profundas em suas relações com o PT, partido por meio do qual o movimento procurou irradiar as suas propostas e representar seus interesses. Diante do transformismo petista e do óbvio vínculo do governo Lula da Silva com o grande capital, incluído aí o agronegócio, não há como não criticá-lo, e o MST o faz. Porém, a dependência objetiva de verbas públicas e, talvez principalmente, a ausência de uma elaboração estratégica alternativa ao programa democrático popular petista (em alguns momentos até mesmo o seu rebaixamento ao nível do nacional-desenvolvimentismo), explicitam-se na contradição de ainda assim orientar suas bases sociais para votarem em Lula da Silva, em Dilma e no PT.

Desse rápido passeio pelas principais organizações construídas pela classe desde o período final da ditadura fica uma avaliação obviamente negativa. Refluxo das lutas, adaptação das lideranças e dos projetos à ordem, integração ao governo, subordinação à lógica do capital são algumas das faces da tragédia recente dessas organizações.

REORGANIZAÇÃO?

Por conta da análise dessa trajetória, é comum que muitos analistas afirmem que não apenas chegou ao fim o ciclo de lutas da classe trabalhadora iniciado com as greves do ABC em 1978, mas também, conforme a lógica de classe que as gerou, já não cumprem mais um papel histórico as organizações oriundas daquele ciclo, em particular o PT e a CUT. Não se pode, porém, assegurar que outro ciclo se instaurou.

Em primeiro lugar porque, se são visíveis múltiplas e diferenciadas mobilizações de frações da classe, as lutas se dão de forma extremamente fragmentada, sem articulação e na ausência de qualquer direção unificada legitimada pelos movimentos. Isso se deve a condições objetivas de fragmentação da classe, mas também a aspectos subjetivos. De um lado, muitos dos sujeitos desses movimentos acabam identificando-se apenas por características parciais da sua condição social (vizinhos na comunidade, vítimas de violência do Estado, oprimidos racialmente, entre outras identidades), ou mesmo pelo qualificativo que as políticas públicas focalizadas lhes atribuem: pobres.

Por outro lado, mesmo quando a identidade de classe é marcadamente assumida, a unidade não é simples. A falência da CUT como instrumento de luta e a virada a favor da ordem do PT são traduzidas por alguns setores combativos dos movimentos sociais como uma inevitabilidade de o sindicalismo derivar em peleguismo e de o partido político significar dirigismo e institucionalismo. Esse tipo de análise gera a ilusão “movimentista”, expressa nas proclamações de que o protagonismo das lutas pela transformação cabe diretamente aos movimentos, sem que se apresente qualquer perspectiva de unidade programática e prática que possa superar seu fracionamento. Porém, é forçoso reconhecer que há situações objetivas a fornecer argumentos para esse tipo de análise.

O problema maior desse ponto de vista é que as “novas” organizações, surgidas como resposta à crise de representatividade classista das “antigas”, não conseguiram ainda responder positivamente ao desafio de se apresentarem como realmente novas e trabalharem com consequência para a unificação dos movimentos em torno de direções legitimadas e um programa estratégico coerente que contribua positivamente para a instauração de um novo ciclo de lutas.

Do ponto de vista sindical, as experiências mais interessantes foram os processos de constituição da Central Sindical e Popular Conlutas (CSP-Conlutas) e da Intersindical, fundadas por setores dissidentes da CUT. A CSP, em particular, começou a ser construída em 2004 e, em maio de 2006, foi fundada com a denominação Conlutas. Com perfil de central, reúne sindicatos e movimentos sociais. Já a Intersindical, organizada pouco depois, foi criada com perfil estritamente sindical e filiou um número menor de entidades.

Entre 2009 e 2010 houve uma articulação para a unificação das duas entidades, tendo sido realizado em junho de 2010 um encontro com essa finalidade, que resgatou a denominação Conclat (usada no início dos anos 1980, no processo de criação da CUT). O processo de unificação, porém, não se completou. A maior parte dos militantes identificados com a Intersindical, entretanto, acabou abandonando o congresso antes de seu final, discordando das decisões da maioria dos delegados sobre alguns pontos, como o nome da nova entidade. Por trás das discordâncias formais, o fracasso da unificação foi decorrente da disputa entre correntes políticas pela composição da direção

da nova entidade, em que o congresso não seria a instância de eleição (e a direção seria exercida por uma coordenação apoiada em reuniões das entidades filiadas).

Assim, do Conclat de 2010 surgiu a CSP-Conlutas, ampliando (mas não tanto quanto se pretendia) o quadro de entidades sindicais e do movimento social antes reunidas na Conlutas. A Intersindical, por sua vez, se fragmentou em diferentes grupos, praticamente se diluindo. De qualquer forma, a representatividade dessas forças mais combativas no movimento sindical é ainda muito menor do que o necessário para influenciar significativamente movimentos de massa da classe trabalhadora. A CSP-Conlutas reuniu, em seu primeiro congresso após o Conclat, em 2011, representações de 114 sindicatos, mais de uma centena de oposições sindicais e 12 movimentos sociais, além de entidades de luta contra as opressões e do movimento estudantil. O Ministério do Trabalho reconhecia, em 2013, 86 entidades vinculadas à central. Como base de comparação, a CUT representa 3.438 entidades (o Ministério do Trabalho reconhece a filiação de 2.239), reunindo cerca de 7,5 milhões de trabalhadores sindicalizados e 22 milhões de trabalhadores na base.

Além dos limites de suas dimensões, a CSP-Conlutas e as demais forças da esquerda sindical que se propõem resgatar a capacidade de luta das organizações da classe trabalhadora enfrentam ainda um quadro de dificuldades, decorrente em grande medida de um modo de operação herdado da tradição cutista, que não são superadas pela simples declaração de intenções combativas. Uma das mais presentes é a prática de construção prévia do “acordo entre as tendências” em todas as questões que possam ser submetidas à deliberação plenária. Acordos e desacordos que explicam em grande medida o fracasso da unificação do Conclat em 2010 e as dificuldades para que o processo de construção da CSP seja pautado realmente pelas próprias organizações de base da classe.

Da mesma forma, a relação com a estrutura sindical está longe de ser equacionada no conjunto dos sindicatos que conformam as novas organizações. Pesquisando as organizações de ponta de cada uma dessas entidades, é possível notar que, por mais que se caracterizem pela combatividade, mantêm entre seus dirigentes um baixo grau de renovação, oferecem diversos “serviços” associados às velhas práticas assistenciais (colônias de férias, farmácias, convênios médicos etc.) e, embora proclamem sempre, raramente apresentam um elevado grau de organização na base, por meio de comissões de trabalhadores nos locais de trabalho, por exemplo.

Quanto às organizações partidárias, as dissidências do PT e outras organizações de esquerda inseridas na classe trabalhadora com um programa socialista são hoje, já com dez anos de governos petistas ainda muito limitadas em sua capacidade de impulsionar lutas da classe e enredadas nas contradições herdadas da própria cultura petista. Podem desempenhar, entretanto, um papel essencial, e mais necessário do que nunca. Trata-se de demonstrar que existe uma esquerda socialista que continua a apontar o caminho da transformação revolucionária, apresentando-se como alter-

nativa para os setores da classe trabalhadora decepcionados com os rumos atuais do PT. Com funcionamento nacionalmente articulado e intervenção nos movimentos, há hoje três partidos políticos que buscam ocupar esse espaço: o Partido Socialista dos Trabalhadores Unificado (PSTU), o Partido Comunista Brasileiro (PCB) e o Partido Socialismo e Liberdade (PSOL).

O PSTU é o primeiro partido organizado por uma dissidência do PT, constituído em 1994 após a expulsão/saída do grupo Convergência Socialista. Na fundação, o PSTU reuniu militantes da Convergência, do Partido da Libertação Proletária (PLP) – organização de origem prestista, antes Coletivo Gregório Bezerra, que atuou ao lado do PDT nos anos 1980 – e sindicalistas de esquerda que antes militavam em associação com a “CUT pela Base”. Logo o PLP se afastaria da nova legenda, e os militantes oriundos da Convergência passaram a dirigir o partido de forma mais homogênea. Resumidamente, o PSTU congrega uma militância influente nos meios sindicais (as chapas da Convergência na CUT chegavam a ter entre 10% e 20% dos votos nos anos 1980 e princípios dos 1990 e a CSP-Conlutas tem nos militantes do partido seu principal esteio hoje) e atua com visibilidade no movimento estudantil.

De tradição trotskista e vinculado ao ramo morenista (em referência à liderança do argentino Nahuel Moreno), o PSTU se caracteriza por uma intervenção política claramente marcada pela defesa da saída revolucionária como única possível para o socialismo. Aferrado ao modelo do partido de quadros de vanguarda e a um programa revolucionário que traduz de forma muito direta a experiência soviética de 1917 e as propostas do Programa de Transição de Trotsky para a leitura da realidade brasileira, o partido carece de uma formulação estratégica que responda às especificidades da trajetória histórica do país. Além disso, esbarra muitas vezes em práticas de sectarismo que limitam sua capacidade de dirigir efetivamente amplos setores da classe, sendo por eles muitas vezes identificado como portador de um discurso estreito e repetitivo.

O PCB tem longa e relevante história de atuação vinculada à classe trabalhadora no Brasil. A legenda atual, porém, é diminuta, pois surgiu após o X Congresso do Partido Comunista Brasileiro, realizado em 1992, que transformou o antigo PCB em Partido Popular Socialista (PPS), abandonando os laços programáticos com o socialismo e a revolução. Os setores resistentes a tais transformações, análogas às que ocorriam em outros países e mesmo em partidos de grande penetração social (como o Partido Comunista Italiano, que se converteu naquela conjuntura em Partido Democrático de Esquerda – PDS, da sigla em italiano), conseguiram registrar novamente a legenda do PCB em 1995. Após 2005, o PCB revisou sua linha histórica de defesa da etapa democrático-burguesa como fase prévia à revolução socialista no Brasil, fez a crítica aberta do governo de Lula da Silva e, no ano seguinte, orientou seus militantes a se retirarem da CUT. Em 2006, compôs com o PSTU e o PSOL a Frente de Esquerda que lançou a candidatura de Heloísa Helena à Presidência, embora tenha adotado posição diferenciada dos outros dois partidos, ao indicar apoio crítico a Lula no segundo turno daquele pleito. Com inserção nos movimentos sindical e estudantil

significativamente menor que a do PSTU, o PCB é formado por uma militância com longa experiência nas lutas sociais e dispõe de quadros intelectuais com reconhecida capacidade de elaboração. Sua intervenção é, porém, muito limitada a determinados espaços regionais e de movimentos, não possuindo maior capacidade convocatória e influência de massas.

Entre as três organizações, o PSOL é a mais jovem e também a maior. Fundado em 2004, originou-se do impulso da greve nacional do funcionalismo público contra a contrarreforma previdenciária proposta e aprovada por Lula da Silva em 2003, greve que encontrou voz institucional no grupo de parlamentares petistas que se recusou a votar favoravelmente à proposta (a senadora Heloísa Helena e os então deputados federais Babá, Luciana Genro e João Fontes). Desde o segundo semestre de 2003, iniciou-se um debate sobre a necessidade de um novo partido, do qual participou de forma ativa o próprio PSTU. Porém, pelas posições prévias dos dirigentes do PSTU e pelas prospecções de viabilidade de uma nova legenda que pudessem controlar, feitas pelas correntes políticas dos parlamentares “radicais” (um impasse que se expressou no debate sobre partido centralizado *versus* partido de tendências, mas que envolvia muitos outros elementos), a constituição do novo partido se deu em bases mais restritas que as representadas no movimento.

A expulsão dos parlamentares ditos radicais do PT deu início ao processo de formação do PSOL, que reuniu os grupos políticos ligados aos seus mandatos: o Movimento Esquerda Socialista (MES) e a Corrente Socialista dos Trabalhadores (CST); a dissidência da Democracia Socialista (DS) – tendência interna do PT da qual participava Heloísa Helena; o Coletivo Socialismo e Liberdade, grupo dissidente do PSTU; figuras públicas petistas que acompanharam os expulsos e saíram do partido, como Milton Temer e intelectuais como Leandro Konder, Carlos Nelson Coutinho, Francisco de Oliveira, Ricardo Antunes e Paulo Arantes; além de militantes sindicais do funcionalismo público que romperam em diferentes momentos com o PT e a CUT, assim como militantes de outros pequenos grupos de esquerda. No segundo semestre de 2005, com o seu reconhecimento legal pela justiça eleitoral, após campanha nacional que recolheu mais de quinhentas mil assinaturas de apoio à sua criação, o partido recebeu a adesão de outros parlamentares dissidentes do PT (como Chico Alencar e Ivan Valente) e importantes figuras públicas daquele partido (como Plínio de Arruda Sampaio).

Na sua fundação, o PSOL apresentou-se como alternativa à experiência petista. O partido afirmava compromisso com a estratégia socialista em um programa provisório ainda muito simples e numa perspectiva de funcionamento interno democrático, com direito a tendências, nucleação de base, instâncias decisórias controladas pela representação de base do partido e filiação apenas de militantes, que fossem comprometidos com a autossustentação do partido, e não aceitassem financiamento de multinacionais, empreiteiras e bancos para as suas campanhas. Tudo isso definido em seu estatuto, também provisório.

A aliança na campanha presidencial de 2006 resultou em uma votação de cerca de 7%, a terceira maior, para Heloísa Helena, demonstrando que a Frente de Esquerda formada com o PSTU e o PCB trazia alguma visibilidade eleitoral. Do ponto de vista da inserção nos movimentos sociais, o PSOL tem militantes na direção de diversos sindicatos engajados tanto na construção da CSP-Conlutas quanto da Intersindical, além de correntes sindicais não nucleadas em centrais. Dirige uma parte significativa das organizações estudantis das universidades públicas e tem uma pequena participação no movimento de luta pela reforma agrária. Em cidades como o Rio de Janeiro, está inserido em movimentos sociais urbanos. Elegeru três deputados federais e assumiu uma vaga no Senado em 2006/2007 e em 2013 (após as eleições de 2010) continuava a contar com três deputados federais, um senador, além de quatro deputados estaduais e dois prefeitos eleitos em 2012.

Pelas suas dimensões e pelas expectativas criadas quando de sua construção, o PSOL é, entre os três partidos aqui abordados, o que tem maiores responsabilidades em se apresentar como alternativa à tragédia petista. Na sua curta vida, porém, tem demonstrado ser ainda muito mais herdeiro que dissidente daquela tragédia. Se o seu programa oficial afirma o socialismo e a via revolucionária para alcançá-lo, na prática as posições vitoriosas em seus espaços deliberativos reafirmam o programa democrático-popular que embasou a reviravolta estratégica petista. Se os estatutos afirmam as bases para um funcionamento democrático e militante, na prática tais estatutos são sistematicamente desrespeitados. Na fase de construção do partido isso se fez sob a justificativa da provisoriedade e nos anos seguintes, pelos imperativos da prática e da “viabilidade”. Os núcleos raramente funcionam, os momentos deliberativos tenderam a ser dominados por “blocos majoritários”, que se formavam em meio às disputas de tendências nos congressos partidários. No dia a dia do partido, os parlamentares, mais que as instâncias, ditam a intervenção pública do PSOL.

A luta institucional continua sendo claramente prioritária em relação à intervenção nos movimentos sociais, e o eleitoralismo é ainda mais trágico, porque nas campanhas eleitorais a maioria dos seus candidatos tem apresentado programas rebaixados ao simples combate à corrupção. A política de alianças foi sendo flexibilizada para acordos com partidos da ordem (e mesmo da base de sustentação do governo) e até financiamentos de grandes empresas multinacionais foram aceitos, sem muito espaço para questionamentos. Em suma, o PSOL percorre rapidamente, em seus primeiros anos de existência, o caminho que o PT demorou duas décadas para percorrer e que, conforme denunciávamos quase unanimemente na fundação do novo partido, havia levado o PT ao bloco histórico hegemônico pelo capital.

Combinando na análise elementos como o perfil fragmentado e precarizado da classe trabalhadora e das relações de trabalho em que se insere, o transformismo das organizações surgidas das lutas dos anos 1980 (especialmente o PT e a CUT) e a fragilidade das organizações sindicais e partidárias construídas com o objetivo de

manter a perspectiva combativa e o projeto estratégico socialista de pé, chegamos a um quadro, de fato, pouco animador do ponto de vista das lutas da classe trabalhadora.

CONSIDERAÇÕES FINAIS: A CLASSE TRABALHADORA E AS JORNADAS DE JUNHO

O quadro descrito até aqui não fazia prever grandes mobilizações na conjuntura em curso, até que, em junho de 2013, multidões irromperam às ruas do país, em protestos de dimensão nacional e impacto social e político significativo. Embora tenha sido concluído com os acontecimentos ainda em curso, o que impõe limitações de visão para qualquer análise, vale a pena refletir sobre o que tem sido chamado de “jornadas de junho”, relacionando esta reflexão a todos os aspectos discutidos até aqui.

Recuperando alguns elementos do processo, os primeiros atos ocorreram em torno da reivindicação de reversão dos reajustes de tarifas de transportes rodoviários urbanos. A partir da cidade de São Paulo, com atos de dimensões relativamente pequenas (por volta de duas mil pessoas nas primeiras manifestações até o dia 13 de junho), os movimentos cresceram. Na cidade do Rio, em 17 de junho, uma segunda-feira, cem mil pessoas foram às ruas. Na quinta-feira da mesma semana, eram cerca de um milhão de manifestantes no centro do Rio, e pelo menos mais um milhão nas cerca de quatrocentas cidades em todo o país em que ocorreram manifestações.

Para explicar essa explosão de descontentamento, expressa em protestos multitudinários, em pleno transcurso da Copa das Confederações e com menção às mobilizações turcas (e à volta às ruas de enormes contingentes no Egito), é preciso combinar alguns elementos de análise. O primeiro deles é a reivindicação original: a questão do reajuste nos valores das passagens do transporte público nas grandes cidades. Os primeiros manifestantes eram basicamente jovens (muitos estudantes), convocados, em São Paulo, pelo Movimento pelo Passe Livre – que já atua há quase uma década –, mas os setores mais atingidos pelo elevado custo e a péssima qualidade dos transportes urbanos são as parcelas mais precarizadas da classe trabalhadora, que moram nas periferias mais distantes e não dispõem de vale-transporte ou outras formas de salários indiretos para pagar os seus deslocamentos. Daí a simpatia ampla que os movimentos conquistaram. O segundo é a violência extrema com que as polícias, inicialmente de São Paulo, e depois em todos os demais locais em que ocorreram protestos, reprimiram as primeiras manifestações. O salto multitudinário das mobilizações na semana do dia 17 teve entre seus impulsos principais o sentimento de que o grau de violência na repressão a manifestações consideradas justas era inaceitável.

Segundo muitos comentaristas, a polícia cometeu excessos, por ser despreparada. Porém, não é exatamente despreparo o que os policiais demonstram quando atiram à queima-roupa em manifestantes, ou abusam do uso de bombas de gás, pois, como vimos, eles foram treinados para fazer isso todos os dias nas favelas e periferias das grandes cidades (com a diferença de que lá as balas que carregam em suas armas de guerra não são de borracha). Estão também habituados a aplicar essa força repressiva

contra todos os movimentos da classe trabalhadora que ousem ir além do papel de claqué dos governantes.

Da mesma forma foi condenada pelas multidões a cobertura da mídia empresarial monopolista, que nos primeiros dias procurava justificar o uso da força pela polícia. Repórteres e veículos das redes de TV foram hostilizados nas manifestações até que, no início de julho, a própria Rede Globo foi alvo de protestos específicos em frente às suas sedes no Rio de Janeiro e em São Paulo.

Assim, os protestos se ampliaram mesmo depois de governos do Rio de Janeiro, São Paulo e muitas outras cidades e estados brasileiros reverterem os reajustes das passagens dos transportes urbanos. A pauta também se ampliou, incluindo, além da questão dos transportes, bandeiras como defesa de mais gastos com saúde e educação, em detrimento de investimentos faraônicos em estádios de futebol para a Copa do Mundo (com as remoções e outras expropriações a eles associados).

Diante da persistência e do crescimento das multidões nas ruas, o “partido da ordem” se realinhou. O governo federal entrou em cena, reconhecendo a necessidade de “ouvir as ruas”, mas apresentando uma agenda, em resposta, que nem de longe refletia as reivindicações que emergiam dos atos. Governantes, mídia corporativa e políticos de direita começaram a elogiar as mobilizações como exemplo de cidadania, mas introduziram dois novos elementos no discurso que difundiram. O primeiro foi uma distinção: entre os cidadãos pacíficos e ordeiros nas ruas defendendo “um Brasil melhor” e a horda de “vândalos” e “radicais”, estes últimos os que estariam envolvidos em depredações e choques com a polícia. O segundo foi uma pauta: os manifestantes se mobilizavam (ou deveriam se mobilizar) contra a corrupção, contra os políticos em geral e, particularmente, rechaçavam (ou deveriam rechaçar) os partidos de esquerda, cujo objetivo seria aproveitarem-se das mobilizações para dirigir as massas para bandeiras que não seriam as suas.

O primeiro mote abria espaço para tentar resgatar a abalada legitimidade da polícia, inclusive sua face mais violenta (os batalhões de choque e de operações especiais), agora não mais para bater indiscriminadamente, mas para conter os “vândalos” e “radicais”. Ainda que sem obter grandes consensos, foi por esse viés que se buscou justificar a enorme demonstração de truculência da Polícia Militar do Rio de Janeiro em 20 de junho, que usou todo o seu arsenal “não letal” (incluindo os carros de combate usados nas favelas cariocas, apelidados de “caveirões”) para “limpar” o Centro e parte da Zona Sul da cidade de todos os que estivessem pelas ruas (e por bares, restaurantes e áreas de lazer da região), mesmo horas após ter sido encerrada a mobilização. Da mesma forma, foram justificados todos os atos de violência institucional policial contra as manifestações em dias de jogos da Copa das Confederações, nas suas cidades-sede.

Já o segundo mote, o da definição de uma pauta difusamente nacionalista e conservadora, gerou a incorporação aos atos da segunda quinzena de junho, ampliados para novos setores sociais, de bandeiras (contra determinadas propostas

de emendas à Constituição – PECs, contra os “corruptos”), uma indumentária (verde e amarelo, bandeira nacional), cânticos (o Hino Nacional, os *slogans* de propaganda futebolística da Globo) e gritos (“sem violência” e “sem partido”), adequados à linha conservadora, defendida pelos editorialistas e comentaristas dos mesmos veículos de comunicação monopolísticos que foram contraditoriamente criticados de forma dura pelos manifestantes. Também a direita organizada percebeu a oportunidade, foi para as ruas e atuou nas manifestações, com carros de som, faixas e *slogans* de grupos como o Movimento Brasil, ou mesmo por meio de milícias recrutadas para atacar os militantes de partidos de esquerda e movimentos sociais combativos, que chegaram a ser agredidos em várias cidades do país, especialmente em 20 de junho de 2013, algumas vezes com respaldo de parte da multidão, ao som do coro “sem partido”. Os movimentos de direita, entretanto, pegaram carona nas convocatórias da juventude, de tal forma que, no fim de junho, quando tentaram convocar sozinhos novas manifestações, viram sua representatividade ser realmente medida, com o comparecimento de algumas poucas centenas, ou mesmo dezenas, de pessoas às atividades que promoveram.

Enquanto isso, os atos, embora menos expressivos em quantidade de participantes, mantiveram-se, enfrentando cada vez maior repressão policial. Moradores de periferias e favelas, assim como sem-teto e sem-terra ampliaram seu envolvimento. Em 24 de junho, na sequência de uma manifestação na região, sob o pretexto de reprimir um “arrastão” de assaltantes na avenida Brasil, o Batalhão de Operações Policiais Especiais da Polícia Militar do Rio de Janeiro invadiu a favela Nova Holanda (na região chamada pela mídia corporativa de Complexo da Maré). O resultado da ação foram dez mortos. Mesmo sem o destaque da cobertura às manifestações, ficou visível para muitos setores que a violência da polícia é exercida de forma letal quando sua “missão” se desloca do Centro para a periferia.

Os setores mais combativos das organizações da classe trabalhadora começaram a se articular para atuar unificada e organizadamente nos protestos a partir dos desdobramentos das manifestações do dia 20 (ou seja, nitidamente atrasados). No dia 27 de junho, por exemplo, uma passeata convocada com esse perfil foi muito bem-sucedida no Centro do Rio de Janeiro. Porém, reuniu cerca de 15 mil manifestantes, exatos sete dias após a maior manifestação das jornadas ter levado às ruas cerca de um milhão de pessoas.

As centrais sindicais, incluídas as que apoiam o governo federal, sentiram a pressão das suas bases e acordaram convocar um Dia Nacional de Lutas, Paralisações e Manifestações. Os limites desse chamado ficaram evidentes na data escolhida – 11 de julho, três semanas depois do auge dos protestos – e no esforço das centrais governistas para não caracterizar o dia como de greve geral e para afirmar que a pauta dos manifestantes incluiria o apoio às propostas do governo federal. Greves de diversas categorias ocorreram e atos levaram os sindicalistas às ruas de todo o país. Foram atos significativamente mais reduzidos que os do mês anterior, apesar de todo o aparato de carros de som, camisetas, balões e outros ingredientes, indicando

que os sindicatos dispõem de recursos para potencializar lutas, mas não têm a mesma capacidade de convocação que tiveram em mais de duas décadas anteriores. As organizações e correntes mais combativas se fizeram presentes e responderam por muitas das paralisações, mas ainda assim com todos os limites comentados anteriormente, pois não poderiam sozinhas impulsionar um chamado mais amplo.

De qualquer forma, pela primeira vez depois de muitos anos marcados por fragmentação e recuos, o conjunto do movimento sindical parece ter avançado em direção a um acerto dos ponteiros com as ruas, território habitado muito mais frequentemente por suas lideranças e bases alguns anos atrás. Cabe arguir se sindicatos e partidos de esquerda serão capazes de abrir canais efetivos de diálogo político com os setores mais precarizados da classe trabalhadora que engrossaram as manifestações de massa, ou demonstram sua insatisfação em manifestações específicas nas favelas e periferias das grandes cidades brasileiras. Para tanto, seria fundamental que sindicatos e partidos, que dispõem de maior grau de articulação e de recursos, se apresentem para participar das mobilizações convocadas por esses setores, criando laços mais orgânicos com os movimentos que surgem daí. Fornecer apoio material – imprimindo panfletos, emprestando carros de som, apoiando juridicamente etc. – é um dos meios de geração da solidariedade e do sentimento de pertencimento à classe que pode surgir nesse processo. Mais decisiva, porém, será a capacidade que partidos e sindicatos combativos possam vir a desenvolver nos próximos passos em direção a unificação de suas pautas tradicionais com as reivindicações que emergiram das ruas.

Afinal, a defesa de transportes de qualidade, sob controle público e com gratuidade, é uma demanda que sempre foi apresentada pelos movimentos de esquerda. Da mesma forma, a luta por mais verbas para que saúde e educação públicas e de qualidade possam ser oferecidas a toda a população foi mantida (não sem grandes dificuldades e enfrentamentos com os governos) pelos sindicatos dos trabalhadores das áreas, especialmente no setor público. Ou seja, a pauta que ganhou voz ampliada nas manifestações de massa em grande medida estava sendo trabalhada cotidianamente por movimentos setoriais e partidos da classe trabalhadora.

Ainda mais expressivo, do ponto de vista da unificação das pautas, é o fato de que os alvos aparentemente secundários (cada vez mais primários) dos protestos contra os reajustes das tarifas – os monopólios de mídia em seu esforço incessante por moldar corações e mentes aos desígnios da ordem do capital e o braço policial/repressivo de um Estado que nunca abdicou de sua face mais dura, na contrarrevolução permanente que caracteriza a autocracia burguesa no Brasil (para lembrarmos Florestan Fernandes) – indicam uma novidade estimulante das manifestações em curso. Elas prenunciam uma possibilidade de ampliação do dissenso, um clima de levante latente contra aquelas que, conforme argumentei no início deste capítulo, são as duas faces mais fortes que, combinadas, trabalham para a contenção da luta de classes e caracterizam a dominação burguesa na atualidade brasileira: a imensa rede de aparelhos de criação de consensos e o nunca desmontado/sempre incrementado aparato de coerção repressiva.

Assim, se o quadro geral apresentado ao longo deste texto reflete um processo de refluxo das lutas da classe trabalhadora brasileira ao longo dos últimos vinte e poucos anos, o momento presente levanta expectativas sobre a possibilidade de estarmos diante de um novo ciclo de lutas. Para que tais expectativas se confirmem, entretanto, desafios imensos se apresentam diante da classe e de suas organizações. Muito mais como participantes do que como simples observadores, espero que estejamos à altura de tais desafios.

REFERÊNCIAS

- ARCARY, V. *Um Reformismo Quase sem Reformas: uma crítica marxista do governo Lula em defesa da revolução brasileira*. São Paulo: Sundermann, 2011.
- BENSAID, D. *Marx, o Intempestivo: grandezas e misérias de uma aventura crítica (séculos XIX e XX)*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- BENSAID, D. *Os Irredutíveis: teoremas da resistência para o tempo atual*. São Paulo: Boitempo, 2008.
- BRAGA, R. A maldição do trabalho barato. *Sociologia, Ciência e Vida*, 1: 1, 2012a. Disponível em: <<http://blogdaboitempo.com.br/2012/08/13/a-maldicao-do-trabalho-barato/>>. Acesso em: jun. 2013.
- CALLINICOS, A. *Making History: agency, structure, and change in social theory*. Chicago: Haymarket, 2009.
- CERQUEIRA, G. C. et al. (Orgs.). *Trabalho Escravo Contemporâneo no Brasil: contribuições críticas para sua análise e denúncia*. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2008.
- CORRÊA, M. Brasil tem segunda pior distribuição de renda em ranking da OCDE. *O Globo*. Rio de Janeiro, 19 mar. 2013. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/economia/brasil-tem-segunda-pior-distribuicao-de-renda-em-ranking-da-ocde-7887116>>. Acesso em: 27 out. 2015.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS (DIEESE). Balanço das greves em 2012. *Estudos e Pesquisas*, 66, 2013. Disponível em: <www.dieese.org.br/balancodasgreves/2012/estPesq66balancogreves2012.pdf>. Acesso em: 28 out. 2015.
- FONTANA, B. Hegemonia e nova ordem mundial. In: COUTINHO, C. N. & TEIXEIRA, A. *Ler Gramsci, Entender a Realidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2003.
- FONTES, V. *Reflexões Im-Pertinentes: história e capitalismo contemporâneo*. Rio de Janeiro: Bom Texto, 2005.
- FONTES, V. *O Brasil e o Capital-Imperialismo: teoria e história*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Editora UFRJ, 2010.
- GIRARDI, E. P. Atlas da questão agrária no Brasil. In: GIRARDI, E. P. *Proposição Teórico- Metodológica de uma Cartografia Geográfica Crítica e Sua Aplicação no Desenvolvimento do Atlas da Questão Agrária Brasileira*, 2008. Tese de Doutorado em Geografia, Presidente Prudente: Faculdade de Ciências e Tecnologia, Universidade Estadual Paulista, 2008. Disponível em: <www2.fct.unesp.br/nera/atlas/>. Acesso em: 25 jun. 2015.

- GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. v. 3. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.
- LÖWY, M. *A Teoria da Revolução no Jovem Marx*. Petrópolis: Vozes, 2002.
- MARX, K. *O Capital*. São Paulo: Abril Cultural, 1978. (Livro 1.)
- MARX, K. *O Capital*. v. 1. São Paulo: Abril Cultural, 1984.
- MARX, K. & ENGELS, F. *Obras Escolhidas*. Lisboa: Progresso, [s.d.].
- NEVES, L. M. W. (Org.). *A Nova Pedagogia da Hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.
- THOMPSON, E. P. *A Formação da Classe Operária Inglesa*. 3 v. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987-1988.

A Formação do Precariado Pós-Fordista no Brasil uma primeira aproximação

Ruy Braga

A eleição presidencial da mais importante liderança sindical da história brasileira, Luiz Inácio Lula da Silva, atraiu a atenção mundial dos interessados na trajetória e no destino histórico do país. No entanto, a esperança de que o novo governo se afastasse das políticas neoliberais adotadas pelas administrações anteriores foi logo substituída pela incredulidade. A garantia da independência operacional do Banco Central, a manutenção da taxa de juros em um elevado patamar, a conservação da política de metas inflacionárias e uma reforma da previdência pública que aumentou o tempo de contribuição do funcionalismo público, diminuindo os valores dos benefícios, deixaram muitos daqueles que haviam apoiado o Partido dos Trabalhadores (PT) um tanto perplexos. Como explicar essa mudança de rumos na trajetória do maior e mais importante partido político de esquerda latino-americana?

QUE É O “LULISMO”?

De fato, a vitória eleitoral do ex-operário metalúrgico para a Presidência da República coroou décadas de profundas transformações, tanto do regime de acumulação quanto do modo de regulação brasileiros. Sumariamente, apesar de ter alcançado relativo êxito por aproximadamente uma década e meia, a regulação autoritária viu-se enredada em flagrante crise no fim dos anos 1970. Com a redemocratização do país, a tentativa de substituição dessa por uma regulação neopopulista alicerçada no *pacto social* com o *novo sindicalismo* mostrou-se inviável, por motivos que vão

do aprofundamento da crise econômica, passando pela intensificação do impulso grevista na segunda metade da década de 1980, até a possibilidade real de Lula da Silva conquistar a Presidência da República em 1989.

Entretanto, a vitória eleitoral de Fernando Collor, em 1989, representou a transição para a regulação neoliberal. A partir de então, o próprio regime de acumulação transformou-se em objeto de sucessivos ajustes estruturais que, ao fim e ao cabo, asseguraram o nascimento do pós-fordismo financeirizado no país. Apesar do aperfeiçoamento do modo de regulação promovido pela burocracia lulista, esse regime de acumulação consolidou-se sem grandes contratempos ao longo dos anos 2000.

De uma perspectiva sociológica crítica, não nos parece exagerado afirmar que a mais influente das miradas sobre o pós-fordismo financeirizado no país veio sob a forma de dois ensaios do sociólogo Francisco de Oliveira. No primeiro deles, ao revisitar a teorização de inspiração da Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal) a respeito do subdesenvolvimento brasileiro, Oliveira (2003) aventou sua afamada hipótese acerca do surgimento de uma “nova classe” social no país oriunda da articulação da camada mais elevada de administradores de fundos de previdência complementar com a elite da burocracia sindical participante dos conselhos de administração desses mesmos fundos. Em seguida, por ocasião da vitória de Lula da Silva sobre Geraldo Alckmin em 2006, e tendo como pano de fundo o fim do conturbado período do “Mensalão”, escândalo político de compra de apoio no Congresso por parte do PT, Oliveira dedicou-se a formular algumas hipóteses acerca da resiliência do governo petista, alertando-nos para os efeitos politicamente regressivos que essa forma de dominação social acarretava para a cultura política democrática do país.

A partir daí, Oliveira (2003) sugeriu sua conjectura: no momento em que a “direção intelectual e moral” da sociedade brasileira parecia deslocar-se no sentido das classes subalternas, tendo no comando do aparato de Estado a burocracia sindical petista, a ordem burguesa mostrava-se mais robusta do que nunca. A esse curioso fenômeno “transformista” em que parte “dos de baixo” dirige o Estado por intermédio do programa “dos de cima”, Oliveira chamou “hegemonia às avessas”: vitórias políticas, intelectuais e morais “dos de baixo” fortalecem dialeticamente as relações sociais de exploração em benefício “dos de cima”.

Assim, décadas de luta contra a desigualdade e por uma sociedade alternativa à capitalista desaguaram na incontestável vitória de Lula da Silva em 2002. Quase imediatamente, o governo petista racionalizou, unificou e ampliou o programa de distribuição de renda conhecido como Bolsa Família, transformando a luta social contra a miséria e a desigualdade em um problema de gestão das políticas públicas. Para Francisco de Oliveira (2003), o governo de Lula da Silva instrumentalizou a pobreza ao transformá-la em uma questão administrativa. O Programa Bolsa Família teria garantido a maciça adesão dos setores pauperizados das classes subalternas ao

projeto do governo. Em síntese, jogando no campo de seu adversário eleitoral, isto é, no campo da instrumentalização da pobreza e da gestão burocrática dos conflitos sociais, o governo de Lula da Silva derrotou o Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), mas ao preço da despolitização generalizada das lutas sociais.

Reagindo às provocações de Oliveira, o cientista político André Singer (2009) reelaborou a tese de que o Programa Bolsa Família teria garantido a adesão dos setores pauperizados das classes subalternas ao governo petista. Conforme o argumento de Singer, a partir de maio de 2005, ou seja, durante o período do “Mensalão”, o governo federal teria perdido para a oposição tucana importante número de apoiadores conquistados em 2002 entre os setores médios urbanos. No entanto, atraídas pelas políticas públicas federais, as camadas pauperizadas do eleitorado brasileiro, tradicionalmente distantes de Lula da Silva, teriam se aproximado de seu governo e, num movimento conhecido na ciência política como *realinhamento eleitoral*, decidido sufragar o candidato situacionista em 2006.

Para André Singer, ao satisfazer, por meio das políticas públicas federais, os desejos de consumo de milhões de trabalhadores pobres e excluídos, o “lulismo” contentaria o subproletariado brasileiro, legitimando a conversão petista à ortodoxia financeira. Assim, um Lula da Silva à frente de uma massa estagnada e pauperizada teria logrado constituir uma nova força social, potencialmente progressista. Onde Oliveira (2003) percebeu os riscos de uma ampla despolitização das classes subalternas promovida pela hegemonia lulista, Singer (2009) identificou uma espécie de “ponto de fuga para a luta de classes” operado desde cima por um “nordestino saído das entranhas do subproletariado”. Em síntese, o subproletariado brasileiro estaria satisfeito com os graduais alívios em suas condições materiais de existência promovidos pelos dois governos de Lula da Silva. Aliás, como observou Perry Anderson (2011), tampouco Oliveira teria contestado a caracterização da “psicologia dos pobres” esboçada por Singer.

Na verdade, tanto Oliveira (2003) quanto Singer (2009) deslindaram aspectos decisivos, além de complementares, da atual “hegemonia lulista”. Enquanto Oliveira enfatizou a fusão dos movimentos sociais, particularmente o movimento sindical, ao aparelho de Estado e aos fundos de pensão, Singer enfocou o efeito eleitoralmente sedutor do sucesso das políticas públicas redistributivistas que garantiram uma destacada desconcentração de renda entre aqueles que vivem dos rendimentos do trabalho. Além disso, a combinação da ampliação do Programa Bolsa Família com os aumentos reais no salário mínimo e com o subsídio ao crédito popular interagiu com o crescimento econômico, ajudando a fortalecer a formalização do mercado de trabalho brasileiro (em 2010, 54,7% dos contratos estavam cobertos pela legislação trabalhista), a ponto de ultrapassar o pico (50,3% dos contratos cobertos pela legislação trabalhista) histórico da participação do emprego formal no mercado de trabalho alcançado na segunda metade dos anos 1980. De fato, entre 2003 e 2010, foram criados em média 2,1 milhões de empregos formais por ano.

Neste capítulo, pretendemos seguir as trilhas abertas por Oliveira (2003) e por Singer (2009) para a interpretação do atual momento histórico do país, enfatizando, para tanto, não a relação dos grupos mais pauperizados com as políticas públicas redistributivas, mas a relação do precariado brasileiro com o regime de acumulação pós-fordista e financeirizado que a hegemonia lulista ajudou a reproduzir na última década. Ou seja, pretendemos olhar para o “avesso” do lulismo. Para tanto, escolhemos investigar a trajetória recente do grupo de teleoperadores ou operadores de *telemarketing* da indústria paulistana de *call center* por considerarmos que o setor sintetiza as principais tendências do mercado de trabalho no país na última década: formalização, baixos salários, terceirização, significativo aumento do assalariamento feminino, incorporação de jovens não brancos, ampliação do emprego no setor de serviços, elevação da taxa de rotatividade do trabalho etc. Por tudo isso, compreendemos que ao estudarmos o destino histórico dos teleoperadores paulistanos, observamos alguns dos momentos-chave da formação do precariado pós-fordista no país.

TRABALHO E POLÍTICA: UM MODELO DE DESENVOLVIMENTO PÓS-FORDISTA E SEMIPERIFÉRICO

Apesar da forte desaceleração econômica vivida pela economia brasileira no biênio 2011-2012, o mercado de trabalho no país manteve-se relativamente estável e a tendência de desconcentração de renda na base da pirâmide salarial não foi revertida. Malgrado os planos de demissão voluntária (PDVs) anunciados em 2012 por algumas importantes montadoras, de maneira geral o mercado de trabalho brasileiro permanece aquecido. Além de alimentar uma sensação de que a crise econômica não é grave, essa conjuntura obliterou uma antiga lição da sociologia latino-americana: em países outrora colonizados e depois subdesenvolvidos, as modernas relações de produção capitalistas são dominadas pelo atraso, tendendo a reproduzir as bases materiais da produção massificada do trabalho barato e superexplorado.

Com o entusiasmo relacionado ao consumo popular ainda em alta, muitos se esqueceram de que, se olharmos por trás da relativa desconcentração de renda entre aqueles que vivem do trabalho experimentada durante o período de 2003 e 2010, encontraremos a dura realidade de uma sociedade semiperiférica cuja economia depende estruturalmente do baixo preço da força de trabalho. Aqui, argumentamos que, na última década, os trabalhadores se enredaram em um modelo de desenvolvimento pós-fordista e semiperiférico apoiado na desconcentração de renda e na precarização do trabalho. Se a gênese desse modelo remonta ao início dos anos 1990, quando as políticas de ajuste estrutural empreendidas pelos governos de Fernando Collor de Melo e Fernando Henrique Cardoso elevaram a taxa de desemprego aberto de 3% para 9,6% da população economicamente ativa, nocauteando a massa salarial, sua consolidação foi obra dos dois governos de Lula da Silva.

De fato, os anos 1990 foram muito difíceis para o movimento sindical brasileiro, em especial quando pensamos na conjuntura econômica marcada pelo desemprego de massas. As empresas promoveram um acelerado ciclo de reestruturação produtiva

que terceirizou, flexibilizou e precarizou o trabalho. Dois efeitos sobre o movimento sindical foram mais salientes: o recuo nas taxas de sindicalização e desmanche do militância de base em favor de um aumento do pragmatismo das cúpulas sindicais. Progressivamente, o movimento sindical foi abandonando o trabalho de organização de suas bases nos locais de trabalho em favor de um projeto político orientado pela eleição de seus dirigentes para cargos políticos. Segundo tese nunca totalmente assumida pelos sindicalistas brasileiros, afirmava-se que somente com a conquista do governo federal o movimento popular iria readquirir forças para enfrentar as empresas em benefício dos trabalhadores.

A assunção do PT ao governo anunciou a chegada desses novos tempos. Afinal, houve uma intensa reformulação do mercado de trabalho durante a década passada que, somada a um crescimento econômico médio da ordem de 4,1% ao ano, redundou em uma incorporação anual de aproximadamente 2,1 milhões de novos trabalhadores ao mercado formal. A base da pirâmide salarial aumentou nitidamente, fortalecendo o mercado de trabalho: entre 2004 e 2010, a participação relativa dos salários na renda nacional aumentou 10%, enquanto os rendimentos oriundos da propriedade decresceram cerca de 13%. No entanto, dos 2,1 milhões de novos postos de trabalho criados, cerca de dois milhões remuneravam o trabalhador com até o equivalente a 260 euros por mês. Eis o segredo de polichinelo: o crescimento econômico da década passada apoiou-se no trabalho barato.

Esses trabalhadores simplesmente não são capazes de poupar. Em outras palavras, todo o dinheiro que entrou na base da pirâmide salarial na última década foi imediatamente convertido em consumo popular. E o aumento desse tipo de consumo combinou-se com o barateamento das mercadorias proporcionado pelo aprofundamento da mundialização capitalista. Um novo padrão de consumo emergiu no país: pós-fordista, pois baseado na capacidade do regime de acumulação mundializado em multiplicar a oferta de novos bens; e popular, pois apoiado no crescente endividamento das famílias trabalhadoras que precisam esforçar-se demasiadamente para pagar as incontáveis prestações do comércio varejista.

Ocorre que esse novo padrão de consumo não repousa sobre ganhos de produtividade proporcionados pelo desenvolvimento da indústria nacional – na realidade, há pelo menos uma década, a estrutura social brasileira não percebe ganhos reais de produtividade –, mas, principalmente, sobre as economias de escala garantidas por alguns setores econômicos estratégicos que empregam força de trabalho não qualificada: mineração, petróleo, agroindústria e construção civil. Como consequência, a base da pirâmide alarga-se, mas remunera muito mal. A economia cresceu à custa da deterioração da indústria de transformação (de 27,8% do PIB, em 1988, passamos para 14,5% do PIB, em 2010), a única capaz de garantir ganhos reais de produtividade.

O atual ciclo de financeirização da economia, inaugurado nos anos 1990, não apenas promoveu a inserção da estrutura social brasileira na mundialização capitalista por meio de um modelo apoiado em elevadas taxas de juros, na independência

operacional do Banco Central e na política de flutuação cambial, mas também redefiniu as bases sociais do precariado do país. Se até meados dos anos 1990 a dinâmica nacional de criação de empregos concentrava-se na faixa de três a cinco salários mínimos, com a indústria respondendo por 40% das novas vagas, entre 1994 e 2008 a dinâmica do emprego deslocou-se para os serviços – 70% das vagas foram abertas nesse setor. Assim, aquela massa de seis milhões de trabalhadores desempregados formada entre 1994 e 2002 foi reabsorvida por ocupações serviços sub-remuneradas (até 1,5 salário mínimo). Isso fez com que a parcela dos ocupados nesta faixa salarial alcançasse 60% de todos os postos de trabalho do país (Dedecca & Rosandiski, 2006).

No entanto, aos aumentos do salário mínimo acima da inflação seguiu-se um endurecimento nas condições de consumo da força de trabalho: nos anos 2000, a taxa de rotatividade do trabalho do país aumentou cerca de 10% (de 33%, em 1999, para 36%, em 2009). Para aqueles que ganhavam entre 0,5 e 1,5 salário mínimo a taxa de rotatividade foi de 86% em 2009, ou seja, um aumento de 42% em comparação com 1999. Além disso, entre 1996 e 2010, a taxa de terceirização do trabalho aumentou em média 13% ao ano. A deterioração das condições de trabalho verificada nos anos 2000 torna-se ainda mais saliente se considerarmos que a maioria das novas vagas foi preenchida por jovens, mulheres e não brancos. Exatamente aqueles grupos historicamente mais suscetíveis às flutuações cíclicas do mercado de trabalho.

Isso talvez permita compreender por que mesmo após tantas transformações no mercado de trabalho entre 1999 e 2009 o número de trabalhadores domésticos tenha saltado de 5,5 milhões para 7,2 milhões. Assim, o emprego doméstico segue como a principal ocupação nacional, acompanhado de longe pelo trabalho no *telemarketing* (1,4 milhão). Aqui, cabe uma rápida observação: no Brasil, o emprego doméstico é uma das mais antigas formas de trabalho assalariado, remontando ao período da escravidão. Assim, não é coincidência que, ainda hoje, mais de 60% da força de trabalho doméstica seja formada por não brancos.

Além disso, cerca de 93% dos mais de sete milhões de trabalhadores domésticos são mulheres. Invisíveis à fiscalização do poder público, mesmo na principal metrópole brasileira, São Paulo, em 2009 apenas 38% das empregadas tinham carteira de trabalho. Em todo o país, a formalização do trabalho doméstico mal alcança os 30%. Além da resiliência da informalização do trabalho doméstico, outro dado chama a atenção: o envelhecimento dessa força de trabalho. De fato, entre 1999 e 2009, a maior concentração etária deslocou-se da faixa dos 20-30 anos para a faixa dos 40-50 anos de idade (Pochmann, 2012).

FORMAÇÃO DO PRECARIADO PÓS-FORDISTA NA INDÚSTRIA DO *CALL CENTER*

Esse envelhecimento nos remete a outra história. Atraídas pelos novos postos de trabalho formais abertos no setor de serviços nos anos 2000, as filhas das empregadas domésticas entraram aos milhares na indústria do *call center*. De fato, esse foi o

setor que, na última década, mais acolheu trabalhadores, em especial mulheres não brancas e jovens oriundos da informalidade, garantindo-lhes acesso aos direitos sociais, além de alguma qualificação técnica. No Brasil, a indústria do *call center* se formou apenas recentemente: na realidade, 96% das centrais de teleatividades brasileiras foram criadas após 1990, e 76% a partir de 1998, ano da privatização do sistema Telebrás e auge do neoliberalismo no país. Entre 1998 e 2002, o número de ocupados no setor cresceu a uma taxa anual de 15%, e dados do Ministério do Trabalho indicam que durante o governo Lula essa taxa aumentou para 20% ao ano, acumulando uma variação de 182,3% entre 2003 e 2009. Ao somar as centrais de teleatividades terceirizadas e as próprias, a Associação Brasileira de Telesserviços, entidade que representa as principais companhias de *call center*, estima que, em 2012, mais de 1,4 milhão de trabalhadores estariam empregados no setor.

Esse crescimento transformou o setor de *call center* na principal porta de entrada para os jovens no mercado formal de trabalho do país, além de criar a segunda e a terceira maiores empregadoras privadas brasileiras, respectivamente as companhias Contax (78.200 funcionários) e Atento (76.400 funcionários). Em suma, nascido do processo de desconstrução neoliberal do antigo sistema de solidariedade fordista, experimentando o aumento da concorrência e da fragmentação vivido pelos novos grupos de trabalhadores, o número de teleoperadores no país cresceu em um ritmo acelerado durante os dois mandatos de Lula da Silva. Resultado do amadurecimento de um novo regime de acumulação pós-fordista no país, os *call centers* brasileiros alimentam-se desse vasto contingente de trabalhadores jovens, especialmente mulheres e negros, em busca de uma primeira oportunidade no mercado formal de trabalho.

Os baixíssimos salários praticados no setor acompanham a pouca qualificação: após um treinamento básico, o teleoperador – ainda não proficiente – é colocado na posição de atendimento (PA), necessitando ficar atento aos procedimentos utilizados pelos colegas mais experientes para alcançar suas metas de vendas ou de número de atendimentos. Em nossa pesquisa de campo, pudemos registrar por meio de entrevistas que esse tipo de situação acrescenta uma importante carga de estresse nos primeiros meses de trabalho do teleoperador, até que ele se sinta habituado ao produto. Exatamente porque a indústria de *call center* não necessita, em termos gerais, de uma força de trabalho qualificada, as empresas se beneficiam de um regime de relações de trabalho apoiado em elevadas taxas de rotatividade.

Aliás, o ciclo ao qual o trabalhador está submetido é bastante conhecido pelas empresas: em geral, o teleoperador necessita de dois a três meses de experiência para se tornar proficiente no produto. Trata-se, como observado, de um período estressante, pois o desempenho exigido dificilmente é alcançado pelo trabalhador ainda inexperiente. Após esses primeiros meses, o teleoperador encontra-se apto a alcançar as metas. Começa um período de aproximadamente um ano ao longo do qual ele obtém certa satisfação residual em razão do domínio do produto. É o momento em que o teleoperador apresenta seu melhor desempenho, sendo reconhecido pela empresa por meio de brindes, da escolha de destaque da semana com foto na

parede, de pequenas festas ao fim da jornada de trabalho etc. Para tanto, é usual observar equipes formadas pela empresa contratante atuando junto às operações e especializadas em promover atividades motivacionais.

Uma característica importante do ciclo do teleoperador capaz de lançar alguma luz sobre o período em que ele alcança a satisfação residual diz respeito ao trabalho em equipe, predominante no setor, e que se impõe como uma necessidade do sistema de metas. Assim, existem metas individuais, do grupo e de toda a operação. A parte variável do salário do teleoperador é composta pela soma desses diferentes níveis. Logo, o funcionamento do sistema de metas tende a reforçar a solidariedade no interior do grupo de trabalho, estimulando ao mesmo tempo a emulação. Além disso, tendo em vista a grande concentração de jovens e mulheres no *telemarketing*, é muito comum a formação de “panelinhas”, pequenos grupos de jovens que se conhecem no trabalho, mas que também se encontram nas folgas e compartilham hábitos de lazer e de consumo. Relatos de viagens e de passeios com colegas de trabalho são frequentes. Durante as entrevistas com teleoperadoras, ficou patente a importância desses vínculos de amizade tanto para o sucesso das metas quanto para o desejo de permanecer na empresa ou na mesma operação.

No entanto, o endurecimento das metas, a rotinização do trabalho, o despotismo dos coordenadores de operação, os baixos salários e a negligência por parte das empresas em relação à ergonomia e à temperatura do ambiente promovem o adoecimento e alimentam o desinteresse pelo trabalho. Nessa fase, o teleoperador deixa de “dar o resultado”, sendo então demitido e substituído por outro, que recomeçará o mesmo ciclo. Em virtude da horizontalização hierárquica promovida pelos sistemas informacionais, as oportunidades de ascensão vertical no setor são escassas. Normalmente, o teleoperador insatisfeito deseja ser transferido para uma operação considerada mais fácil ou rentável relativamente à parte variável do salário: ascender à supervisão ou ser promovido para alguma função associada ao controle de qualidade. Em poucos casos, os salários são de fato incrementados ou as condições de trabalho modificam-se de forma acentuada. A via da demissão é bastante usual.

Evidentemente, a rotatividade produziu um acentuado descontentamento entre os teleoperadores entrevistados, em especial entre os mais experientes. A despeito de seus notáveis esforços individuais em ascender profissionalmente, seja frequentando uma faculdade particular noturna (quase um terço do total de teleoperadores de nossa amostra declarou estar cursando o ensino superior), seja tentando progredir para funções superiores na própria empresa, em raras ocasiões os teleoperadores lograram aumentar significativamente seus salários ou incrementar suas condições de trabalho. Afinal, como poderia ser diferente? Conforme mencionado, durante a última década, 94% dos empregos formais pagavam até 1,5 salário mínimo... O descontentamento observado durante as entrevistas só não foi maior porque o setor está em constante renovação por meio da chegada de importantes contingentes de trabalhadores jovens em busca do primeiro emprego no mercado formal.

De fato, para muitas teleoperadoras entrevistadas, a sensação de progresso ocupacional encontra-se fortemente associada à transição da informalidade para a formalidade. Durante nossa pesquisa de campo, entrevistamos inúmeras jovens teleoperadoras filhas de empregadas domésticas que claramente identificaram no contraponto ao trabalho doméstico – destituído de prestígio, desqualificado, subremunerado e incapaz de proporcionar um horizonte profissional – a principal razão de ter buscado a indústria do *call center* em vez de seguir os passos das mães – mesmo quando a diferença salarial era favorável ao trabalho doméstico.

No *telemarketing*, essas jovens perceberam a oportunidade tanto de alcançar direitos trabalhistas quanto de terminar a faculdade particular noturna que o trabalho doméstico, em virtude da incerteza dos horários, assim como da baixa intensidade dos direitos, é incapaz de prover. Assim, não é surpresa que a insatisfação na indústria de *call center* seja relativamente controlada pela contratação preferencial de certo “perfil” de trabalhador: com uma taxa de participação feminina na força de trabalho que gravita em torno de 70%, além de uma alta ocorrência de afrodescendentes, é possível dizer que o grupo brasileiro de teleoperadores é formado em sua maioria por jovens mulheres não brancas recém-saídas da informalidade. Trata-se daquela camada de trabalhadores que historicamente tem ocupado as piores posições no mercado de trabalho brasileiro, além de chefiar 80% das famílias monoparentais do país.

No entanto, o acúmulo de experiências com o infotaylorismo e com o regime de mobilização permanente da força de trabalho faz que esses trabalhadores desenvolvam comportamentos críticos em relação às empresas. Apesar das dificuldades estruturais à organização coletiva impostas pela indústria de *call center*, a partir especialmente de 2005 é possível verificar um progressivo aumento do nível de atividade sindical no setor.

O PRECARIADO PÓS-FORDISTA: ESTADO E SINDICALISMO NO BRASIL

Na realidade, a década de 2000, em especial após a eleição presidencial de Lula da Silva em 2002, foi marcada por uma verdadeira reviravolta nas relações entre o sindicalismo brasileiro e o aparelho de Estado que nos ajuda a compreender as mudanças recentes verificadas nos sindicatos que atuam na indústria paulistana de *call center*.

O primeiro governo de Lula da Silva preencheu aproximadamente metade dos cargos superiores de direção e assessoramento – cerca de 1.305 vagas, no total – com sindicalistas que passaram a controlar um orçamento anual superior a 200 bilhões de reais. Além disso, posições estratégicas dos fundos de pensão das empresas estatais foram ocupadas por dirigentes sindicais. Vários deles assumiram posições de grande prestígio em empresas estatais – como Petrobras e Furnas Centrais Elétricas –, além de integrarem o conselho administrativo do Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES).

Exemplo desse processo observa-se na trajetória do Sindicato dos Bancários de São Paulo, um dos três sindicatos que atuam na indústria paulistana de *call center*. Como muitos sindicatos filiados à Central Única dos Trabalhadores (CUT), o Sindicato dos Bancários de São Paulo alinhou-se desde o primeiro momento ao governo de Lula da Silva. Além disso, é possível dizer que a cúpula dos bancários de São Paulo foi o principal meio de ligação da aliança afiançada por Lula da Silva entre a burocracia sindical petista e o capital financeiro. Na verdade, o cimento desse pacto foram os setores da burocracia sindical que se transformaram em gestores dos fundos de pensão e dos fundos salariais. O Sindicato dos Bancários de São Paulo forneceu os quadros políticos para essa operação. Enquanto os sindicalistas egressos das fileiras dos metalúrgicos da região do ABCD ocupavam-se da política trabalhista, e Luiz Marinho tomava assento no Ministério do Trabalho, os dirigentes sindicais bancários de São Paulo, como Gilmar Carneiro, Luiz Gushiken, Ricardo Berzoini e Sérgio Rosa, voavam rumo ao mercado financeiro, ocupando o comando do fundo de pensão dos funcionários do Banco do Brasil (Previ), da Petrobras (Petros) e da Caixa Econômica Federal (Funcef).

Na condição de investidores institucionais, o compromisso principal desse grupo de sindicalistas é com a liquidez e a rentabilidade dos ativos financeiros dos fundos. Muitos têm argumentado que, além de gerarem emprego e renda para os trabalhadores, os fundos teriam um papel importante na seleção de investimentos ecologicamente sustentáveis. Ao contrário, os fundos de pensão brasileiros têm atuado como uma linha estratégica do processo de fusões e aquisições de empresas no país e, em consequência, estão financiando a oligopolização econômica com efeitos sobre a intensificação dos ritmos de trabalho, o enfraquecimento do poder de negociação dos trabalhadores e o enxugamento dos setores administrativos das empresas. Isso sem mencionar sua crescente participação em duvidosos projetos de infraestrutura, como a usina hidrelétrica de Belo Monte, uma das principais fontes de preocupação dos ambientalistas brasileiros.

Essa função de linha auxiliar do investimento capitalista decorre da própria natureza periférica da estrutura econômica brasileira: como a taxa de poupança privada é historicamente baixa, o Estado é obrigado a recorrer à associação com o capital externo ou ao endividamento a fim de equacionar o problema do investimento capitalista no país. Nas palavras de Gramsci, “o Estado fabrica o fabricante”. Os fundos de pensão têm atuado nessa linha, buscando solucionar a relativa carência de capital para investimentos. O curioso é que, no período atual, a aposentadoria do trabalhador, administrada por burocratas sindicais oriundos do novo sindicalismo, está sendo usada para financiar o ciclo de fusões e aquisições de empresas, além de reforçar os investimentos no setor de produção de energia. Ou seja, os fundos de pensão transformaram-se em peças-chaves para a reprodução do atual modelo de desenvolvimento brasileiro.

Como era de esperar, esse modelo transformou a relação do sindicalismo da indústria de *call center* com o Estado. Ao longo de nossas entrevistas com dirigentes

sindicais, a opinião favorável ao governo Lula predominou amplamente. Para justificar sua adesão ao governo petista, os sindicalistas lançavam mão de frequentes comparações com a era Fernando Henrique Cardoso. Além disso, projetos de formação profissional – sem mencionar acordos com faculdades particulares – implantados pelos sindicatos dependem de recursos do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT) e contam com o apoio de programas federais, como o Programa Universidade para Todos (Prouni), que distribui bolsas de estudos parciais ou integrais para estudantes de baixa renda financiarem estudos em universidades privadas.

Uma das razões frequentemente mencionadas pelos teleoperadores para justificar seu desejo de permanecer trabalhando na indústria paulistana de *call center* é a jornada de trabalho de seis horas que lhes permite cursar uma faculdade noturna. Associada à garantia dos direitos trabalhistas, a possibilidade de continuar estudando exerce forte atração sobre esses trabalhadores, em especial sobre os mais jovens. Nesse caso, as políticas públicas do governo federal, como o Programa Universidade para Todos (ProUni), por exemplo, tendem a reforçar a regulação dos conflitos laborais por meio da reprodução de certo consentimento entre os trabalhadores capaz de enfraquecer o sentimento de inquietação com os salários e com as condições de trabalho. Os sindicatos do setor reconhecem o potencial dessas políticas públicas, atuando como uma linha auxiliar de apoio aos programas do governo federal.

Apesar disso, ao menos desde 2005, temos verificado com frequência a ocorrência de greves na indústria paulistana de *call center*. Trata-se de uma pequena reviravolta na prática política da categoria. Aos nossos olhos, a experiência compartilhada de discriminação por gênero, orientação sexual e raça estreitou laços de solidariedade entre os teleoperadores paulistanos, criando certa inclinação para a mobilização coletiva. O mesmo poderíamos dizer a respeito da vivência do adoecimento, mais frequente no setor entre as mulheres do que entre os homens. No entanto, é verdade que, por um lado, o fato de ser jovem, mulher e não branca produz um efeito disciplinador sobre o grupo de teleoperadores, por outro, certas questões interpretadas por elas como abuso de poder dos coordenadores de operações – quase sempre homens brancos – ou casos relatados de assédio sexual costumam ser explosivos nas empresas, catalisando o descontentamento latente e alimentando paralisações de protesto.

As dinâmicas relacionadas ao gênero não se esgotam aí. De acordo com o relato de sindicalistas de base de um dos sindicatos que atuam no setor, a existência de um comércio informal de lanches naturais, bolos e salgados, além de bijuterias, cosméticos e roupas, especialmente frequente entre as teleoperadoras, não apenas contribui para reforçar a renda mensal, mas ajuda também a criar redes horizontais de comunicação entre os trabalhadores que são acionadas durante os protestos, paralisações ou mesmo greves. Na realidade, as questões de gênero, associadas ou não às de raça, somam-se às características do processo do trabalho e ao despotismo fabril, para criar um equilíbrio provisório entre trabalhadoras e gerências. Não por acaso, uma gerente de recursos humanos da Empresa B entrevistada em 2004 relatou preferir recrutar,

sempre que possível, *gays*, pois, segundo sua experiência, estava cada dia mais difícil administrar os conflitos com as teleoperadoras (em especial as não brancas).

Dinâmicas transversais de gênero tornam-se especialmente salientes para a mobilização coletiva na indústria de *call center*, pois as centrais de teleatividades executam operações que respondem a diferentes ritmos em termos de metas, da natureza da atividade e dos níveis de remuneração. Em resumo: em razão da terceirização empresarial e à existência de múltiplos contratantes, é especialmente difícil sincronizar movimentos ou iniciativas a fim de paralisar uma Central de Teletendimento.

Assim, a experiência compartilhada de discriminação de gênero tende a agregar as equipes em torno de demandas comuns que circulam entre as diferentes operações por meio do pequeno comércio informal de produtos de higiene pessoal, por exemplo. No setor de *telemarketing*, a famosa “Rádio Peão” da indústria fordista foi substituída pela “Rádio Avon”.

Com isso, não queremos transmitir a impressão simplista de que os teleoperadores formam um grupo mobilizado sindicalmente. O mais correto seria dizer que estamos diante de trabalhadores que, a despeito das dificuldades interpostas à mobilização coletiva pela indústria de *call center*, começam a formar um embrião de consciência coletiva, forte o suficiente para garantir alguns passos importantes no caminho da auto-organização sindical. Acrescentaríamos que as mesmas características relativas à composição e à rotatividade da força de trabalho – baixa remuneração, discriminação de gênero e orientação sexual, forma subalterna de inserção ocupacional nas empresas, qualidade do processo de trabalho e falta de tradição de organização política – não representam obstáculos absolutos para a ação coletiva. Em alguns casos, essas condições podem, ao contrário, favorecer a deflagração da mobilização sindical.

Na verdade, o rápido e concentrado crescimento da indústria de *call center* no país, somado ao acúmulo de experiências no setor por parte dos próprios teleoperadores, tem usualmente favorecido o aparecimento de determinadas reivindicações sindicais de natureza ofensiva, baseadas não mais em questões relacionadas ao uso dos banheiros ou à baixa qualidade dos lanches, mas, por exemplo, em demandas por ganhos salariais reais e pela ampliação da participação nos lucros e resultados. Isso sem mencionar a resistência cotidiana expressa em paralisações de protesto contra alguma decisão empresarial interpretada como injustificada ou lesiva aos interesses dos teleoperadores. Assim, táticas defensivas de organização coletiva somam-se a ações ofensivas, compondo um quadro multifacetado da auto-organização política dos teleoperadores. Ao mesmo tempo, a dinâmica sindical no setor aparentemente traduz a pressão dos teleoperadores sobre os líderes do movimento por meio dos sindicalistas de base. A despeito da insuficiência das ações, ganhos organizativos oriundos dessa relação de pressão das bases sobre o movimento sindical são facilmente perceptíveis.

Isso também acontece com a relação dos teleoperadores com o modelo de desenvolvimento pós-fordista. Afinal, a ligação entre a recente expansão do acesso ao crédito e o aumento do consumo popular com repercussões positivas sobre a popularidade presidencial já se tornou uma banalidade entre os pesquisadores e jornalistas econômicos. Não causa espanto, especialmente quando pensamos na histórica desigualdade social brasileira e nas carências que essa situação alimenta. No entanto, o avesso desse modelo não tem recebido a mesma atenção dos analistas do lulismo. Ao enfatizar os resultados eleitorais, as políticas públicas e o transformismo sindical, o debate atual mostrou-se desinteressado em investigar os dilemas e os dissabores vividos pelo precariado brasileiro.

Na realidade, um olhar mais atento revela a estreita margem de concessões aos trabalhadores consentida pelo modelo de desenvolvimento pós-fordista. Afinal, mesmo a celebrada política de aumentos do salário mínimo acima da inflação praticada pelo governo federal desde 2006 serve para ilustrar a precariedade da cidadania salarial no país. Para efeitos comparativos, vale lembrar que o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese) calcula que o salário mínimo necessário para o trabalhador suprir despesas básicas familiares com alimentação, moradia, saúde, educação, vestuário, higiene, transporte, lazer e previdência, como determina a Constituição Federal, deveria ser de R\$ 1.174,63 (em março de 2011). Para o cálculo do salário mínimo de 2012 (US\$ 311,00), o governo federal repassou o índice da inflação, acrescentando a variação do PIB no período.

Assim como aconteceu durante a hegemonia populista (1945-1964), o atual regime de acumulação pós-fordista cristalizou uma face despótica, que segue alimentando uma insatisfação difusa na base, cuja regulação dos conflitos trabalhistas começa a emitir seus primeiros sinais de fadiga. Bastaria lembrarmos a onda de paralisações, greves e rebeliões operárias que se espalhou em março de 2011 pela indústria da construção civil, atingindo algumas das principais obras do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) do governo federal: 22 mil trabalhadores parados na hidrelétrica de Jirau em Rondônia; 16 mil na hidrelétrica de Santo Antônio; alguns milhares na hidrelétrica de São Domingos no Mato Grosso do Sul; 80 mil trabalhadores grevistas em diferentes frentes de trabalho na Bahia e no Ceará; dezenas de milhares no complexo petroquímico de Suape em Pernambuco. Tudo somado, o Dieese calculou em 170 mil o número de trabalhadores que, somente em março de 2011, cruzaram os braços. Sem mencionar outras importantes greves nacionais ocorridas em 2011 – como a dos bancários, com ampla participação dos teleoperadores terceirizados pelos bancos, e a dos trabalhadores dos Correios, por exemplo –, o impulso grevista permaneceu ativo em 2012. Nas obras de Belo Monte, cerca de sete mil trabalhadores espalhados por todas as frentes de trabalho da usina hidrelétrica cruzaram os braços por 12 dias. No Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (Comperj), localizado em Itaboraí, pelo menos 15 mil trabalhadores entraram em greve no dia 9 de abril, permanecendo 31 dias parados. Ainda no início do ano, foram registrados dez dias de greve em Jirau e na

plataforma da Petrobras em São Roque do Paraguaçu (BA), além de novas paralisações em Suape, greves em várias obras dos estádios da Copa do Mundo de futebol etc.

Nas pautas operárias, encontramos invariavelmente demandas por reajuste dos salários, adicional de periculosidade, equiparação salarial para as mesmas funções, direito de voltar para as regiões de origem a cada noventa dias, fim dos maus-tratos, melhoria de segurança, da estrutura sanitária e da alimentação nos alojamentos. Ou seja, demandas que nos remetem ao velho regime fabril despótico, agora revigorado pelas terceirizações e pelas subcontratações.

Acompanhando a formação do precariado pós-fordista na indústria paulistana do *call center*, pudemos perceber os dois lados do atual modelo de desenvolvimento: o acesso aos direitos sociais, mas à custa de baixos salários e precárias condições de trabalho. A angústia do precariado volta-se por fim para os sindicatos que se veem obrigados a lançar mão de uma série de iniciativas com a finalidade de responder à nova dinâmica do conflito industrial produzida pelo crescimento do setor. Nesse caminho, os sindicalistas buscam conectar os teleoperadores às políticas públicas do governo federal, aliviando a insatisfação operária ao aproximá-los do atual modo de regulação.

No entanto, essa aproximação também promove o efeito inverso, ao revelar para os teleoperadores a escassez de contrapartidas inerente à cidadania salarial pós-fordista. Um exemplo pode ser percebido na financeirização do consumo popular por meio do aumento do crédito consignado.

As meninas acabam de entrar na Empresa A e já pegam um cartão [de crédito]. No primeiro mês, compram roupa de marca, celular, DVD e TV de última geração, e depois ficam penduradas pra pagar tudo. Daí é aquilo que todo mundo sabe: ficam se matando na PA porque têm que pagar o cartão.
(Relato de uma teleoperadora, em fev. 2006)

Na realidade, a dialética da modernização periférica não se submete à fixação de um *télos* abstrato – para alguns, o próprio crescimento econômico interpretado como um fim em si mesmo –, supostamente capaz de superar o subdesenvolvimento brasileiro. Em síntese – essa é a sugestão de Francisco de Oliveira (2010) –, o núcleo racional do problema deve ser buscado na história da dominação do atraso sobre o moderno na periferia do sistema. Evidentemente, isso não implica afirmar que, do ponto de vista dos trabalhadores, não existam tendências progressistas no atual momento hegemônico. Apenas reconhecemos que a evolução das lutas de classes no país é, fundamentalmente, reprodutivista e, em consequência, conservadora.

Negação do sindicalismo populista: o novo sindicalismo negou sua própria negação ao assumir a direção do modelo de desenvolvimento pós-fordista no país. O reformismo petista deixou de ser plebeu para se transformar em um reformismo (quase sem reformas) de gabinetes. No entanto, da mesma maneira que a reprodução do regime de acumulação despótico nos anos 1950 e 1960 alimentou a inquietação

operária, pressionando a regulação populista, também o atual regime de acumulação financeirizado pressiona a regulação lulista, complexificando a reprodução das condições sociais de produção do trabalho barato no país.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Entre os anos 2003 e 2010, assistimos no Brasil a um ciclo de desconcentração de renda entre os que vivem dos rendimentos do trabalho que, no entanto, apresenta limites muito precisos. O mercado de trabalho brasileiro tem notórias dificuldades de criar empregos mais qualificados do que aqueles facilmente encontrados, por exemplo, no setor de serviços pessoais ou na construção civil. Além disso, as condições de trabalho estão se deteriorando, com o aumento da taxa de rotatividade e da flexibilização do emprego, além da elevação do número de acidentes de trabalho no país. Assim, conforme se aprofunda a experiência social da classe trabalhadora brasileira com o atual modelo de desenvolvimento, ainda mais problemático se torna o controle, pelo movimento sindical, da inquietação das bases com os baixos salários, a deterioração das condições de trabalho e o aumento do endividamento das famílias trabalhadoras. Desde 2008, o sindicalismo brasileiro percebeu essa inquietação e vem sendo obrigado a promover greves e paralisações, ainda que as lideranças sindicais lulistas não desejem encabeçar movimentos paradistas capazes de atingir o governo federal.

A reprodução das condições estruturais da produção do trabalho barato é um traço característico do capitalismo brasileiro. Por isso, o atual modelo de desenvolvimento não pode prescindir de altos níveis de precarização do trabalho que promovem a inquietação social. Assim, o precariado brasileiro vê-se obrigado a se mobilizar politicamente a fim de assegurar as condições mínimas de sua própria reprodução. Historicamente, a industrialização fordista brasileira desenvolveu-se sob o signo da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). Com a CLT, o regime varguista (1930-1954) criou um campo legítimo de disputas, rapidamente ocupado pelo proletariado precarizado. Após a Segunda Guerra Mundial, alguns milhões de trabalhadores migrantes, atraídos pela possibilidade de proteção trabalhista, assim como pelos novos empregos industriais, deixaram o campo e as pequenas cidades do interior, acantonando-se nas periferias das grandes metrópoles.

Símbolo desse processo, a carteira de trabalho passou a evocar a promessa da cidadania salarial: ao progresso material ia se somar a proteção do trabalhador. No entanto, a simples existência de leis trabalhistas jamais garantiu a satisfação dessa expectativa histórica. Ao contrário, desde os anos 1940, as classes subalternas mobilizam-se ininterruptamente a fim de garantir, efetivar e ampliar seus direitos de cidadania previstos na lei. Por isso, não parece exagerado afirmar que, no Brasil, em grande medida, a consciência da classe trabalhadora confunde-se com a consciência do direito a ter direitos. E essa forma de consciência de classe está reemergindo nos dias atuais.

REFERÊNCIAS

- ANDERSON, P. Lula's Brazil. *London Review of Books*, 33(7): 3-12, 2011.
- ANTUNES, R. & BRAGA, R. (Orgs.). *Infoproletários: degradação real do trabalho virtual*. São Paulo: Boitempo, 2009.
- DEDECCA, C. S. & ROSANDISKI, E. N. Recuperação econômica e a geração de empregos formais. *Parcerias Estratégicas*, 22: 169-190, 2006.
- OLIVEIRA, F. *Crítica à Razão Dualista e o Ornitorrinco*. São Paulo: Boitempo, 2003.
- OLIVEIRA, F. Hegemonia às avessas. In: OLIVEIRA, F.; BRAGA, R. & RIZEK, C. S. (Orgs.). *Hegemonia às Aversas: economia, política e cultura na era da servidão financeira*. São Paulo, Boitempo, 2010.
- POCHMANN, M. *Nova Classe Média? O trabalho na base da pirâmide social brasileira*. São Paulo: Boitempo, 2012.
- SINGER, A. Raízes sociais e ideológicas do lulismo. *Novos Estudos Cebrap*, 85: 83-102, 2009.

Trabalho em Saúde como a lógica mercantil determina seu processo de precarização

Moema Amélia Serpa Lopes de Souza

A temática que apresentamos para reflexão tem como eixo central a gestão da força de trabalho no campo da saúde. É uma abordagem complexa que exige a explicitação de três elementos fundamentais para compreender as implicações do trabalho em saúde sob as transformações societárias operadas na contemporaneidade, quais sejam: a interlocução das análises do trabalho no âmbito dos serviços públicos, as indicações das particularidades do trabalho em saúde e as atuais formas de gestão da força de trabalho expressas nos processos de precarização. A articulação desses elementos exprime um conjunto de particularidades que precisam ser pensadas como um ponto de partida para as análises que faremos a seguir.

É necessário ainda situar nossa reflexão reconhecendo o campo da saúde como um expressivo incorporador de força de trabalho, constituindo-se num amplo mercado de trabalho no âmbito público. Nesse sentido, é fundamental dimensionar as tensões postas nesse campo de estudo no momento em que a saúde assume características de bem comercializável, de mercadoria.

O setor Saúde vem retratando, de forma emblemática, a imposição da lógica do mercado nos serviços públicos no momento em que legitima a desigualdade do acesso à saúde e institui potenciais e ilusórios consumidores de serviços de saúde. O novo padrão de intervenção estatal vem imprimindo inovações no setor Saúde que estabelecem novas modalidades de gestão e prestação dos serviços de saúde tanto públicas quanto privadas, a exemplo das organizações sociais, das fundações estatais, da Empresa

Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) e da gestão pactuada. É um novo padrão de intervenção que tem fortes implicações sobre a força de trabalho do setor.

As atuais experiências do Sistema Único de Saúde (SUS) demonstram a influência sobre a força de trabalho dessas novas modalidades de gestão, em que prevalece uma lógica que reduz o trabalho humano a um simples componente do processo produtivo e a atenção à saúde a mero investimento que eleva a produtividade e melhora o desempenho econômico. Assim, as ações de saúde assumem conotação distinta do atendimento das necessidades sociais e clara função de racionalização produtiva. Na medida em que a saúde passa a ser funcional no processo de acumulação do capital, é fundamental que os aspectos que envolvem a organização e a estruturação da força de trabalho nesse setor sejam analisados, reconhecendo-se as condições estruturais que determinam a adoção desse modelo de gestão do trabalho e a forma como ele orienta e influencia o trabalho em saúde.

Neste capítulo, problematizam-se o trabalho em saúde no âmbito dos serviços públicos e suas expressões de precarização, determinadas pelo complexo processo de transformações do mundo contemporâneo. Para dar conta dessa abordagem, organizamos a exposição da temática considerando, inicialmente, a representação que assume o setor de serviços na atual lógica da organização produtiva e a apropriação dessa lógica por parte da gestão pública. Na sequência, destacamos as particularidades do trabalho no campo da saúde, sua especificidade e as tensões provocadas pela incompatibilidade de essa atividade responder aos requisitos da produtividade e lucratividade. E, finalizando, apresentamos as evidências do processo de precarização da força de trabalho em saúde levando em consideração a concretização da desregulamentação do trabalho nos serviços públicos.

O SETOR DE SERVIÇOS DENTRO DA REORGANIZAÇÃO PRODUTIVA DO CAPITAL: REFLEXÕES PRELIMINARES

A expressiva expansão do setor de serviços no conjunto das atividades econômicas, sob o comando da reestruturação produtiva do capital, reflete uma das mais marcantes características do novo perfil do mundo do trabalho, possibilitando o estabelecimento de novos vínculos nas relações sociais contemporâneas. Esse fenômeno de incorporação das atividades dos serviços à forma capitalista de produção expressa um acelerado processo de diversificação e complexificação do setor de serviços sob o comando da produção mundializada. Ao repercutir na estrutura produtiva e na configuração do mercado de trabalho, o setor de serviços se incorporou ao processo de acumulação capitalista com particularidades e especificidades no tocante à organização e ao processo de trabalho, assim como nas formas de regulamentação da força de trabalho.

Em seus estudos, Harvey (1994) destaca, no que tange às transformações político-econômicas do capitalismo datadas do fim do século passado, que a transição para a acumulação flexível foi acompanhada na ponta do consumo por uma mobilização de

artifícios de indução de necessidades e de transformações culturais que cederam lugar à efemeridade, ao espetáculo, à moda e à mercadificação de formas culturais. Essas mudanças na ponta do consumo, associadas às mudanças na produção, no volume de informações e no financiamento, “parecem estar na base de um notável aumento proporcional do emprego no setor de serviços a partir dos anos 70” (Harvey, 1994: 148).

Harvey (1994) argumenta que a contração do emprego industrial evidenciada depois dos anos 1970 dá relevância ao rápido e significativo aumento do emprego em serviços, não apenas na distribuição, nos transportes e nos serviços pessoais, mas também nas finanças, nos seguros, no setor de imóveis, bem como em outros segmentos, como saúde e educação. Constata-se que a expansão dos serviços, mesmo sendo atribuída ao crescimento da subcontratação e da consultoria, permite que atividades antes centralizadas nas empresas sejam repassadas para empresas terceirizadas. O autor destaca que essa expansão também pode ser atribuída à necessidade de acelerar o tempo de giro no consumo, por meio de mudanças na produção de bens e também de eventos culturais. Essas são mudanças significativas que estão em processo e precisam ser consideradas e “seja qual for a explicação completa para tratar da transformação das economias capitalistas avançadas a partir de 1970, é preciso considerar cuidadosamente essa marcada transformação da estrutura ocupacional” (Harvey, 1994: 149).

A tendência de expansão crescente do setor de serviços no fim dos anos 1980 é bem sinalizada por Antunes (2000), que indica ter o crescimento dos assalariados médios e de serviços permitido a incorporação da força de trabalho oriunda dos processos de reestruturação produtiva industrial e também da desindustrialização. Em que pese o crescimento da força de trabalho assalariada, essa expansão também tem sido afetada pelas mudanças organizacionais, tecnológicas e de gestão que ajustam os diferentes processos produtivos à racionalidade do capital e à lógica do mercado. Embora venha apresentando expressiva absorção de força de trabalho, acompanhando os moldes do setor industrial, o setor de serviços tem submetido seus trabalhadores a degradantes condições de trabalho, restrição de seus direitos trabalhistas e negação do contrato coletivo de trabalho.

Seguindo essa tendência, uma nova configuração no mundo do trabalho começa a se delinear com a expansão do setor de serviços, que é um fenômeno mundial e tem ocupado lugar de destaque no movimento do capitalismo contemporâneo, respondendo às exigências da acumulação do capital mundializado. Chesnais (1996: 185) assevera que “a internacionalização dos serviços tem a ver também com os grupos industriais, ciosos de manter sua ascendência sobre certas importantes atividades de serviços, complementares às operações centrais”.

É um eixo de novas possibilidades de acumulação que Chesnais (1996) identifica no conjunto dessa expansão dos serviços. Evidencia um movimento de transferência para a esfera mercantil de atividades que antes estavam sob o domínio do Estado e

eram estritamente regulamentadas ou administradas pela esfera estatal. De forma estratégica, isso se concretizou por duas vias: a desregulamentação dos serviços e a privatização das grandes estruturas de serviços públicos, a exemplo do setor de telecomunicações e dos bancos estatais.

Para Chesnais (1996), esse mecanismo responde ao movimento de mundialização do capital que, por esse caminho, encontra suas maiores oportunidades de investimento e de conquista de novos campos também rentáveis, possibilitando uma nova fronteira de lucratividade. O setor privado captura para si uma parcela das atividades do setor de serviços e, nesse caso, de forma bem específica, o potencial lucrativo dos serviços públicos. Como destaca o autor, “as fusões e aquisições assumiram, no movimento de mundialização dos serviços, a mesma importância que o setor manufatureiro” (Chesnais, 1996: 186).

Nesses termos, Mandel (1982) expõe um argumento relevante que explicita a estratégia de expansão mercantil nos serviços públicos. Ele indica que, ante a disponibilidade de grandes quantidades de capital que não encontram espaço de valorização na indústria propriamente dita, apresenta-se como pré-requisito a expansão do setor de serviços como novo campo da acumulação de capital. Enfatiza que se o capital se acumula em quantidades cada vez maiores e se uma parcela do capital social já não se valoriza,

As novas massas de capital penetrarão cada vez mais em áreas não produtivas, no sentido de que não criam mais-valia, onde tomarão o lugar do trabalho privado e da pequena empresa de maneira tão inexorável quanto na produção industrial de 100 ou 200 anos antes. (Mandel, 1982: 272)

Essas tendências se confirmam no início do século XXI e incorporam outro diferencial à expansão dos serviços: a emergência de uma imbricação entre o mundo produtivo industrial e o setor de serviços. A rigor, o que predomina é uma tendência de evolução convergente entre o setor industrial e o de serviços de forma que se atendam os interesses da acumulação e do mercado.

Diante dessas considerações preliminares, argumentamos que a expansão dos serviços é mobilizadora de novas formas de combinação do trabalho assalariado que respondem às inter-relações das atividades do setor industrial com as de serviços. Expressam novas formas de gestão da força de trabalho condicionadas pelas novas formas de subordinação do trabalho ao capital.

A rigor, no atual estágio da produção capitalista poderíamos até não nos referir mais à expansão dos serviços, haja vista que estes já estão integrados de tal forma à produção que o mais correto seria privilegiar as particularidades de sua incorporação nesse processo produtivo. Chesnais considera que a contraposição entre o setor industrial e os serviços está sendo abalada, “tanto pelos serviços ‘invadindo’ o setor manufatureiro, como pela indústria, cujas companhias, por sua vez, estão se diversificando no sentido dos serviços” (1996: 188).

A concretização dessa complexa relação é destacada por Salerno (2001), que ressalta que a produção de um bem material se associa a um conjunto de serviços. Esses serviços estão relacionados com garantia contra defeitos, assistência técnica, financiamento, entregas personalizadas, ou seja, a “indústria incorpora mais e mais, nos seus negócios e na sua estratégia competitiva, um pacote de serviços associado a seus produtos” (Salerno, 2001: 13). De outra parte, também se reconhece a possibilidade de uma “industrialização dos serviços” pela frequente incorporação e aplicação de técnicas e métodos tipicamente associados à indústria, como a padronização de produtos, a parcelização do trabalho e a separação entre planejamento e execução do trabalho, retratando toda a lógica produtiva do taylorismo (Salerno, 2001: 13).

Estamos em presença de duas lógicas, a industrial e a dos serviços, que se agregam numa relação tensa e ambivalente. A primeira tem origem na produção industrial racionalizadora da produtividade, que incorpora os preceitos do fordismo e as transformações ocorridas nos modelos produtivos. Ela raciocina privilegiando a maximização de sua produtividade direta, avaliando o mercado e a evolução de seu faturamento. Tem no consumidor apenas a estratégia para aumentar sua lucratividade. A lógica dos serviços, como argumenta Zarifian, tem sua base nos serviços públicos e como ideia principal a de “que o serviço não é somente o ponto de chegada da produção. É também o ponto de partida” (2001: 70). Nesse sentido, o autor destaca que a essa lógica se incorpora a “missão de serviço público”, indicando que é a finalidade, a função social que deve orientar toda a organização e sobre a qual se julgam os resultados.

Essa lógica dos serviços funciona na direção inversa à da lógica industrial, privilegiando a relação estabelecida com o destinatário, a clientela, com o qual mantém uma relação direta, criando laços de confiabilidade, compromisso e fidelidade. A “produção de serviços”, como define Zarifian (2001: 69), tem como foco as condições de existência dos indivíduos, e o serviço deve agir “sobre as condições de uso ou sobre as condições de vida do destinatário (um cliente, um usuário), de maneira que responda às necessidades e expectativas deste último”.

A rigor, a imbricação dessas lógicas constitui uma nova racionalidade em que os serviços, além de atenderem às necessidades de reprodução da força de trabalho, também incorporam as novas formas de assegurar a lucratividade. Como destaca Costa (1998), a expansão dos serviços sociais relacionados com o atendimento das necessidades de reprodução do trabalhador e de sua família – também expressão da atual fase de desenvolvimento capitalista – indica uma complexa e contraditória tensão. Uma tensão que se expressa na sua existência como serviço com um valor de uso social e coletivo e a possibilidade de a utilidade social desse serviço estar vinculada à geração de lucros, ou seja, à sua mercantilização. Os serviços de saúde, por exemplo, simbolizam essa versatilidade do capital em transformar uma atividade de serviço, caracterizada em princípio como improdutiva, em potencialmente lucrativa e produtiva para o capital.

Esses aspectos, sumariamente apresentados, indicam as potencialidades atribuídas às atividades relacionadas aos serviços nesse contexto de reordenamento da produção capitalista e nos permitem fazer a prospecção das implicações dessa lógica racionalizadora nos serviços públicos de saúde e, em particular, na força de trabalho inserida no setor.

O TRABALHO NOS SERVIÇOS E O TRABALHO EM SAÚDE

O processo de complexificação das demandas sociais, expresso pela ampliação das necessidades sociais, passa a exigir serviços que atendam a uma necessidade não mais particular, mas coletiva. A incorporação dessas necessidades por uma rede de serviços sociais de consumo coletivo se transforma em condição necessária para a reprodução da força de trabalho. Nesse sentido, estruturam-se e ampliam-se os chamados serviços de consumo coletivo, que compreendem, por exemplo, os transportes coletivos de passageiros, os serviços postais, as assistências médica e educacional.

No caso dos serviços de saúde, o que se vem efetivando, segundo Merhy e Franco (2007), é o processo de produção em saúde cada vez mais incorporado ao desenvolvimento do capital e, por consequência, atendendo à geração e à acumulação de riquezas. O direcionamento das ações para requisições dos interesses privatistas afasta cada vez mais o atendimento das necessidades coletivas. Merhy e Franco alertam ainda que essas práticas capturam uma lógica em que a força de trabalho, o corpo do trabalhador, assume um valor importante para o capital, é um insumo fundamental na produção de mercadorias e serviços. E acrescenta: “Cuidar deste valoroso ente, o corpo dos trabalhadores, é uma das funções precípuas dadas ao serviço de saúde, para manutenção do sistema produtivo” (Merhy & Franco, 2007: 67).

O crescimento da oferta de serviços de saúde que integram de forma maciça inovações tecnológicas, como equipamentos biomédicos e medicamentos, vem formando a ideia de que a saúde é um bem de consumo (Merhy & Franco, 2007). Porém, para os usuários dos serviços, especialmente os do serviço público, a saúde é um bem de uso, e a utilização da tecnologia é regulada pelas suas necessidades de proteção à saúde. Portanto, o acesso a essa tecnologia não pode ser restrito ao que não podem pagar pelo seu uso (Merhy & Franco, 2007: 65).

Os serviços de saúde passam a assumir uma nova modelagem que incorpora os avanços técnico-científicos de procedimentos, equipamentos e medicamentos à utilização intensiva do fator trabalho, o que implica modificações nas formas de organização do trabalho e na própria natureza do trabalho. Sendo uma forte tendência, essa lógica mercantil expressa uma flagrante contradição imposta ao serviço público de saúde: a incorporação do princípio da rentabilidade e da produtividade no setor Saúde. Em que pesem as contradições do sistema, a produtividade nesse setor não pode ser medida apenas pelo número de atos médicos executados – consultas, internações, exames, intervenções cirúrgicas –, pois este não é suficiente para indicar um padrão

de boas condições de saúde da população. A avaliação da rentabilidade no serviço de saúde não pode ter como base a maximização de serviços, mas a qualidade, a eficácia e o alcance sociopolítico das ações prestadas. 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: 124). Nessa perspectiva, 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).

Contrariando essas argumentações, as ações de saúde gerenciadas com exclusivo financiamento do Estado estão centradas nos serviços de menor complexidade, numa população mais vulnerável. Essa conduta respeita as orientações de investimentos das agências internacionais que priorizam investimentos em cestas de serviços e procuram manter padrões de morbimortalidade dentro dos parâmetros internacionais. Entretanto, esses serviços de saúde sofrem os rebatimentos de uma lógica mercantil massificada nos outros níveis de atenção que distancia cada vez mais o acesso à saúde, desrespeitando o princípio da universalidade e da integralidade dos serviços. A lógica de racionalidade e produtividade pode não estar expressa diretamente nas ações básicas de saúde, mas aparece em serviços de apoio diagnóstico e em procedimentos cirúrgicos que afetam os usuários pelo mecanismo da exclusão e da dificuldade de acesso.

Essa dinâmica constitui a lógica privatista inserida nos serviços públicos de saúde, lógica que compromete as diretrizes de organização e gestão do SUS, na medida em que sugere outro patamar de integralidade, equidade e descentralização. Além disso, 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 a reedição de um sistema de saúde pública de parques recursos para atender de forma precária aos não consumidores do mercado. Institui-se uma medicina pobre para os pobres.

Nessa direção, o que presenciamos é a desestruturação do setor público de saúde, com funcionamento precário, em que predomina ora a ociosidade pelas péssimas condições de trabalho, ora uma intensificação do atendimento com pouca resolutividade, não atendendo às demandas da população.

A expansão dessa lógica mercantil compromete frontalmente a organização e a estruturação do trabalho em saúde, pela adoção de modalidades de gestão mercantis dos serviços de saúde, bem como pela incorporação de formas de contratação da força de trabalho que atingem as condições e relações de trabalho no setor Saúde.

As iniciativas de reformas propostas pelo governo brasileiro nas últimas duas décadas apresentam a nítida tendência de elevar a flexibilidade do mercado de trabalho, traduzindo-se na desregulamentação do trabalho no setor público como um

todo, e acirram a precariedade do trabalho e a flexibilidade das formas de contratação e vinculação institucional, como veremos a seguir.

A PARTICULARIDADE DO TRABALHO EM SAÚDE

As modificações na gestão e organização dos serviços públicos tem particularidades quando relacionadas às atividades no campo da saúde, e uma delas, que vamos destacar, diz respeito à organização e ao processo de trabalho em saúde. Trata-se de pensar o modo de realização das atividades e o indivíduo que as executa, o trabalhador da saúde.

O sistema público de saúde brasileiro tem tangenciado, tradicionalmente, as problemáticas que envolvem os trabalhadores da saúde. Em que pese o setor Saúde ter a particularidade de utilizar de forma intensa o fator trabalho, essa centralidade não se tem convertido em políticas de gestão do trabalho que respondam às exigências de uma atuação qualificada para a prestação dos serviços com base em condições e relações de trabalho dignas. A despeito dos avanços técnico-científicos, o trabalho humano continua sendo imprescindível para a realização das ações de saúde, é um elemento central dessas práticas.

É necessário considerar que a atenção à saúde é uma atividade complexa que mantém de forma intensiva e crescente o emprego de força de trabalho composta de profissionais com significativa especialização. Essa atividade exige a atuação de diversos agentes que agregam diferentes formas de organização do processo de trabalho, uso de tecnologias, espaços e ambientes de trabalho e diferentes maneiras de interação com os usuários.

A força de trabalho na saúde assume uma dimensão particular por 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, pode incorporar todas as sabedorias, como opções tecnológicas de que dispõem para produção de procederes eficazes a serviço do usuário e de seu problema” (Merhy, 1997: 126).

No campo da saúde, essa força de trabalho assume uma centralidade que se expressa, como diz Merhy (1997: 126), na particularidade de essa ação interventora lançar mão do que de melhor a tecnologia em saúde 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, para contribuir com a melhoria da qualidade do atendimento.

O trabalho em saúde se baseia numa intensa interação social que incorpora uma complexa gama de necessidades que envolvem o trabalhador da saúde e os usuários do serviço. Certamente, essa interação é determinada pelas condições objetivas e

subjetivas de trabalho que podem facilitar ou dificultar os resultados da prestação dos serviços. Dessa 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 com o usuário” (Farias, 2005: 27).

Essa atividade apresenta algumas peculiaridades expressas nas características do setor de serviços, como a simultaneidade entre produção e consumo e a interatividade na prestação do serviço. Isso envolve elementos subjetivos no momento em que o usuário é coparticipante do processo de trabalho (Silva, 2006; Meirelles, 2006). Nos estudos de Friedrich (2005) e Pires (1999), é apresentada uma característica fundamental que também particulariza o trabalho em saúde.

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: 29)

Fica evidente que, diferentemente dos processos produtivos industriais, nos quais 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, permitindo uma relação de troca que envolve significativo teor de subjetividade. De fato, a prestação do serviço de saúde está fundada numa relação interpessoal de tal modo que o usuário é parte constituinte do processo. É fundamental na atuação profissional uma percepção, uma 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: 4), bem como a interface de uma atenção multidisciplinar, a fim de dar conta do complexo processo saúde-doença.

A execução das atividades nesse campo assume uma potencialidade complexa, pois, “quando uma doença é cuidada e debelada, ela transforma as condições de atividade do paciente” (Zarifian, 2001: 105); por isso, os efeitos dessa ação devem ser ponderados, uma vez que “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: 105).

Esses elementos denotam um aspecto fundamental do trabalho em saúde: a condicionalidade da ação de saúde determinada pelo trabalho humano. Entretanto, ao mesmo tempo que se reafirma a centralidade do trabalho humano no campo da saúde, presencia-se um processo de desvalorização do trabalho e do trabalhador na atividade.

Esse processo de desvalorização do trabalho pode ser ocultado pelas intervenções de apoio diagnóstico, que requisitam a incorporação tecnológica aos processos de trabalho no campo da saúde. A requisição do trabalho humano no setor, a despeito

da velocidade com que são incorporadas as novas tecnologias, enfrenta outra particularidade. Como afirma Silva (2006: 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 nem suprime o uso da força de trabalho, mas a sofisticação e o aprimoramento dos procedimentos terapêuticos representam novas exigências de qualificação e aperfeiçoamento dos trabalhadores da saúde.

A desvalorização do trabalho no campo da saúde não é um fenômeno novo, mas se agudiza pela incorporação massiva da lógica mercantil, em detrimento de investimentos em insumos tecnológicos. Presenciamos um aviltamento do trabalho humano no campo da saúde, como afirma Carvalho (2005: 2):

A lógica do capital introduziu novos equipamentos, cada vez com menor vida útil e mais dependentes de novos “especialistas”, de manutenção sofisticada e insumos cada vez mais caros. Vários novos equipamentos, com nova tecnologia, não “aposentaram” os antigos recursos tecnológicos. Conviveram simultaneamente, por exemplo, no campo da imagem, as máquinas de RX, ultrassom, tomografia computadorizada, ressonância magnética e outros. 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 à lógica da maximização da lucratividade, mais desvalorizado fica o trabalho humano, da escuta, do atendimento personalizado, da interação entre quem adoce e quem cuida. Nesse 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: 48).

Como alerta Carvalho (2005), existe uma nova lógica mercantil na saúde que leva à incorporação desregulada de equipamentos, medicamentos, procedimentos e especialidades de saúde que hoje importam em grandes ganhos de lucratividade. Seguindo essa tendência, a força de trabalho no setor enfrenta a degradação e a desvalorização de sua atividade.

Articulado a outros elementos, esse processo de desvalorização também se evidencia na desregulamentação do trabalho e dos serviços, que se expressa por meio de problemas como desestruturação no planejamento das ações, descontinuidade dos programas assistenciais, intensificação da jornada de trabalho pela adoção dos múltiplos vínculos, baixas remunerações, rotatividade ou inadequação de pessoal e as precárias condições de trabalho, que comprometem uma intervenção qualificada e põem em risco a vida dos usuários.

Atualmente essa condição é agravada pela implantação de diferentes modalidades de contratação da força de trabalho nos serviços de saúde. Sendo uma atividade que tem a peculiaridade de utilizar de forma intensiva o fator trabalho, a incorporação de formas flexíveis compromete diretamente a execução dos serviços. As medidas flexibilizadoras que modificam as condições de uso da força de trabalho diversificam suas formas de remuneração e de proteção social, bem como suas estruturas representativas, como sindicatos e Justiça do Trabalho.

A condição de precarização do trabalho em saúde está determinada, por um lado, pelas características próprias do trabalho em saúde – que envolve a fragmentação, a heterogeneidade e a rotinização ao lidar com a dor, o sofrimento e a morte –, e, por outro, pelas novas formas de gestão do trabalho no setor – que envolvem a flexibilização e a desregulamentação dos processos, das relações e da organização do trabalho, comprometendo diretamente a prestação dos serviços da saúde.

As particularidades do trabalho em saúde não lhe asseguram a imunidade das perversões da lógica mercantil. Ao contrário, acabam por fragilizar as formas de organização e resistência de seus trabalhadores para confrontar as ações concretas de mercantilização nesse campo, que afeta de forma significativa os trabalhadores do setor.

A GESTÃO DO TRABALHO NO SUS E AS EXPRESSÕES DA PRECARIZAÇÃO

As particularidades do trabalho em saúde apresentadas anteriormente indicam a exposição da atividade às perversões da lógica mercantil. Não se podem ocultar os rebatimentos das novas exigências da acumulação capitalista nesse campo, que, ao requisitarem do Estado um novo papel, levam a sua força de trabalho à degradação das condições de vida e trabalho. A força de trabalho do serviço público de Saúde não está imune à vulnerabilidade social imposta aos trabalhadores no tempo presente. É preciso descortinar a realidade que envolve essa força de trabalho, indicando o que vem determinando as novas configurações do trabalho e suas implicações para o setor público de Saúde.

Antes de entrarmos na discussão da desregulamentação do trabalho no serviço público, é importante definir a sua antítese, ou seja, o que orienta a condição de trabalho regulado ou regulamentado. Partimos do pressuposto de que o trabalho regulamentado se insere num constructo de proteção social que lhe assegura relações de trabalho mediadas pela intervenção de atores sociais – como o Estado, o empresário e a organização sindical – que lhe garantem direitos de proteção ao trabalho e à vida. A legislação trabalhista, os acordos e as negociações coletivas são instrumentos que formalizam essa relação e refletem as correlações de forças e contradições presentes na construção social do trabalho protegido e regulamentado.

Seguindo essa lógica, a desregulamentação do trabalho representa um processo de desagregação da proteção social 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 também 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. As relações de trabalho, embora se encontrem num campo normativo, revelam insegurança e ameaça ao trabalhador e também expressam, a nosso ver, essa nova conformação de desregulamentação.

A atual recomposição da força de trabalho do serviço público responde a um processo de desconstrução da regulamentação do trabalho nesse campo, determinada pelas investidas da proposta de reforma do Estado. Ao instaurar uma lógica mercantil e privatista no serviço público, a agenda reformadora implanta a produtividade a baixo custo, desvalorizando o trabalho humano e impondo à sua força de trabalho uma condição de precariedade e vulnerabilidade.

Não podemos atribuir à reflexão da temática reforma do Estado uma condição pretérita e superada, pois ela tem estado cada vez mais presente no nosso cotidiano, seja pelos efeitos deletérios que se expressam nas ações das políticas sociais, seja pelo impacto na conformação de outro aparato jurídico e institucional. As modificações operadas no âmbito normativo desregulamentaram e desestruturaram as relações de trabalho no Brasil, atingindo os trabalhadores de forma geral, estando eles inseridos em qualquer atividade econômica, seja no âmbito público ou no privado, seja fora do mercado formal de trabalho.

Sob a égide de uma contrarreforma, o que vem prevalecendo é uma concepção reformadora que conduziu as ações do governo e contaminou a opinião pública na defesa de medidas de ajuste que possibilitassem ao país atender às exigências de competitividade internacional, que requeriam um Estado eficiente e não perdulário.

O passaporte brasileiro para a implantação do projeto reformador tem seu marco nos anos 1990, quando se apresentaram as condições econômicas e sociais favoráveis que representaram uma combinação perfeita de reestruturação produtiva perversa e políticas macroeconômicas que inibiram, e inibem, o dinamismo da economia. As consequências desse modelo de política econômica repercutiram fortemente na esfera do trabalho, não só aumentando o desemprego e acentuando o pauperismo, mas também conduzindo um ajuste ou, melhor dizendo, um desajuste nas relações de trabalho, em decorrência da adesão de estratégias de flexibilização dos direitos sociais e trabalhistas.

Esse processo reformador teve sua direção fundada no incremento do desempenho estatal mediante a adoção de formas inovadoras de gestão e de iniciativas que superassem um “modelo burocrático”, descentralizando a administração, flexibilizando normas, estruturas e procedimentos. A força de trabalho inserida no serviço público assumiu centralidade nesse contexto por concentrar o epicentro das “deformações” da administração pública. As garantias constitucionais atribuídas aos trabalhadores

do serviço público foram indicadas como impedimentos de uma maior mobilidade e adequação deles às necessidades dos serviços.

Como alternativa, emergiu a criação de novas instituições, definindo novas práticas na administração pública, propondo um modelo gerencial que atendesse as exigências de efetividade e eficiência. Dentro dessa lógica, a principal inovação foi a criação de uma esfera pública não estatal que, embora exercendo funções públicas, obedecesse às leis do mercado, como é o caso das chamadas organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips), das fundações estatais e, a partir de 2011, da EBSEERH.

O Estado, ao reduzir sua ação direta, também restringe a necessidade de incorporação de mais força de trabalho. Ao articularmos o refluxo na prestação de serviços com as requisições de eficiência e produtividade, passamos a descortinar a reiterada necessidade no serviço público de uma força de trabalho eficiente, motivada e produtiva, a qual, pautada em relações de trabalho mais flexíveis, corresponderia ao mesmo padrão do setor privado que se pretendia implantar no serviço público, um padrão de relações de trabalho que, moldado nos preceitos da flexibilidade, permitiria dispensar, contratar, transferir, enfim, adequar a força de trabalho às necessidades dos serviços ou do mercado.

Para serem efetivadas, as medidas da reforma gerencial contaram com um conjunto de alterações no arcabouço legal que regulamenta as relações de trabalho. Foram medidas decisivas, que aniquilaram as bases fundamentais do trabalho regulamentado e protegido no serviço público, mas também alcançaram outros setores da economia. A gestão do trabalho no serviço público foi atingida de forma efetiva pelas emendas constitucionais n. 19/1998 e n. 20/1998, e pela Lei de Responsabilidade Fiscal (lei n. 101/2000). Na última década, a tendência reformista permanece, com as edições das emendas constitucionais n. 41 e n. 47 relacionadas à reforma da previdência social, que produziram efeitos negativos nas formas de proteção ao trabalho no serviço público. Recentemente, presenciamos mais um artifício do desmonte dos direitos trabalhistas dos servidores públicos, com a aprovação da emenda constitucional n. 70 e a lei n. 12.618/2012, que subtraem direitos conquistados e institucionalizam a previdência complementar para os servidores públicos, ainda contando com a intransigência aos movimentos reivindicatórios e grevistas desse segmento.

Essa legislação vem determinando, entre outras coisas, quebra da estabilidade, ocorrência de contratos flexíveis, limitação de gastos com pessoal e modificações nos critérios da aposentadoria. Entre outros mecanismos legais, impôs medidas de ajustes e contenção de gastos com a força de trabalho no serviço público. A rigor, administra-se a gestão do trabalho no setor como uma questão contábil e financeira.

Esse conjunto de medidas apresenta-se como um flagrante da introdução de novas modalidades de flexibilização da legislação trabalhista que fizeram emergir um quadro de pessoal paralelo, instituindo a estabilidade e o trabalho regulamentado como exclusividade de poucos e a desregulamentação e a precarização como alternativa para muitos.

A rigor, o grande mote da contrarreforma administrativa foi edificar uma nova estrutura institucional-legal, ordenando a flexibilização das relações de trabalho mediante a adoção de regimes jurídicos diferentes, em que se flexibilizam as formas de licitação e contratos, e a redução dos custos com a força de trabalho, retirando direitos dos trabalhadores e permitindo a seletividade do princípio da estabilidade. Fundou-se um estatuto flexível do trabalho no serviço público. Entretanto, essa desregulamentação do trabalho no serviço público se expressa de forma diversificada, respeitando as particularidades de cada área de inserção de seus trabalhadores.

No campo da saúde, esse processo de desregulamentação assume algumas particularidades. Para os gestores do SUS, as propostas de reforma em torno da flexibilização da gestão do trabalho seguiram a mesma orientação de instituir novas modalidades de relações de trabalho que tiveram como base os contratos flexibilizados. Evidencia-se, com o processo de municipalização, um crescimento significativo de postos de trabalho no setor público municipal, passando o município a ser um importante empregador e gestor da força de trabalho na saúde, responsável direto pela contratação e gerenciamento de trabalhadores no setor público. A nova configuração da gestão do trabalho no nível municipal assume um perfil de precarização das relações e condições de trabalho, no momento em que identificamos o incremento do múltiplo emprego, de empregos parciais, de relativa queda salarial, principalmente para os trabalhadores de atividades-fim, e da fragmentação no processo de trabalho (Baraldi, 2005).

As particularidades desse processo de desregulamentação do trabalho também devem ser indicadas pelas condições de precariedade do trabalho em saúde, que se manifestam de duas formas: vínculos precários de trabalho, a que estão submetidos todos os trabalhadores do setor nos três níveis de atenção; e ausência de condições de trabalho, que, entre outras coisas, conduz os trabalhadores à intensificação da jornada de trabalho na busca por melhor padrão salarial – uma particularidade nociva do trabalho em saúde e que se expressa no adoecimento dos trabalhadores.

A entrada dos anos 2000 não reverteu essa tendência reformista no campo da saúde. O governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva, iniciado em 2003, não concretizou ações efetivas que reconduzissem o viés político da contrarreforma empreendida nos anos 1990. Especificamente em relação à gestão do trabalho, a iniciativa governamental deu um passo à frente, a partir do momento em que publiciza a situação de precarização no setor Saúde em virtude de um processo de agudização da precarização do trabalho que atinge do médico ao agente comunitário de saúde e que tem expressão crescente no fim dos anos 1990. Em 2003, o Ministério da Saúde propôs o programa DesprecarizaSUS, que teve como foco central a regularização dos vínculos de trabalho. Um marco importante do programa foi o Seminário Nacional sobre a Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS, também realizado em 2003, no qual ficou explícito um discurso de combate à precarização do trabalho tendo como referência a crítica à gestão do trabalho imposta pela reforma gerencial

de Fernando Henrique Cardoso. No relatório final do seminário “SUS – 15 anos de implantação: desafios e propostas para a sua consolidação”, indica-se, embora não se apresente a fonte dos dados, que aproximadamente oitocentos mil trabalhadores estavam em relações de trabalho precárias, o que equivalia a 40% da força de trabalho inserida no setor (Brasil, 2003).

O relatório baliza diante desse quadro um conjunto de estratégias para enfrentar a precarização do trabalho no SUS e institui um Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS (portaria n. 2.430, de 23 de dezembro de 2003), cuja meta é elaborar uma política de gestão que elimine os vínculos precários de trabalho na saúde. Entre suas competências estão apoiar e estimular a criação de comitês estaduais e municipais de desprecarização do trabalho; propor mecanismos de financiamento pelo governo federal que possibilitem formas legais de relações de trabalho; e indicar formas legais de contratação tendo em conta a política de preservação do emprego e renda dos ocupados no setor. Entretanto, essas medidas não se concretizaram, acarretando um crescimento da precarização do trabalho no setor pela via da ampliação da flexibilização das relações de trabalho no setor público.

O que prevalece ainda é uma relação precária de trabalho, e as iniciativas de desprecarizar o trabalho na saúde não revelam a inversão dessa lógica. Muito pelo contrário, o segundo mandato de Lula da Silva, iniciado em 2006, teve como carro-chefe para contornar os problemas de gerenciamento no SUS o projeto Fundação Estatal. Em verdade, esse projeto é a base da política de saúde na última década, e se espalha no primeiro governo de Dilma Rousseff (2010-2014), que vem coroar o projeto de contrarreforma do Estado empreendido pelos governos Lula, quando reedita o viés de privatização das instituições públicas, bem ao gosto do ideário neoliberal. O projeto Fundação Estatal emerge, como consta nos documentos oficiais, da eminente necessidade de dotar o governo de agilidade e eficácia no atendimento das demandas sociais: “A essência da fundação estatal é aperfeiçoar a gestão dos serviços públicos e melhorar o atendimento do Estado em áreas prioritariamente sociais” (Brasil, 2007: 3). Com esse discurso, o Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão assume a propositura de que as fundações estatais representam a alternativa de gestão pública com maior autonomia, profissionalização e eficiência.

Essa proposta inclui, entre outros aspectos, a redefinição da gestão da força de trabalho nos serviços públicos como um dos seus pontos-chave; a proposta de regulamentação da emenda constitucional n. 19/1998, que atinge frontalmente os trabalhadores públicos; e a criação de novos parâmetros de regulamentação do trabalho para os serviços públicos. Seguindo essa lógica, a gestão da força de trabalho assume lugar de destaque, mas agora travestida de um novo elemento: “eliminar a precarização do trabalho” (Brasil, 2007: 9).

Diante da agudização da crise no gerenciamento dos serviços de saúde, principalmente nos hospitais públicos, a proposta de criação de fundações estatais

é assumida como alternativa para o setor Saúde. E sobre os trabalhadores da saúde recaem os efeitos mais negativos dessa proposta, pois, como destaca Granemann (2006: 46), o Projeto Fundação Estatal, “ao reduzir a ação do Estado para o trabalho o amplia como horizonte de atuação do capital”, sendo, portanto, diretamente prejudicial aos trabalhadores.

Podemos apontar três aspectos dessa proposta que revelam o descompasso da gestão do trabalho no serviço público com o que está previsto na Constituição de 1988, assegurada no Regime Jurídico Único e pelo proposto na XIV Conferência Nacional de Saúde, realizada em novembro de 2011. O primeiro desses aspectos está relacionado com a forma de contratação no regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) a ser mantida pelas fundações, com seleção por meio de concurso público. A particularidade está na manutenção do concurso, mas sem a obrigatoriedade da estabilidade no trabalho, como previsto no Regime Jurídico Único, que rege o funcionalismo público. Como alerta Granemann, “parece-nos que as tão louvadas ‘regras de mercado’ aplicam-se às obrigações para a força de trabalho, mas não aos seus direitos” (2006: 46). Dentro dos parâmetros da CLT, poder de contratar é poder de demitir. Seguindo essa lógica, a fundação estatal tem a pretensa intenção de manter um quadro de trabalhadores qualificados e com melhores salários.

O segundo aspecto diz respeito à formação do quadro de pessoal, pois cada fundação contará com seu próprio quadro e um plano de carreira, emprego e salários. Isso tem repercussões diretas sobre a organização da força de trabalho no setor Saúde, agudizando a fragmentação dos trabalhadores e fragilizando ainda mais as lutas, as negociações e os acordos coletivos tão buscados no campo da saúde.

O último aspecto é destacado por Granemann (2006), quando alerta que a remuneração da força de trabalho estará subordinada a um contrato de gestão que cada fundação estatal deve estabelecer com o próprio Estado e com outros agentes do mercado. Dessa forma, o próprio Estado se mantém como o grande financiador dessa nova forma de gerenciamento. A centralização da proposta retoma a lógica racionalizadora da economia dos custos com a força de trabalho.

Em síntese, a fundação estatal incorpora na gestão do trabalho o mesmo formato das Oscips, das organizações sociais e das fundações de apoio, que representam a estratégia de privatizar o bem público. A força de trabalho, a prestação dos serviços e o acesso aos usuários são sempre o alvo privilegiado quando o Estado busca a eficiência e eficácia do serviço público, por meio de sua investida privatizante.

O setor Saúde assume a área de maior visibilidade dessa proposta que já é realidade em vários Estados e municípios. Seu foco de resistência está expresso no Conselho Nacional de Saúde, nos fóruns em defesa do SUS, organizados em diversos estados e municípios, na Frente Nacional contra a Privatização da Saúde e nas conferências de saúde que vêm qualificando o debate e articulando forças com as organizações dos trabalhadores para enfrentar mais essa investida para desestruturação do SUS.

O conteúdo da proposta da fundação estatal revela a clara noção de que as políticas sociais, como analisa Granemann (2006), estão sendo empreendidas nos moldes análogos aos serviços privados. Essa é mais uma faceta da contrarreforma do Estado que tem implicações significativas na gestão da força de trabalho na saúde.

No atual contexto, a implantação da fundação estatal ou de organizações sociais, como têm sido comumente chamadas, representa um patamar de regulamentação do trabalho na saúde que revela o processo efetivo de flexibilização do trabalho no setor público. É possível que estejamos presenciando outra etapa da desregulamentação do trabalho na saúde, ou o estabelecimento de novos parâmetros para a gestão do trabalho nos serviços públicos de saúde.

É imperativo qualificar o debate da gestão do trabalho diante dessa onda privatizante no campo da saúde. Nossa intenção é que esses elementos da realidade nos auxiliem nas reflexões e análises relacionadas com o gerenciamento da força de trabalho na saúde. Isso é premente, diante da expansão do Programa Mais Médicos que revela a tentativa de enfrentar as sequelas de uma desastrosa gestão do trabalho na saúde.

ALGUMAS TENDÊNCIAS DA GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Os argumentos apresentados neste capítulo permitem orientar uma discussão crítica e fecunda sobre as contradições presentes na gestão do trabalho no âmbito do SUS. A viabilidade do sistema de saúde não pode estar descolada das formas de gestão e organização do trabalho em saúde. A defesa do SUS universal, integral, equânime, descentralizado e estruturado no controle social não pode tangenciar a grave problemática da gestão do trabalho no campo da saúde.

Apresentamos indicações de que o setor Saúde passa a ser cada vez mais funcional para os interesses do mercado, e essa lógica interfere na organização e na estruturação da força de trabalho, redirecionando as formas de gestão do trabalho nesse campo. 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, usado de forma intensiva e insubstituível, mantém centralidade no campo da saúde. Entretanto, como o setor Saúde não pode imprimir uma substituição de sua força de trabalho a despeito do uso intensivo de tecnologia, desvaloriza-se o trabalho em saúde pela via da sua desregulamentação e precarização.

Essa desregulamentação representa 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 também 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.

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 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, direcionamento que não fortalece um processo de negociação coletiva e tende a tornar o trabalho formal uma nova expressão da flexibilização do trabalho nos serviços públicos.

Nossas reflexões revelam um processo de desvalorização da força de trabalho em saúde como elemento dessa nova conformação do trabalho no âmbito do setor público. A atual conformação da força de trabalho responde a novas exigências de atuação no campo da saúde. A recorrência ao novo precisa ter como parâmetro a captura de antigas formas de exploração do trabalho, reeditadas com base nas atuais requisições do trabalho em saúde. Comparece um elenco de exigências descritas nas atribuições desses trabalhadores que requerem um perfil de intervenção que supere o modelo biomédico centrado na doença, mas, contraditoriamente, são claras as exigências de antigas práticas de saúde.

Requisita-se outro perfil para reproduzir práticas de saúde que privilegiem o número de atendimentos, a quantidade de procedimentos executados focados na doença que acabam cerceando a possibilidade de vínculo entre trabalhador e usuário. As requisições de competências e habilidades confundem-se, na prática, com ações centradas num processo de trabalho fragmentado e fragilizado por uma lógica curativa que privilegia a produtividade no campo da prestação dos serviços. Sob o enfoque da racionalização da força de trabalho, essas requisições evidenciam a busca da eficiência e da eficácia dentro do campo da saúde pública.

A estratégia de organizar e gerenciar os setores lucrativos da saúde pela via das organizações sociais concretiza a lógica mercantil e privatizante no campo da saúde e penaliza fortemente os trabalhadores de saúde e a população usuária.

As alternativas de superação da precarização do trabalho no 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 da discussão.

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

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.
- AMARAL, Â. S. Da centralidade do trabalho vivo à valorização do conhecimento no capitalismo contemporâneo. In: VIEIRA, A. C. S. & AMARAL, M. V. B. (Orgs.). *Trabalho e Direitos Sociais: bases para discussão*. Maceió: Edufal, 2008.
- BARALDI, S. *Supervisão, Flexibilização e Desregulamentação no Mercado de Trabalho: antigos modos de controle, novas incertezas nos vínculos de trabalho da enfermagem*, 2005. Tese de Doutorado em Enfermagem, São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *SUS – 15 Anos de Implantação: desafios e propostas para sua consolidação*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. *Fundação Estatal: metas, gestão profissional e direitos preservados*. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- CAMPOS, F. E. & ALBUQUERQUE, E. M. As especificidades contemporâneas do trabalho no setor saúde: notas introdutórias para uma discussão. *Revista de Economia Contemporânea*, 3(2): 97-123, 1999. Disponível em: <www.ie.ufrj.br/images/pesquisa/publicacoes/rec/REC%203/REC_3.2_05_As_especificidades_contemporaneas_do_trabalho_no_setor_saude.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2015.
- CARVALHO, G. Saúde: o tudo para todos que sonhamos e o tudo que nos impingem os que lucram com ela. *Saúde em Debate*, 29(69): 99-104, 2005.
- CHESNAIS, F. *A Mundialização do Capital*. São Paulo: Xamã, 1996.
- COSTA, M. D. H. *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*, 1998. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Recife: Universidade Federal de Pernambuco.
- 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*, 2005. Dissertação de Mestrado Interdisciplinar em Saúde Coletiva, Campina Grande: Universidade Estadual da Paraíba.
- FRIEDRICH, D. B. C. *O Trabalho em Saúde: focalizando pessoas e processos nas equipes de saúde da família em Juiz de Fora*, 2005. Tese de Doutorado em Medicina Social, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- GRANEMANN, S. Fundações estatais: projeto de Estado do capital. In: A POLÍTICA DE SAÚDE NA ATUALIDADE – ALGUNS DESAFIOS, 30 nov. 2006, Rio de Janeiro. *Anais...* Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2006.
- HARVEY, D. *A Condição Pós-Moderna*. 4. ed. São Paulo: Loyola, 1994.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA (IPEA). O setor de serviços no Brasil: uma visão global – 1985/95. *Texto para discussão n. 549*. Rio de Janeiro: [s.n.], 1998.

MANDEL, E. *Capitalismo Tardio*. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MEDICI, A. C. Força de trabalho e produção de serviços de saúde. *Revista de Administração Pública*, 23(1): 119-143, 1989.

MEIRELLES, D. S. O conceito de serviços. *Revista de Economia Política*, 26(1): 101, 2006.

MERHY, 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. & FRANCO, Túlio B. Programa Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. et al. (Orgs.). *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. (Org.). *Processo de Trabalho em Saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

SALERNO, M. S. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac, 2001.

SILVA, L. M. O. *Organização e Relações de Trabalho no Setor de Serviços de Saúde Brasileiro*, 2006. Dissertação de Mestrado em Desenvolvimento Econômico, Campinas: Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas.

SOUZA, M. A. S. L. *Condições de Trabalho: o fazer-se reivindicação trabalhista*, 1996. Dissertação de Mestrado em Serviço Social, Recife: Universidade Federal de Pernambuco.

ZARIFIAN, P. Valor, organização e competência na produção de serviço. In: SALERNO, M. S. (Org.). *Relação de Serviço: produção e avaliação*. São Paulo: Senac, 2001.

O SUS e as Transformações do Trabalho em Saúde

Francisco Batista Júnior

A história do trabalho em saúde no Brasil deve ser contada sob o marco definidor do Sistema Único de Saúde (SUS). Até o advento do SUS, tivemos determinado quadro; após a sua criação, outra realidade absolutamente distinta foi construída. A realidade de um país no qual a saúde se limitava ao seu conceito mais primário e básico de tratar a doença, sendo de responsabilidade de cada indivíduo, principalmente por meio dos mais variados “institutos” particulares, cabendo ao ente público, quando muito, ações pontuais em situações específicas destinadas aos excluídos da sociedade e do mercado. O trabalho em saúde, então, não tinha a complexidade e muito menos a participação mais abrangente de diversos atores, tendo no componente da voluntariedade – e mesmo do autodidatismo – muito do que era disponibilizado, particularmente nas regiões mais distantes do país.

Com o regime autoritário em franco processo de fragmentação e desconstrução e os mais variados movimentos em defesa das liberdades e de uma nova ordem social e democrática, a saúde passou a ser uma das pautas mais presentes e ativas, e a Reforma Sanitária entrou no epicentro de uma das mais importantes mobilizações durante a redemocratização do país. O conceito de saúde passou a ser questionado com base numa agenda significativa que trouxe a proposta de construção da organização de uma rede de saúde e da estruturação de um sistema que realmente pudesse responder aos anseios e às necessidades de todo um povo e de uma força de trabalho diversificada, qualificada e integrada, que tivesse as condições objetivas de viabilizar esse sistema.

Tivemos como conquistas a inserção na Constituição Federal de 1988 do capítulo Da Seguridade Social, assegurada em seu artigo 194, a seção II – Da Saúde, no seu artigo 196, que estabelecia a saúde como “direito de todos e dever do Estado” e a criação do SUS, suas competências e atribuições, garantindo a saúde a todas as pessoas, de forma universal, integral e democrática. O debate das propostas para um sistema nos moldes do SUS foi acompanhado por uma grande transformação no que se refere à expansão da rede de serviços. Um novo conceito de estruturação de serviços de saúde de atenção básica levou à imperiosa necessidade de contratação de uma força de trabalho correspondente. Em 1986, ano em que esse processo se iniciou de fato, existiam 30.872 estabelecimentos de saúde no Brasil.

OS SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL APÓS 25 ANOS DE SUS: A MUNICIPALIZAÇÃO EM QUESTÃO

O número de estabelecimentos de saúde no Brasil saltou, em 2009, para espantosos 94.070 estabelecimentos (IBGE, 2010), o que representa um crescimento de mais de 200% e comprova a pujança e a importância do SUS na mudança do perfil da saúde no país. Ao mesmo tempo, essa mesma pesquisa aponta um dado que já estava na raiz de um processo de deterioração e desestruturação do SUS: dos 94.070 estabelecimentos de saúde distribuídos pelo país, nada menos que 42.049 eram de natureza privada (IBGE, 2010), o que corresponde a quase metade do total e demonstra na prática a perigosa, e por que não dizer suicida, competição do sistema público de saúde com uma rede privada fortemente estabelecida e financiada por recursos públicos.

A pesquisa revela também uma considerável concentração da rede de serviços de saúde nas regiões Sul e Sudeste, que respondiam então por mais de 50% dos estabelecimentos, precisamente 51.305, enquanto a região Norte tinha 6.305, o Nordeste, 28.234, e Centro-Oeste, 8.226 estabelecimentos de saúde. Na região Sul, eram 8.323 estabelecimentos privados e 7.631 públicos; na região Sudeste, havia um total de 18.790 privados contra 16.561 públicos; e, por fim, na região Centro-Oeste, havia 4.321 privados e 3.905 estabelecimentos de saúde públicos (IBGE, 2010). O privado acaba impondo, então, o modelo de atenção à saúde implantado no país, particularmente nas regiões com populações de maior poder aquisitivo, como são os casos do Sul e Sudeste.

Em 2009, as duas regiões em que, em virtude de seu perfil socioeconômico, a maior parte do “mercado” da saúde ainda não havia sido abarcada pelo setor privado eram o Norte, com 4.576 estabelecimentos públicos e 1.729 privados, e o Nordeste, com 19.348 públicos e 8.886 privados. Esse quadro se altera tendencialmente para pior nos anos subsequentes, por causa do crescimento da economia nessas duas regiões e da ampliação do mercado da saúde – particularmente da saúde suplementar.

Nesse sentido, constatamos que começou a ser incrementado o processo de contratação em massa, como prestadores do SUS, dos serviços dos estabelecimentos privados distribuídos pelo país, com o argumento da necessidade de expansão da rede

de serviços de forma *complementar*. O que estava em curso, naquele momento, nada mais era do que a inversão do ditame constitucional então referido, que se traduziu de fato na substituição paulatina da rede pública pela rede privada, concentrada na rede assistencial e, muito particularmente, nas ações secundárias e terciárias. Na região Sul, por exemplo, dos 8.323 estabelecimentos privados, nada menos que 3.211, em 2009, *prestavam serviços* ao SUS (IBGE, 2010).

Quando analisamos a expansão da rede de estabelecimentos de saúde no período de 1986 a 2009, percebemos que ela se deu de forma mais ou menos semelhante nas diversas regiões do país, mantendo-se o perfil de concentração nas regiões mais desenvolvidas economicamente e os vazios assistenciais nas regiões menos beneficiadas. Na região Norte, cresceu de 1.970 para 6.305 estabelecimentos; no Nordeste, de 9.546 para 28.234; no Sudeste, de 11.443 para 35.351; no Sul, de 5.891 para 15.954; e no Centro-Oeste, de 2.022 para 8.226 estabelecimentos, região que apresentou o maior crescimento proporcional (IBGE, 2010).

Devemos reconhecer que a rede de serviços de saúde expandiu-se, principalmente, com base na participação dos municípios na estruturação das suas redes. Esse processo de expansão, apesar de ter ocorrido com destaque nas regiões economicamente mais frágeis, esteve presente em todas as regiões do país. Na região Norte, dos 6.305 estabelecimentos de saúde existentes no ano de 2009, 3.853 eram de natureza pública municipal; no Nordeste, 18.824 entre 28.234 eram municipais; no Centro-Oeste, 3.552 entre 8.226; no Sudeste, 16.067 entre 35.351; e no Sul, 7.457 do total dos 15.954 estabelecimentos (IBGE, 2010). Esses números mostram de forma insofismável o peso da participação dos municípios na estruturação de redes de estabelecimentos na implantação do SUS, no perfil da organização da saúde no país e na direção do processo de municipalização deflagrado pela regulamentação do sistema.

Em caminho inverso ao da estruturação das redes municipais, a *desresponsabilização* dos entes estaduais e federal foi de enorme gravidade. Essa prática está na raiz de grande parte das dificuldades que o SUS enfrenta hoje. A importância desse fato pode ser observada nos dados do IBGE de 2009, os quais informam que, dos 94.070 estabelecimentos de saúde de todo o Brasil, apenas 1.318 eram de natureza pública estadual, e somente 950 de natureza pública federal. Analisando comparativamente os dados sobre a disponibilidade de leitos para internação em estabelecimentos de saúde no país, percebe-se que, se em 1976, o número total de leitos era de 443.888, dos quais 119.062 correspondiam às instituições públicas e 324.826 às privadas, em 1986, nos primórdios da estruturação do SUS, dos 512.346 leitos disponíveis, 114.548 eram públicos e 397.798 privados. Em 2009, esses dados revelam um total de 431.996 leitos, sendo 152.892 públicos e 279.104 privados. Ou seja, os leitos totais evoluíram no período de 443.888 (1976) para 512.346 (1986) e, por fim, para 431.996 (2009); os leitos públicos, de 119.062 (1976) para 114.548 (1986) e por fim 152.892 (2009); enquanto os leitos privados, de 324.826 (1976) para 397.798 (1986) e por fim 279.104 (2009) (IBGE, 2010).

Deduzimos que o número de leitos privados disponíveis na rede de serviços de saúde do país teve seu ápice exatamente no período de implantação do SUS, começando então a diminuir em virtude da ampliação da rede ambulatorial do SUS, bem como da instalação da rede própria do sistema principal – particularmente nos municípios. Foi exatamente a partir da implantação do SUS que o número de leitos ofertados pelo sistema, na sua própria rede, teve um salto espetacular, correspondente a mais de 40% num período de 13 anos. Como temos afirmado, a municipalização do SUS não pode, sob nenhuma hipótese, significar desresponsabilização dos entes federados, principalmente em um país com realidades socioeconômicas regionais tão díspares. Os números mostram de forma insofismável o violentíssimo protagonismo dos serviços privados no SUS, mesmo com alterações importantes no perfil de organização dos serviços, como a ampliação dos serviços ambulatoriais e de atenção básica, com a conseqüente menor necessidade de internações hospitalares.

A FORÇA DE TRABALHO E A QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL PARA OS SERVIÇOS DE SAÚDE

Uma nova força de trabalho em saúde no Brasil começou a ser pensada, estruturada e distribuída seguindo a lógica de implantação da nova proposta de sistema de saúde no país, com todos os desafios por enfrentar e, principalmente, com alguns fortes equívocos conceituais. Uma rede de serviços em franca expansão, uma cultura da precarização do trabalho no inconsciente coletivo e uma economia mundial passando por profundas transformações estruturais com a chamada “reestruturação produtiva” trouxeram para os trabalhadores da saúde no Brasil desafios complexos.

Sobre a força de trabalho e sua qualificação, podemos destacar os seguintes dados: o setor Saúde contava, em 1992 (início da estruturação do SUS), com 1.438.708 postos de trabalho; em 2002, dispunha de 2.180.598; e em 2005 alcançou a cifra de 2.566.694 empregos, mostrando a pujança da força de trabalho no sistema em construção. Em relação aos números que representavam os trabalhadores do setor público e do setor privado no período de 1992 a 2005, temos: 753.820 (1992), 1.193.483 (2002) e 1.448.749 (2005) para o público – representando uma variação de 96%; e 702.888 (1992), 987.115 (2002) e 1.117.945 (2005) para o privado – o que representa uma variação de 59,1% no mesmo período (Machado, Oliveira & Moysés, 2011).

No setor público, os números revelam que, no plano federal, os empregos na saúde caíram vertiginosamente entre 1992 e 2002, de 113.987 para 96.064, tendo, em 2005, subido um pouco, chegando a 105.686. No plano estadual, o número de empregos na área foi em 1992, 2002 e 2005, respectivamente, de 315.328, 306.042 e 345.926 – representando uma variação de 9,7%. No plano municipal, nos mesmos anos, os empregos saltaram de 306.505 para 791.377 e para 997.137, uma variação de 225,3% também no mesmo período (Machado, Oliveira & Moysés, 2011). Esses números mostram a desresponsabilização dos entes federal e estaduais também com a contratação da força de trabalho – embora tenha havido uma pequena

recuperação desde 2003 – que ainda é hoje flagrantemente insuficiente e desigual em relação aos entes municipais.

Na década de 1990, foi promovido um importante processo de ambulatorização da rede de serviços, que teve como consequência a melhor estruturação da atenção básica, bem como a diminuição de leitos, particularmente na rede privada. Essa correta opção administrativa teve reflexos também no quadro de empregos na saúde. Entre 1992, 2002 e 2005, o número de empregos hospitalares oscilou entre 926.409, 1.210.569 e 1.339.980, uma variação de 44,6%. O número de empregos ambulatoriais, por sua vez, variou de 512.299 a 969.999 e 1.226.714, uma diferença de 139,5% no mesmo período (Machado, Oliveira & Moysés, 2011).

Ao observarmos a evolução de empregos na saúde por nível de escolaridade nas últimas décadas, percebemos que, em 1980, 1992 e 2005, aqueles de nível elementar praticamente não cresceram, permanecendo, respectivamente, em 264.776, 272.846 e 274.088. Empregos de técnicos ou auxiliares, por sua vez, oscilaram entre 111.501 (1980), 310.219 (1992) e 751.730 (2005). Já os de nível superior subiram de 197.352 para 451.301 e para 870.361, respectivamente (Machado, Oliveira & Moysés, 2011). Tais números revelam um vigoroso processo de especialização e qualificação dos postos de trabalho. Ao mesmo tempo, evidenciam a mudança tendencial de uma cultura conservadora e superada do trabalho em saúde executado pelo binômio médico/atendente de enfermagem. A ampliação do quadro de profissionais de nível superior expressa, na prática, o esboço da constituição da equipe multiprofissional em saúde, principalmente nos serviços hospitalares e terciários e, em menor escala, nos ambulatoriais.

Assim, em 1992, o setor Saúde no Brasil empregava 142.356 atendentes de enfermagem; em 2002, 60.639; e em 2005, 45.587, uma variação de 68% para menos. Os técnicos de enfermagem eram 267.848 em 1992, 471.904 em 2002 e 563.089 em 2005, uma variação de 110,2%. Os enfermeiros eram 41.501 em 1992, 88.952 em 2002 e 116.126 em 2005, uma variação de 179,8%. Os médicos em 1992, 2002 e 2005, eram respectivamente 307.952, 466.110 e 527.625, uma variação de 71,3%; e os odontólogos, nos mesmos anos, eram 41.509, 56.995 e 71.386, com uma variação de 72% no mesmo período. Desde 1999, o setor privado oferta a maioria dos postos de trabalho médicos: nas regiões Sudeste, Sul e Centro-Oeste são, respectivamente, 58,5%, 64,4% e 54,9%. Apenas nas regiões Norte e Nordeste esse número se inverte, com a predominância do setor público, correspondendo a 62,2% e 54,1% do total de postos (Machado, Oliveira & Moysés, 2011). Esses dados indicam a fuga de profissionais para o setor privado da saúde, com consequente falta na rede pública, processo que se aprofunda nos anos recentes.

Machado, Oliveira e Moysés (2011) mostram que, de acordo com os dados do IBGE de 2009, o setor Saúde representa 4,3% da população ocupada no país, e gera mais de 10% da massa salarial do setor formal e em torno de 3,9 milhões de postos

de trabalho – 2,6 milhões com vínculos formais, 690 mil sem carteira assinada e 611 mil ocupados por profissionais autônomos. Com base nos dados do próprio Ministério da Educação, em 2007 foram diplomados 8,3 mil dentistas, 32 mil enfermeiros, 11,9 mil farmacêuticos, 16 mil fisioterapeutas, 7,7 mil nutricionistas e dez mil médicos, totalizando naquele ano 85,9 mil formados, número 378 vezes maior do que os 22.643 profissionais diplomados em 1992 (Machado, Oliveira & Moysés, 2011).

Durante a década de 1990, foi posta em prática pelo governo federal uma política de abertura massificada de cursos na área da saúde, com ênfase nas áreas de enfermagem, farmácia, nutrição, psicologia e fisioterapia e terapia ocupacional. Com a medicina de alguma forma preservada desse processo, criou-se um número incalculável de cursos, principalmente de natureza privada, atentando-se para a escolha de uma região onde o mercado era conveniente e, geralmente, não se importando com a qualidade, que ficava em último plano. Em 1986, por exemplo, havia no Brasil 35 cursos de farmácia, sendo 20% privados e 80% públicos. Em 2001, já eram 140 cursos e em 2012, 481, 81 (ou 16,8%) dos quais públicos e 400 (83,2%) privados.

Especificamente em relação à área da medicina, o Programa Mais Médicos, criado em 2013 pelo governo federal, propõe a abertura de 11,5 mil vagas para cursos de medicina até o ano de 2017 e 12 mil vagas para cursos de especialistas até 2020, visando alterar para mais a proporção que hoje existe de 1,8 médico por mil habitantes no país. Assim 14.462 médicos foram inicialmente distribuídos por 3.785 municípios. Numa prova indiscutível de opção pela privatização do ensino e da formação profissional, das 4.460 novas vagas autorizadas para a graduação, nada menos que 3.117 são oferecidas por instituições privadas.

TRABALHADORES, A ORGANIZAÇÃO POLÍTICA NA SAÚDE E A AVALANCHE NEOLIBERAL

A Constituição de 1988, a proposta do SUS e a nova ordem legal e política que se implantava ao longo do processo de redemocratização, nas décadas de 1980 e 1990, trouxeram aos trabalhadores da saúde o desafio de definir suas formas de organização e atuação e de contribuir para a construção do SUS e da nova sociedade que se formava. A nova ordem vigente trazia a possibilidade concreta de organização das entidades e da estrutura sindical, de participação política mais organizada e qualificada em meio ao desafio de construção do SUS de acordo com os seus complexos e contra-hegemônicos princípios.

Eram as tarefas de superar os próprios limites, muitos deles fortemente estabelecidos no corporativismo, na visão eminentemente economicista das lutas reivindicatórias, no egoísmo em detrimento da solidariedade. Até então, e em razão dos limites impostos pelo regime de exceção, o máximo que se conseguia avançar em termos de organização dos trabalhadores no setor público – área prioritária a partir desse momento na força de trabalho na saúde – era por meio das associações de servidores públicos, sem o caráter organizativo sindical.

Ao mesmo tempo, os novos tempos sinalizados pelo chamado novo movimento sindical gestado no ABC paulista com os trabalhadores metalúrgicos – avançando depois em outros setores estratégicos, como o bancário e o elétrico, entre o fim da década de 1970 e o início da década seguinte –, a criação da Central Única dos Trabalhadores (CUT) e a reforma partidária pensada e executada nos gabinetes fechados do regime com o objetivo de dividir as oposições sinalizavam a necessidade de construção de um novo modelo de organização dos trabalhadores da saúde. O movimento deflagrado foi de busca de uma nova forma de organização sindical que pudesse atuar na perspectiva de superação do corporativismo e, num caminho inverso, unificasse bandeiras fundamentais aos trabalhadores que compunham a área da saúde. Buscava-se a estruturação não de entidades sindicais por categoria profissional isolada, mas de entidades gerais e o mais abrangentes possível que pudessem congregar as mais variadas categorias profissionais em todos os níveis de formação intelectual. Surgiram então em todo o país os sindicatos gerais de trabalhadores em saúde, cujas estruturas verticalizadas passaram a ser constituídas por meio de federações e confederações.

Esse não tem sido uma questão simples. O viés corporativista, a histórica cultura da instrumentalização política, financeira e pessoal dos trabalhadores e das suas entidades representativas continuaram sendo na prática, grandes empecilhos à instituição plena dos chamados sindicatos gerais. Trabalhadores da saúde com fortes componentes corporativistas continuaram resistindo ferozmente à ideia de não ter como representante sua própria entidade sindical, e tiveram como aliados nesse processo, em muitas situações, setores importantes das suas próprias bases, que, sem o devido acúmulo conceitual e ideológico, continuavam a entender a organização sindical como o velho e tradicional espaço individualista, com ranço egoísta e corporativista.

Com muita dificuldade, esse debate de alguma forma foi realizado em todos os espaços da federação. Em grande parte do país, foram criados os sindicatos gerais, restando então, na prática, poucas entidades de trabalhadores específicos dando alguma resposta significativa. Passaram a ser comuns as mobilizações dessas entidades corporativas remanescentes na esteira das manifestações dos sindicatos gerais, como forma de exercer alguma representatividade, de fato, junto de suas bases. Ao mesmo tempo, em alguns lugares passava já a ser plantada a ideia não apenas de sindicatos gerais de trabalhadores da saúde, mas de entidades gerais da seguridade social, abarcando os trabalhadores das áreas da saúde, previdência e assistência social.

Esse período de debates e transformações na organização sindical coincidiu com a eleição de Fernando Collor de Mello em 1989 e, principalmente, com os dois governos de Fernando Henrique Cardoso, de 1995 a 2002, período em que os trabalhadores brasileiros mais enfrentaram dificuldades em sua história recente. O projeto de reestruturação produtiva foi posto em prática, tendo como premissas

básicas a desconstrução da estrutura do Estado em suas áreas vitais, com implicações diretas na força e nas relações de trabalho. O governo federal liderou o movimento de transferência das políticas e das atribuições do governo para a iniciativa privada, mediante a contratação de serviços privados de forma substitutiva à rede eminentemente pública.

Foi editado ainda, em 1997, o decreto n. 2.271, que dispunha sobre a contratação de serviços pela administração pública federal. O decreto tratava da contratação de atividades não integrantes da *área-fim* – na prática, uma senha para que todas as formas de terceirização da força de trabalho se pudessem admitir na administração pública. Desde então, foi deflagrado em todo o país o projeto de precarização do trabalho e de burla ao instrumento do concurso público por meio de terceirizações. Serviços de conservação, limpeza, segurança, vigilância, transporte, copeiragem, informática, recepção, reprografia, telecomunicações, manutenção de prédios, equipamentos e instalações e, num segundo momento, atividades diretamente relacionadas com a própria área-fim, vieram a fazer parte de um infundável e privilegiado negócio sem risco para setores privados organizados. O Estado passou a comprar no setor privado serviços por um custo muito mais elevado, na grande maioria das vezes de qualidade duvidosa ou flagrantemente inferior, uma vez que eram serviços prestados por profissionais precarizados na sua contratação e na sua remuneração e, conseqüentemente, não necessariamente disponíveis de forma qualificada no mercado.

Numa equação das mais perversas, e como forma de desestimular os próprios servidores criando condições objetivas para demissões e disponibilizações, a política adotada foi de rebaixamento salarial e precarização da remuneração, instituída mediante instáveis e irrisórias gratificações sem nenhuma repercussão na carreira ou na aposentadoria do servidor. Paralelamente a esse processo de terceirização e privatização do SUS, o país foi assaltado por uma onda recessiva com investimento negativo, crescimento sempre próximo de zero, desemprego próximo aos dois dígitos e juros altos – inviabilizando qualquer política de emprego e salário –, enquanto a economia atingia níveis de informalidade inéditos na história, superando 50% do produto interno bruto (PIB).

A informalidade na economia passou a assaltar direta e violentamente a saúde, com repercussão principalmente na atenção básica, no trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) e na Estratégia Saúde da Família. A cultura mercantilista, individualista e corporativista, em sua essência, voltou à tona, com o crescimento do mercado da saúde sem o conseqüente aumento da massa salarial e o aprofundamento do achatamento salarial, bem como da precarização do trabalho, do desemprego e da economia informal, além do estímulo ao múltiplo vínculo de trabalho em saúde.

O movimento sindical foi posto na defensiva pela conjuntura absolutamente adversa a enfrentar e pelos próprios equívocos de condução política. Algumas categorias profissionais, situadas de forma privilegiada no mercado por causa do número insuficiente de profissionais para a demanda existente – principalmente

como resultado da expansão natural do SUS, mas também do crescimento do setor privado –, passaram a se organizar em cooperativas, na verdade meros instrumentos de intermediação de mão de obra.

Num movimento equivocado, tanto do ponto de vista trabalhista quanto social, tático, estratégico ou ideológico, trabalhadores movidos estritamente pelo aspecto mercantilista rendiam-se à lógica privada dominante e passavam a utilizar os mesmos instrumentos que os governos empregavam então como forma de espoliar – financeira e politicamente – o sistema e o Estado. Essa decisão de algumas categorias profissionais feriu de morte as possibilidades então pensadas pelo movimento sanitário de reivindicação de uma carreira única de Estado para todos os trabalhadores do SUS, uma proposta estruturante e fundamental para a viabilização do sistema, como ferramenta de formalização, valorização, estruturação e estímulo da sua força de trabalho em todas as esferas de governo e em todas as regiões do país. A ideia era – e continua sendo – a pactuação de uma carreira única no SUS para todos os seus trabalhadores, garantindo o ingresso por meio de concurso público, de acordo com a esfera administrativa que necessite da constituição dos seus quadros, pisos salariais nacionais por nível de formação intelectual e estímulo como forma complementar de remuneração, por tempo e nível de estudo e qualificação, tempo de serviço, dedicação exclusiva e interiorização.

A tônica vigente, no entanto, passou a ser a mais adequada em determinado tempo e determinado local, aquela corporação mais ou menos organizada ou mais ou menos beneficiada pela lógica do mercado. A ideia de um SUS forte e assentado em uma equipe multiprofissional valorizada foi destruída, ao menos por enquanto, pelo corporativismo e pelo mercantilismo. De um lado, corporações que, com o discurso da necessidade de perceber remuneração diferenciada, usavam os mais variados instrumentos de pressão. De outro, gestores que argumentavam a impossibilidade de remunerar melhor essas corporações em função de limites impostos por dispositivos legais como o teto constitucional e a lei de responsabilidade fiscal. Estava dada a condição que pôs em prática um processo de destruição das relações democráticas, isonômicas e universais de trabalho no SUS.

Os baixos salários praticados no setor público combinados com um crescimento hipertrofiado do setor privado da saúde criaram o *caldo de cultura* não somente para a drenagem dos profissionais, sobretudo dos especialistas, para o setor privado, mas também para a criação de instrumentos que lhes possibilitassem auferir valores mais vantajosos no exercício de suas atividades. Passa a não haver profissionais especialistas dispostos a trabalhar no SUS, bem como proliferam as ditas cooperativas em todos os estados da federação.

À medida que avançava o processo de privatização dos serviços do SUS, com o fechamento da sua rede própria e sua paulatina substituição pela rede privada contratada, tornava-se cada vez mais difícil para o erário público promover as necessárias correções na chamada Tabela de Procedimentos do SUS, responsável pelo

controle dos valores dos serviços comprados na rede privada. A rede privada, por sua vez, desenvolvia em todo o país dois movimentos que sangrariam definitivamente o orçamento do SUS: de um lado, nega-se a trabalhar para o SUS segundo os valores praticados pela Tabela de Procedimentos; de outro, exige do poder público que o ato de pagamento do procedimento contratualizado se componha, além do valor do procedimento estabelecido na tabela, de um *plus*, geralmente calculado em 100% do valor oficial, além do correspondente ao que é cobrado pelos profissionais organizados nas cooperativas. Dessa forma, o SUS passou a financiar na rede privada procedimentos pelo dobro do valor oficialmente estabelecido e, mais ainda, passou a arcar com os custos dos profissionais cooperados que realizavam tais procedimentos, caracterizando, com isso, um *investimento de mercado* sem nenhum risco para o setor privado contratado. Ou seja, o setor privado passou a contar com o financiamento do Estado para os custos de manutenção dos seus serviços.

As leis que criaram as organizações sociais (OS) (lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998) e as organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips) (lei n. 9.790, de 23 de março de 1999), mesmo que inconstitucionais, foram pensadas com a finalidade de dar a devida sustentação legal à ordem política e ideológica estabelecida. Com as OS e as Oscips, o Estado estava autorizado não somente a transferir para a iniciativa privada a contratação da sua força de trabalho, mas também poderia transferir a totalidade do serviço, que passaria a ser administrado pelo interesse privado em toda a sua plenitude, usando para isso recursos públicos previamente contratualizados.

Todos os princípios constitucionais da impessoalidade e do concurso público, por exemplo, passaram a ser meras figuras de retórica. O fisiologismo, os balcões de emprego característicos do Brasil – e que se pensava extintos com o advento da Constituição de 1988 e do concurso público, com a impessoalidade e a profissionalização da administração pública – passaram a ter, no próprio Judiciário, alento e sustentação importantes em muitas ações infrutíferas impetradas pelo movimento social e pelo Ministério Público. Nesse período, os trabalhadores da saúde enfrentaram as mais variadas dificuldades, que passavam pelas baixas e precárias remunerações, falta de estabilidade no emprego e assédio moral – quadro característico de uma situação que jamais poderia configurar uma política pública de Estado. De fato, é impossível viabilizar como dever de Estado uma política estratégica como a da saúde sem que os trabalhadores tenham o mínimo de condições estáveis que promovam uma valorização condizente com a responsabilidade exigida.

A saúde, no geral, e o SUS, em particular, portanto, foram submetidos a um dos mais perversos processos de destruição e privatização, até mesmo com a exploração do seu próprio patrimônio físico e financeiro. Os trabalhadores da saúde pública a serviço do Estado e da população usuária entraram em franco processo de extinção.

RECUOS NA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA DO SUS E RESISTÊNCIAS DOS TRABALHADORES

Durante os dois primeiros anos após a aprovação das figuras jurídicas das OS e Oscips, alguns poucos governos estaduais, com destaque para São Paulo, começaram a implantá-las no país. Nesse momento houve, por parte dos movimentos sociais, das entidades de trabalhadores da saúde e dos partidos políticos de esquerda, forte movimento de resistência política e jurídica que alcançou resultados importantes: a ação direta que denunciava a inconstitucionalidade no Supremo Tribunal Federal (STF), bem como as audiências públicas. Além disso, movimentos de greve e grandes mobilizações ocorreram de forma unificada, evitando que o processo de implantação das OS pudesse ir além do que inicialmente estava pensado pelo próprio governo federal, financiador político e intelectual da ideia.

Percebendo essa forte resistência, o governo Fernando Henrique Cardoso elaborou e aprovou no Congresso mais um dispositivo legal que apontava exatamente para o aprofundamento da sustentação legal das terceirizações da gerência dos serviços e da sua força de trabalho: a lei complementar n. 101, de 4 de maio de 2000, chamada Lei de Responsabilidade Fiscal. A lei, apresentada com um discurso de moralidade administrativa, visava, na realidade, à garantia do pagamento da dívida pública, de um lado, e, de outro, buscava justificar a demissão e a terceirização de servidores e de serviços públicos. Com o advento da Lei de Responsabilidade Fiscal, consolidou-se o discurso da *impossibilidade* de realização de concursos públicos, bem como de reajustes salariais, agora sob o argumento dos limites estabelecidos pela citada lei.

Ao mesmo tempo que se tornava *impossível* juridicamente a contratação de novos servidores por concurso público e os reajustes salariais para servidores existentes, os recursos públicos bloqueados pela Lei de Responsabilidade Fiscal passaram a ser usados, em todo o país para financiar não apenas as terceirizações, por meio de OS e Oscips, mas também as cooperativas médicas e empresas de intermediação de mão de obra. A partir daí, o chamado limite prudencial passou a fazer parte do dicionário dos servidores públicos pelo seu caráter coercitivo. Observamos, então, que o governo usou uma *malha* travestida de legislação fundamentadora cujo objetivo específico era criar as condições para promover a privatização na mais importante política pública do país.

Alguns fatores vêm continuamente asfixiando o SUS durante todo esse período: a alta rotatividade de mão de obra; a contratação de uma força de trabalho precária – pois nem sempre com a qualificação devida; um custo insustentável na administração privatizada dos seus serviços; e uma rede privada cada vez mais necessitada de recursos para viabilizar seu funcionamento na lógica de mercado.

No governo Lula, a partir de 2003, o quadro passou a se agravar. O processo de terceirização da gerência dos serviços próprios, que então se manifestava em poucos estados da federação, expandiu-se enormemente. Com o movimento sindical enfrentando dificuldades tanto do ponto de vista interno, nas suas disputas e divisões políticas intestinas, quanto na indefinida relação com o governo, coube ao controle

social do SUS, tendo à frente o Conselho Nacional de Saúde, liderar o movimento nacional contra o processo de destruição do sistema.

Tal disputa ganhou contornos dramáticos em 2006 e 2007, quando o governo federal, equivocadamente, elaborou e enviou ao Congresso Nacional, sem nenhum debate com o controle social ou com os movimentos sociais na área, a proposta das fundações de direito privado. Sob a justificativa de definir o que então era apresentado como “um novo paradigma de gestão”, o governo trazia à baila uma figura jurídica extinta pela Constituição Federal de 1988 por ter sido diagnosticada como uma das principais ferramentas de desvio de recursos públicos e de corrupção, sob as mais variadas formas. Diante da crise instalada no sistema, o governo apresentou ao Congresso Nacional uma proposta que, em vez de se contrapor às mazelas que então se enfrentavam – como a falta de estabilidade com conseqüente alta rotatividade de mão de obra, o empreguismo fisiologista, a ação patrimonialista do Estado e as profundas diferenças de tratamento salarial –, reforçava e aprofundava todos esses elementos. Inviabilizava-se, com ela, a carreira única de Estado e, na contramão, estimulava-se a criação de planos de carreira por fundação. Essa era a proposta concebida por Luís Carlos Bresser Pereira, então ministro da Administração e Reforma do Estado, no plano de carreira por empresa, que não avançou no governo Fernando Henrique Cardoso graças à mobilização nacional dos trabalhadores e do movimento social na área.

Uma longa batalha política foi travada. A XIII Conferência Nacional de Saúde, realizada de 14 a 18 de novembro de 2007, em Brasília, a mais participativa e democrática jamais realizada, respondeu, de forma quase unificada, contrariamente à proposta das fundações. Um embate cotidiano passou a ser travado nos corredores e gabinetes do Congresso Nacional. Audiências públicas e seminários foram realizados com a finalidade de debater a gestão do SUS e seus caminhos. Ao mesmo tempo, a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) impetrava junto ao STF uma ação direta de inconstitucionalidade contra as fundações de direito privado aprovadas na Assembleia Legislativa do estado de Sergipe e então implantadas naquele estado. Na Bahia, no Rio de Janeiro e no Acre, projetos semelhantes foram aprovados nas respectivas assembleias legislativas, sendo implantados apenas no Acre e na Bahia. Até o momento não houve da parte do STF uma manifestação definitiva sobre a ação movida pela OAB.

À medida que os anos vão passando, a disseminação do processo de privatização do SUS em todo o país, sob as bênçãos do governo federal – processo aprofundado violentamente nos governos Lula e Dilma. Todas as informações e ações a que temos acesso dão conta de que a atual gestão do Ministério da Saúde não somente concorda ideologicamente com esse processo, mas o estimula política e financeiramente. De concreto, todos os grandes escândalos de corrupção no SUS têm-se apresentado no processo de privatização via OS, Oscips e fundações de direito privado. Praticamente todos os estados em que essas ações foram postas em prática estiveram envolvidos

em algum escândalo de corrupção. Os desvios e prejuízos financeiros e políticos ao SUS são incalculáveis. Trabalhadores lesados em seus direitos básicos e serviços com a sua qualidade no atendimento absolutamente comprometida são as consequências mais diretas.

Em relação às fundações de direito privado, as que existem nos estados de Sergipe e da Bahia são alvo de denúncias, pela falta de transparência na gestão, ineficiência, privilégios a grupos e dificuldades financeiras. Em Sergipe, essa forma institucional sofreu ações civis em virtude de irregularidades – denunciadas por vasto noticiário. Na Bahia, o governo federal, via Ministério da Saúde, teve que socorrer financeiramente uma fundação, dada a sua situação de insolvência, medida que foi denunciada no pleno do Conselho Nacional de Saúde em reunião ordinária de 2012. Em alguns municípios do Rio Grande do Sul, como Porto Alegre e Novo Hamburgo, onde também foram aprovadas e implantadas, as fundações foram declaradas inconstitucionais pelos tribunais de Justiça estaduais.

Apesar de todo esse histórico, o governo Dilma não abre mão dessas opções fisiologistas de gestão pública, opções que se enquadram perfeitamente no vasto leque de privatizações do Estado, desde as clássicas até as mais flexíveis e heterodoxas, como são os casos das concessões e das parcerias público-privadas.

Setores da base do governo no Congresso Nacional já se movimentam e fazem ressurgir das cinzas o projeto de lei n. 92/2007, que trata exatamente das fundações de direito privado e que estava arquivado naquela casa.

Diante do insucesso da proposta de fundação de direito privado, o Executivo central enviou ao Congresso Nacional uma proposta que pode ser caracterizada como seu sucedâneo. Sob a denominação de Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), ainda no governo Lula, apresentou-se o que nada mais era do que uma fundação de direito privado, pensada, inicialmente, para administrar os hospitais universitários, mas com o claro objetivo de se estender a todos os serviços de saúde. Implantadas de forma autoritária e sem o menor respeito ao debate com as comunidades universitárias, a EBSERH, além de não combater as terceirizações e precarização do trabalho conforme a justificativa oficial, sofre denúncias e ações judiciais e tem-se caracterizado pelo aprofundamento das diferenças de tratamento entre os trabalhadores e pelo fisiologismo na sua gestão.

Tais opções heterodoxas, idealizadas e executadas pelos governantes como as novas alternativas de gestão para o SUS, não ficaram apenas nesse leque de alternativas visível e francamente fracassadas. Caso fossem realmente alternativas razoáveis, nos lugares onde foram implantadas, o SUS e a gestão pública teriam se transformado significativamente para melhor.

A chamada parceria público-privada, pensada inicialmente para obras de infraestrutura, não passou por nenhum debate democrático na área da saúde, tendo sido implantada na gestão pública da saúde na Bahia e, mais recentemente, em Minas

Gerais e São Paulo. A fundamentação é basicamente a mesma: mediante contratos de parceria, o ente privado realiza algum investimento num serviço público e tem, em troca, um contrato de prestação de serviços ou de gestão por um prazo generoso – geralmente de cerca de vinte anos –, cabendo aos trabalhadores e à sociedade, como um todo, pagar a conta, na forma de precarização do trabalho, baixas e diferentes remunerações, privilégios de uns poucos, indicações políticas, alto custo dos serviços e contratos, fisiologismo e patrimonialismo.

Entretanto, é preciso reconhecer que, quando a gerência dos serviços do SUS se dá pela administração direta, sem a terceirização francamente caracterizada, os trabalhadores também têm enfrentado muitas dificuldades. Elas são encontradas geralmente em administrações amadoras e fisiologistas, produto de indicações políticas para a gestão dos serviços, com profissionais que, em sua maioria, não são dos quadros da instituição e nem mesmo conhecem o SUS, a saúde e suas nuances e particularidades. Portanto, é preciso ainda repensar, em muitos casos, a própria administração direta da rede de serviços do SUS.

O governo federal, sob a direção do Partido dos Trabalhadores (PT), optou pelos caminhos mais adversos com a finalidade de tentar pôr ordem no caos estabelecido no gerenciamento do SUS, sem atentar, contudo, para os componentes conceituais da histórica proposta da Reforma Sanitária. Afirmamos que o SUS está sendo desconstruído e destruído por um modelo inadequado. Alguns requisitos são básicos e fundamentais na perspectiva de viabilização do sistema, e todos eles passam pelo modelo a ser adotado. Jamais um sistema de saúde que se propõe universal e integral será viabilizado seguindo a lógica de mercado, como são os casos preconizados pela gestão via OS, Oscips, parceiros privados, fundações de direito privado ou EBSEH. Simplesmente porque são instrumentos que têm o fisiologismo e o conseqüente *vírus da corrupção em seu DNA*. Jamais um sistema de saúde que se propõe universal e integral se viabilizará se o Estado não chamar para si a responsabilidade de estruturar sua força de trabalho de acordo com os princípios basilares da Reforma Sanitária e da Constituição Federal, assegurando o cumprimento do concurso público como elemento direto de contraposição às nomeações clientelistas, bem como o acesso ao sistema dos melhores e mais preparados quadros e a valorização de todos, independentemente do mercado, como forma de garantir o compromisso pleno da equipe, sem discriminações e elitismos profissionais. Tudo isso é fundamental para a reestruturação do SUS.

Concretamente, temos um quadro da força de trabalho caracterizado hoje por uma inadequada formação profissional, distante do entendimento da realidade do SUS e do país, decorrente de uma formação elitista, mercantilista e individualista, com um número insuficiente de médicos, de um lado, e, de outro, um número elevado – e acima até das reais necessidades – em quase todas as demais categorias profissionais. A dimensão continental do Brasil, com um sistema de saúde pública que se propõe universal e integral, porém equivocadamente pensado em torno do profissional

médico e dos serviços especializados; a ausência de equipes multiprofissionais de saúde em todos os níveis da saúde pública ou privada; um sistema público que estimula e financia diretamente o crescimento exponencial da saúde privada e da saúde suplementar; o expressivo crescimento da economia e da distribuição de renda nos últimos oito anos; todos esses elementos, somados a uma insuficiente formação de profissionais médicos no Brasil, tornam hoje a situação da saúde, em todos os seus níveis, absolutamente insustentável.

Acrescenta-se que a concentração de profissionais médicos nos grandes centros urbanos das regiões Sul e Sudeste, principalmente no setor privado, gera a necessidade de uma correção por meio de várias medidas concomitantes, como a ampliação de vagas para a formação de médicos em todo o país e a vinda de profissionais graduados de outros países com os quais o Brasil possa firmar acordos de reciprocidade – entendendo claramente que, diferentemente do que é apregoado pelo senso comum corporativista, a questão definitivamente não passa apenas pelas demandas salariais, condições de trabalho, carreira ou mesmo má distribuição profissional.

Regiões como o Distrito Federal, que tem uma média de profissionais acima de todos os demais entes federados e acima também de muitos países que já resolveram essa questão, pagam os melhores salários do país, oferecem um plano de carreira bastante atraente, proporcionam boas condições de trabalho, e, no entanto, enfrentam as mesmas dificuldades na contratação dos referidos profissionais. Isso demonstra que a solução para a questão da histórica insuficiência de médicos no Sistema é bem mais complexa do que apenas o aspecto salarial ou a implantação de uma carreira atraente. São necessárias outras medidas de gestão que combatam e eliminem comportamentos que consolidaram uma cultura com graves e distorcidos elementos que comprometem diretamente as ações e os serviços de saúde.

Sob esse aspecto, é lícito reconhecer que, a margem dos equívocos representados pela forma de contratação e o aprofundamento da cultura médico centrada, o Programa Mais Médicos é uma proposta que aponta para o início de um debate que busca o equacionamento definitivo do problema. A estruturação de toda a equipe multiprofissional em saúde é condição imperiosa e inegociável para alterar o modelo de atenção vigente. Para isso, o sistema deve ter a atenção básica como efetiva prioridade, superando o equivocado modelo de atenção vigente a partir das ações da equipe multiprofissional, diminuindo paulatina e significativamente a dependência que existe do profissional médico.

Será do Estado a tarefa de pôr em prática todas as medidas necessárias para alterar o modelo que infelicitava a saúde, o SUS e os trabalhadores que tentam heroicamente construí-lo. Mudar o modelo que aí está significa, em primeiro lugar, não adotar nenhuma medida que possibilite a manutenção ou o aprofundamento do atual estado de coisas, caracterizado pela precarização do trabalho, pelas baixas e discriminatórias remunerações profissionais, pelo fisiologismo das indicações pessoais e políticas e pelo patrimonialismo na gestão. Ou seja, instrumentos como OS, Oscips, fundações

de direito privado, institutos, EBSEH ou *parceiros* privados e similares devem ser excluídos do rol de alternativas para o sistema.

Ao mesmo tempo a opção pela compra de serviços privados em substituição aos públicos, tem sido importante forma de retroalimentação dos vícios que caracterizam os citados instrumentos de gestão privados, OS e Oscips, e públicos de direito privado, fundações, instituto e EBSEH. Se determinados trabalhadores têm, no setor privado contratado, conveniado e financiado pelo SUS, a possibilidade de auferir ganhos financeiros diferenciados e privilegiados, a partir da regra estabelecida do recebimento por procedimento realizado, não haverá da sua parte nenhum interesse em optar pelo serviço público, por mais vantajosa que seja a proposta de remuneração ou de carreira. É o viés mercantilista que prevalecerá sempre nessa lógica. Daí a necessidade de, paulatinamente, substituir os serviços privados contratados, conveniados e financiados pelo SUS pela sua própria rede, conveniente e adequadamente estruturada e fortalecida. Em todos os debates sobre os problemas do SUS, se fala a respeito do subfinanciamento, e prevalece um equivocado discurso segundo o qual, resolvendo-se esse tema, o SUS estaria automaticamente resolvido e viabilizado. Afirmamos que, ao contrário, é uma irresponsabilidade reivindicar mais recursos financeiros para o sistema sem fazer o debate correto sobre a sua utilização.

O financiamento do SUS, além de insuficiente, é contraproducente e inadequado. Os recursos são empregados prioritariamente em serviços especializados e de alto custo, quando, sem se esquecer da necessidade e das responsabilidades para com essa área, deveriam ser direcionados para a atenção básica, como forma de diminuir, em parte, a demanda pelos serviços especializados. A atual lógica de financiamento é definida de modo que se garanta o pagamento dos procedimentos realizados, estimulando a fraude, a corrupção, a contratação de serviços nem sempre necessários e a privatização – quando o financiamento deveria estar voltado para as reais necessidades de cada local, devidamente diagnosticadas e pactuadas entre os três níveis de governo.

Por fim, o financiamento do SUS deveria ser direcionado para a estruturação da sua própria rede e de sua força de trabalho, de modo que se racionalizassem os serviços assistenciais e a hierarquização e regionalização – enquanto tem estado a serviço da rede privada que subsiste à custa dos recursos públicos, oferecendo desde serviços assistenciais, passando pelas intermediadoras de mão de obra, até os que assumem a gerência dos serviços públicos e os que são apresentados como *parceiros privados*. Sem essa inversão de prioridades, não temos o direito de afirmar que estamos conseguindo mais recursos para o SUS, sejam eles de que rubrica e montante forem. Sem essa inversão de valores, não temos autoridade para reivindicar mais recursos para o SUS.

O QUE FAZER?

Todos que estivemos envolvidos no debate da Reforma Sanitária vemos com clareza a impossibilidade da sobrevivência de um sistema público que se propõe

universal e integral concorrendo diretamente com um sistema privado fortalecido. No caso do SUS, existe a agravante de o sistema privado ser financiado com os próprios recursos públicos, seja diretamente por intermédio da compra de serviços, seja por meio de isenção tributária, renúncia fiscal e outros instrumentos. Um serviço privado financiado direta ou indiretamente pelo Estado pratica uma disputa desigual com o serviço público enquanto se beneficia das regras de mercado, drenando para si profissionais, recursos, serviços e ações que deveriam dar sustentação ao sistema público. Não é por outro motivo que nenhum país na história conseguiu viabilizar um sistema público universal e integral segundo a lógica de mercado ou competindo com um sistema privado fortalecido.

Sem defender aqui a extinção do setor privado da saúde no Brasil – até porque isso significaria a inviabilização do próprio SUS, dada a extrema dependência que o nosso sistema tem em relação a ele –, entendemos que o privado deve, no máximo, cumprir um papel complementar, apenas e tão somente naquilo que o público não tiver temporariamente condição de atender, conforme determina a Constituição Federal e a Lei Orgânica da Saúde. Se assim não for, teremos que aceitar a inviabilidade da proposta histórica do SUS.

Urge, portanto, um grande projeto de estruturação da rede pública em todo o país, na perspectiva de inverter o modelo de atenção existente, passando-se a ter a rede de atenção básica e todos os seus componentes como efetiva porta de entrada do sistema, bem como estruturar as redes de referência e de atenção secundária e terciária regionalizadas e hierarquizadas, organizadas de forma racional, plena e resolutiva. Paralelamente, deve-se substituir a rede privada contratada/conveniada, racionalizando os custos financeiros e permitindo maior rigor no controle público dos serviços oferecidos.

Em relação à crítica que fazemos às formas de gestão privatizadas, travestidas de novos paradigmas, por meio de OS, Oscips, fundações de direito privado, EBSEH, parceiros privados e congêneres, não podemos ficar apenas na crítica, pois enfrentamos também graves problemas na administração direta, sem a intermediação formal de terceiros. Temos o dever de admitir os equívocos que são as nomeações de gerentes e gestores por critérios eminentemente políticos e pessoais, sem nenhum perfil ou vínculo com o serviço a ser administrado. Por isso, deve ser fortalecida a profissionalização da gestão do SUS, com nossos próprios quadros devidamente qualificados para tal fim, com base em critérios que levem em conta cursos de formação, tempo e conhecimento do serviço e experiência na função. Além disso, deve ser a tônica no novo processo civilizatório e administrativo a implantação de um radical processo de democratização da gestão com a participação direta dos trabalhadores e dos próprios usuários do serviço.

Diante da manifestação em definitivo do STF pela constitucionalidade das organizações sociais, numa decisão que *joga por terra* princípios basilares da Constituição Federal como o concurso público e o da impessoalidade, cabe ao movimento social a

deflagração de um amplo e vigoroso movimento político de enfrentamento em todos os lugares onde esses referidos instrumentos de gestão venham a ser propostos e/ou aprovados como também com as demais alternativas privatizantes da gestão e do Estado como fundações e/ou institutos de direito privado, EBSEH e similares.

A desvalorização da força de trabalho do SUS e da saúde no seu aspecto mais amplo chegou ao seu limite e hoje compromete fortemente a eficiência e a execução de grande parte dos serviços. A precarização na forma de contratação, a baixa remuneração, os tratamentos profundamente discricionários, às vezes dentro de uma mesma categoria profissional, e a falta de estabilidade, formação e estímulo profissional, bem como o assédio moral sob as mais variadas formas, já não podem ser permitidos na força de trabalho que tem a responsabilidade de construir o SUS e a saúde.

A carreira única no SUS para todos os trabalhadores que o compõem é tarefa imediata, sob pena de inviabilização definitiva do sistema. É impossível viabilizar o SUS num país de dimensões continentais como o Brasil, e com as características culturais, políticas e geográficas que encerra, sem que uma carreira única da sua força de trabalho estabeleça regras e parâmetros norteadores para todas as regiões, respeitando as suas particularidades. Não podemos, por exemplo, ter nenhuma semelhança com o Judiciário e outras áreas da administração pública, uma vez que o trabalho em saúde é visceral e estruturalmente multiprofissional, e tem como condições básicas para um atendimento humanizado, qualificado e resolutivo a presença e o contato físico, bem como o vínculo humano solidário com as pessoas a serem acolhidas.

Uma das necessárias mudanças a serem trazidas ao debate sobre o SUS se refere à carreira, que deve ser pactuada entre as três esferas de governo. Após a definição de todos os processos de regionalização e hierarquização da rede de serviços em todos os níveis de atenção, cada ente federado deve apresentar aquilo que é compreendido como a sua real necessidade de força de trabalho em todos os níveis de formação e complexidade, de modo a atender as necessidades a serem pactuadas. Estabelecido o custo de toda a força de trabalho e os correspondentes custos da mão de obra, cada ente federado diretamente envolvido pactuará aquilo que pode ser da sua responsabilidade no todo predefinido. Na pactuação dessa carreira, ficaria estabelecida a contratação de acordo com as necessidades de cada ente federado com a sua respectiva responsabilidade, ou seja, cada ente federado tem autonomia de contratação – sempre mediante concurso público e, em situações em que isso não seja possível de forma imediata, em obediência à legislação vigente. A carreira pactuada, que tem como referencial as Diretrizes Nacionais do Plano de Cargos, Carreira e Salários do SUS, definirá a isonomia salarial por nível de escolaridade e os estímulos financeiros de acordo com a qualificação profissional, o tempo de estudo na sua formação, a interiorização, o tempo de serviço e situações excepcionais caracterizadas pela atual conjuntura local e distribuição de mercado. A carreira única pactuada deve definir o vínculo de acordo com o ente que realiza o certame de acesso, podendo o trabalhador exercer suas funções em qualquer outra esfera do SUS de acordo com as regras estabelecidas na nossa legislação.

Finalmente, no que se refere à formação dos trabalhadores do SUS, todas as avaliações da formação profissional em saúde apontam para fragilidades que comprometem diretamente o exercício profissional em suas mais diversas áreas. Como já foi dito, temos uma formação superficial, elitista, mercantilista, individualista, sem sintonia com a realidade do SUS e do país. Necessitamos, portanto, de uma reformulação no ensino que contemple uma reforma curricular e um processo de aproximação entre a sociedade e o SUS. A criação do Serviço Civil em Saúde, pós-graduação pelo prazo de dois anos, com autorização provisória do exercício profissional para todas as categorias profissionais, é condição imperiosa na qualificação profissional de todas as áreas, a forma mais privilegiada de promover uma efetiva qualificação dos profissionais graduados na área da saúde, bem como de disponibilizar a toda a população usuária do SUS a assistência diferenciada e integrada de toda a equipe multiprofissional em saúde.

A formação profissional sintonizada, de fato, com as necessidades e realidades do SUS e do país, a efetiva construção de uma nova cultura do trabalho na saúde em equipe, acima de equivocados protagonismos individuais, a ampliação no número de vagas para o curso médico, bem como a vinda de profissionais de outros países irmãos que possam estabelecer um acordo mútuo com o Brasil, aliadas à qualificação permanente dos cursos que existem em todas as áreas da saúde, são imprescindíveis na perspectiva de viabilização de uma força de trabalho com plena capacidade de dar a resposta adequada de que o sistema e a população necessitam.

A ampliação, e por que não dizer a massificação, dos cursos de residência em saúde, deve ser tratada como uma das prioridades da área pelo Ministério da Saúde. Há, sem dúvida, uma carência inaceitável em todas as categorias profissionais, com profundas repercussões negativas no trabalho em saúde, e que necessitam ser equacionadas. São propostas que dependem essencialmente de decisão política e de um processo de articulação envolvendo todos os atores que continuam fiéis à mais que nunca atual proposta da Reforma Sanitária.

Num país com as características do Brasil, as grandes decisões que podem transformar as estruturas na perspectiva do avanço e da consolidação da democracia acontecem a partir de decisões centrais, porém não se pode perder de vista a vital participação do movimento social e da sociedade, por meio de seus mais variados instrumentos de mobilização e responsabilização.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Decreto n. 2.271, de 07 de julho de 1997. Dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional. Brasília, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Mais Saúde. Departamento de Auditoria do SUS – Mais Médicos para o Brasil. Brasília, 2014.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-sanitária 1976-2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaoodevida/ams/2009/ams2009.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2015.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S. & MOYSÉS, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R. & FRANÇA, T. (Orgs.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. v. 1. Rio de Janeiro: Cepesc, Uerj, 2011. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/TendenciasTrabalho.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2015.

6

O Mundo do Trabalho desafios para trabalhadores e gestores da saúde

Nelci Dias

Nosso objetivo, neste capítulo, é contribuir para o debate sobre o mundo do trabalho em saúde, apresentando o atual cenário do setor, os antigos e novos problemas e os desafios que se apresentam para os trabalhadores e gestores do Sistema Único de Saúde (SUS).

É preciso construir ações estratégicas para a valorização do trabalho e dos trabalhadores do SUS. A necessidade de valorização do trabalho e do trabalhador do SUS tem sido uma das razões principais de nossa militância social. O mundo do trabalho e o mundo da gestão em saúde estão em permanente conflito, e o processo de negociação permanente é um instrumento que pode ajudar a tratar esses conflitos.

O MUNDO DO TRABALHO

O vocábulo *trabalho* provém do latim *tripalium*, instrumento romano de tortura. Na antiga Grécia, o *tripalium* era também um instrumento de castigo. Tal concepção atravessou toda a Idade Média. Se o trabalho, até a Idade Média, era entendido como castigo, a partir dali passou a ser servidão, atividade para sustentar o corpo para alguns, porque a nobreza e o clero deveriam ser servidos. No feudalismo, o servo trabalhava e tinha a obrigação de atender ao seu senhor e só depois a si mesmo. Esse tipo de relação denominava-se pacto de lealdade. No capitalismo do século XIV, o conceito do trabalho muda definitivamente, deixando de ser um castigo para ser uma virtude.

Do século XV ao XVII, houve um excesso de produção nos feudos, e os comerciantes começaram a prática de vender produtos e, conseqüentemente, passaram a enriquecer. Enriqueceram não mais por herança, como ocorria no feudalismo, mas pelo e com o trabalho. A primazia do capitalismo é “quem trabalha poderá acumular, enriquecer”.

Esses são os princípios que norteiam ainda a vida atual. Na medida em que há produção, haverá possibilidades somente para alguns. Aqueles com talentos fracos colocam sua força de trabalho no mercado, assim se configura a sociedade capitalista: cresce a riqueza na mesma medida em que aumenta a pobreza. Apropriação, exploração e acumulação são categorias essenciais para que o capitalismo se estabeleça.

Na visão marxista, o trabalho é visto como um processo entre o homem e a natureza, no qual o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a natureza. O homem, atuando sobre a natureza externa, modifica-a e, ao mesmo tempo, modifica a si mesmo. No trabalho, o homem se humaniza (Marx, 2002). Trabalho é uma atividade intencional de intercâmbio e transformação da natureza pelo homem, mas é também uma atividade teleológica, porque se pensa antes de se fazer. Sendo assim, necessariamente é uma atividade criativa.

Na sociedade capitalista, configuram-se duas classes fundamentais: aquela que detém o capital (os capitalistas) e aquela que é desprovida de posses, dependente do mercado de trabalho no qual o indivíduo vende sua força de trabalho para sua sobrevivência e sustento. O princípio do capitalismo é a acumulação, e essa acumulação se dá por meio da exploração do trabalho do homem, que Marx (2002: 220) define como mais-valia: “O trabalhador trabalha sob o controle do capitalista, a quem pertence seu trabalho, e este, além de um valor de uso, quer produzir mercadoria; além de valor de uso, valor, e não só valor, valor excedente (mais-valia)”.

Nas últimas décadas, o capitalismo vivenciou uma profunda e complexa crise em virtude de tensões e de mudanças sociais, políticas, econômicas e ideológicas em todo o mundo. No entanto, a resposta à crise estrutural foi superficial, um processo de reestruturação do capital mediante a estruturação produtiva e da acumulação flexível, ou seja, uma mudança sem transformar os pilares essenciais do modo de produção (Antunes, 2000).

O desemprego estrutural, o trabalho precário e a degradação da natureza são conseqüências brutais dessas mudanças, fazendo o homem contemporâneo se relacionar objetiva e subjetivamente com um mundo do trabalho de forma muito diferente, chegando a ser desumana, exatamente o contrário do que postulava Marx (2002). Numa visão capitalista neoliberal, a produção deve ser a maior possível e com menor número de postos de trabalho, sendo privilégio de alguns e fator de marginalidade de outros que, por sua vez, estão desprotegidos pelo Estado, porque esse deve ter seu tamanho reduzido e entregar as políticas sociais na mão do mercado. Sabe-se que essas mudanças não aconteceram sem enfrentamentos e resistências do movimento operário. No entanto, o capital “precisa” se opor aos movimentos sociais para se reorganizar.

Como se pode perceber, a reorganização do capitalismo trouxe mudanças objetivas e subjetivas no mundo do trabalho, e é preciso entender seus significados e consequências para a humanidade. Atualmente o individualismo prepondera sobre a solidariedade e a atuação coletiva e social.

Sem dúvida, as mudanças e os significados do trabalho trouxeram consequentemente modificações no conceito de classe trabalhadora. Marx conceituou classe trabalhadora como o *proletariado*, ou seja, trabalhadores que fabricam mercadorias com base na venda de sua *força de trabalho*. Para Antunes (2000), a noção ampliada de classe trabalhadora inclui todos que vendem sua força de trabalho em troca de salários, incorporando, além do proletariado industrial e dos assalariados do setor de serviços, também o proletariado rural. Nessa noção, o autor inclui os terceirizados, precarizados, cooperativados, os trabalhadores da economia informal e os desempregados.

O SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O SUS é fruto de grande mobilização social, cujo ápice se deu em 1986, quando se realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve como tema central “Saúde como direito; reformulação do sistema nacional de saúde e financiamento setorial” (Brasil, 1986). As deliberações desse encontro demonstraram os anseios da sociedade por mudanças profundas no sistema de saúde brasileiro no sentido de garantir o acesso universal e a democracia. Na oportunidade, gestores, trabalhadores, usuários e intelectuais debateram, negociaram e deliberaram sobre propostas que posteriormente se tornariam o arcabouço legal do sistema de saúde brasileiro.

O período constituinte dos anos 1980 foi um marco na história do Brasil, não só pelo processo de resgate das liberdades individuais após longo período de ditadura militar, mas também pela volta do estado democrático de direito. As questões sociais, entre as quais a saúde, foram consagradas como direitos fundamentais do cidadão. Foi nesse contexto político que nasceu o SUS.

O SUS adota o conceito de saúde como um direito público e opõe-se à noção da apropriação da saúde do povo pelos interesses privados. Contrariamente à medicina curativa, o SUS propõe a adoção do conceito de saúde integral, em que o acesso à terra, à habitação, à alimentação, à educação, ao lazer, ao transporte e à rede de serviços de saúde são parte de um todo. A saúde passa a ser direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Além dos artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 (Brasil, 2012), o SUS é regulamentado pela lei n. 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências (Brasil, 1990a), e pela lei n. 8.142/1990, que dispõe sobre a participação da comunidade na

gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências (Brasil, 1990b).

Nessa regulamentação, o SUS é um sistema único pelo fato de ser constituído por um conjunto de ações e serviços de saúde prestados por instituições públicas (federais, estaduais e municipais). A iniciativa privada é de caráter complementar na prestação de serviços, sendo preferencialmente filantrópica, devendo-se vincular ao sistema na forma de convênios com a mesma filosofia e organização (Lima, Fonseca & Hochman, 2005).

Constituem princípios basilares do SUS a universalidade, garantia de acesso a todos os cidadãos sem distinção; a equidade e a integralidade da assistência, que asseguram o atendimento integral das necessidades em saúde, desde a promoção até a recuperação da saúde, com ênfase nas ações preventivas; a descentralização, a regionalização e a hierarquização dos serviços e da gestão; e o controle social, princípio que reafirma a importância da participação democrática da sociedade.

Embora se tenha avançado com a Constituição Federal de 1988, que estabeleceu que a saúde é direito de todos e dever do Estado, ainda há muito por fazer para que o SUS se efetive na prática. É necessário, então, assinalar alguns obstáculos e desafios a serem superados pelo conjunto da sociedade (gestores públicos, prestadores conveniados, trabalhadores e usuários).

O atual sistema de saúde brasileiro tem problemas centrais no que tange à sua organização, dentre os quais se destacam o financiamento e a gestão. Em relação ao financiamento, a necessidade da União, dos estados e dos municípios de aplicar recursos adequadamente em ações específicas em saúde é urgente. A lei complementar n. 141/2012, que regulamenta a emenda constitucional n. 29, foi um avanço, porém deixou de fora os 10% a serem aplicados pela União no custeio da saúde.

A luta por essa regulamentação se intensificou no dia 5 de agosto de 2013, quando foi realizado, em Brasília, o Ato em Defesa da Saúde Pública, com o objetivo de fortalecer o SUS, por meio de um projeto de lei de iniciativa popular que pretende assegurar o repasse de 10% dos recursos brutos do orçamento da União para a saúde. O projeto de lei de iniciativa popular obteve 1.250.000 assinaturas, e, para dar entrada em qualquer projeto de lei de iniciativa popular, é necessário 1,4 milhão de assinaturas.

Outro obstáculo mencionado pelos gestores tem sido a Lei de Responsabilidade Fiscal (Silva & Silva, 2008) e a falta de recursos financeiros, especialmente nos municípios de pequeno porte, que têm baixa arrecadação fiscal. A Lei de Responsabilidade Fiscal representou avanços no controle da máquina pública e responsabilização dos gestores pela administração financeira; no entanto, ao mesmo tempo que os gestores são responsáveis pela prestação de saúde universal e integral, estão impedidos de contratar pessoal para execução dessas políticas públicas. Nesse sentido, a alternativa de terceirizar e precarizar as relações de trabalho nos parece

limitada e equivocada; para nós, a alternativa é criar uma lei de responsabilidade social, a fim de possibilitar que o SUS seja público, de qualidade e de acesso universal.

Em relação à gestão dos serviços de saúde, precisamos entender que os serviços se organizam de forma hierarquizada, mas funcionam como uma rede solidária de atenção às necessidades dos usuários. Cabe destacar o decreto n. 7.508 de 2011, que conceitua e organiza elementos importantes para a gestão do SUS, entre os quais a definição de região de saúde, contrato organizativo da ação pública, porta de entrada, rede de atenção à saúde, serviços de acesso aberto e protocolo clínico.

Outro aspecto da condução do sistema de saúde em nosso país que merece destaque é a morosidade na execução da política de recursos humanos. A valorização dos trabalhadores do SUS mediante planos de carreira e mesas de negociação é ferramenta estratégica na gestão do SUS e necessita de implantação imediata.

A gestão da saúde deve ser planejada e executada pelos gestores do SUS. O processo de municipalização é uma diretriz do SUS, mas não significa que os municípios devem assumir sozinhos as responsabilidades; é necessário que haja um compromisso efetivo das três esferas de governo. As questões relativas à gestão do SUS precisam ser debatidas com a sociedade; nunca podemos esquecer-nos de aprofundar o controle social em um estado democrático de direito.

O MOVIMENTO SINDICAL NO BRASIL: A SAÚDE EM QUESTÃO

A palavra *sindicato* vem no francês *syndicat*: a Lei Le Chapelier, de julho de 1791, empregava o termo *síndico* para se referir aos trabalhadores e coordenadores de associações clandestinas organizadas após a Revolução Francesa, que teriam origem nos colégios de artesãos romanos dirigidos por um síndico (Martins, 2003). A organização sindical brasileira especificamente é regulamentada pelo Estado, sendo a Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), promulgada em 1943, a principal fonte de direitos.

No Brasil, predominam os sindicatos por categorias profissionais de âmbito municipal e estadual; no entanto, cabe também destacar a presença de federações e confederações (Brasil, 1943). Segundo Drummond (1997), no Brasil, a história do sindicalismo iniciou-se no fim do século XIX, com as associações mutualistas, em que os trabalhadores contribuíam com “caixinhas” para prover os trabalhadores de auxílio nos casos de doença, acidente de trabalho, invalidez e aposentadoria. Os imigrantes italianos tiveram forte influência no início do movimento sindical brasileiro, que já trazia divisões internas entre socialistas, cristãos e, na maioria, anarquistas.

Com o golpe militar de 1964, o país mergulhou em um longo período de privação das liberdades individuais, com prisões, torturas e mortes, não só daqueles que se opunham ao regime, mas também de cidadãos que nunca tinham participado de manifestações sociais. As entidades sindicais ficaram à margem da cena política e da negociação coletiva de trabalho, e a política salarial do governo e a repressão predominavam (Drummond, 1997).

No fim dos anos 1970, houve um ressurgimento da ação sindical, com destaque para a greve de 1978 no ABC paulista. Nascia, assim, o *novo sindicalismo*, expressão usada para identificar os sindicatos envolvidos nas lutas mais gerais do país, como o movimento pelo fim da ditadura militar, contra as políticas econômicas de arrocho salarial, pela negociação coletiva e pelo direito à greve.

Como muitos sindicatos estavam nas mãos dos chamados pelegos, o protagonismo político sindical se deu em estruturas como as comissões de fábrica, e pelos delegados sindicais e centrais sindicais. Iniciou-se, então, um processo de reabertura política no país (Drummond, 1997).

Nesse contexto, em 1981, realizou-se o I Congresso das Classes Trabalhadoras (Conclat), que unificou diversas correntes de pensamento em prol da construção de uma entidade que organizasse o conjunto da classe trabalhadora na defesa de um sistema democrático de relações de trabalho. Esse congresso aprovou a criação de uma comissão pró-Central Única dos Trabalhadores (CUT), que foi fundada em agosto de 1983. Já o chamado bloco de sindicalistas adesistas unificou-se em torno da Central Geral dos Trabalhadores (CGT), criada em outubro de 1983 (Drummond, 1997).

Ressalte-se que a Constituição de 1988 não alterou a essência da estrutura sindical brasileira, apesar dos avanços no âmbito das relações mais democráticas de trabalho, como a organização dos funcionários públicos, a atuação do delegado sindical, o fim da intervenção do Estado nos sindicatos e a ampliação do direito de greve, entre outros (Pochmann, 1996).

Não se pode negar que a estrutura sindical brasileira é fruto da época do getulismo; contudo, mesmo com as mudanças oriundas da Constituição de 1988, temas como o fim da unicidade sindical, do poder normativo da Justiça do Trabalho e do imposto sindical e a regulamentação do direito de greve e da negociação no setor público continuam pendentes. As históricas bandeiras da CUT por relações de trabalho democráticas ainda não foram conquistadas e tiveram interferência direta na forma de organização do movimento sindical e na negociação no setor público (Drummond, 1997).

Os anos 1990 foram tempos de muitas dificuldades para o movimento sindical, por ser essa década o auge da política neoliberal, da diminuição do tamanho do Estado para as políticas públicas e das altas taxas de desemprego e baixa sindicalização e adesão dos trabalhadores. As iniciativas dos sindicatos sofreram recuo significativo, e diferentes caminhos foram seguidos pelo sindicalismo nesse período: conciliação, resistência ou enfrentamento.

No entanto, segundo Pochmann (1996), apesar da renovação do sindicalismo brasileiro, a atuação sindical ainda é marcada pela fragmentação e descentralização, pelo assistencialismo, pela burocratização e pela pulverização sindical. Esse mesmo autor apresenta como alternativas de superar esses problemas uma ampla fusão dos sindicatos, a centralização da contratação coletiva (contratos nacionais, regionais

e setoriais), forte representação nos locais de trabalho, a participação nos fundos públicos, para ampliar a seguridade social, e a garantia de emprego.

No início dos anos 2000, um trabalhador e sindicalista oriundo das greves do ABC foi eleito presidente da República, em um cenário político em que os movimentos sociais se encontravam fragilizados, e o governo fez ampla política de alianças com setores historicamente contrários aos interesses do movimento sindical classista e combativo. Essa fase política trouxe novos dilemas para o movimento sindical. Se, por um lado, o governo abriu vários canais de negociação, implantando políticas de diminuição das taxas de desemprego, de valorização do salário mínimo e de diminuição da pobreza, por outro, algumas antigas bandeiras de luta não foram atendidas – por exemplo, a redução da jornada de trabalho de 44 para quarenta horas semanais e a reforma sindical. Além disso, alguns direitos trabalhistas foram reduzidos, como é o caso da previdência dos servidores públicos.

O movimento sindical brasileiro vive hoje uma crise de identidade e, consequentemente, ocorrem divisões no seu interior. Criam-se novas centrais sindicais, dividindo ainda mais o movimento. Merece registro que as entidades sindicais de trabalhadores da saúde, em sua maioria, foram constituídas nos anos 1980, década de intensa movimentação sindical no Brasil. A maneira diferenciada pela qual esses sindicatos se organizaram resultou em uma peculiar forma de estruturação do movimento sindical na área da saúde. Assim, os profissionais da saúde de nível universitário se organizaram em sindicatos estaduais e em federações nacionais da categoria profissional, como a Federação Nacional dos Enfermeiros, a Federação Nacional dos Médicos etc. (Drummond, 1997). De outra parte, as entidades sindicais estaduais e nacionais filiadas à CUT também se organizaram na Confederação Nacional dos Trabalhadores da Seguridade Social (CNTSS), entidade do ramo de produção orgânica da CUT.

Já os trabalhadores da saúde de nível médio vinculados à iniciativa privada se organizaram em entidades sindicais específicas: sindicatos dos Profissionais de Enfermagem, Técnicos, Duchistas, Massagistas e Empregados em Hospitais e Casas de Saúde, denominados popularmente de sindicatos. No âmbito nacional, estão organizados na Confederação Nacional dos Trabalhadores da Saúde (CNTS), específica do setor privado, ou na CNTSS. Os sindicatos do setor privado, essencialmente de nível médio, constituem-se em base estadual, municipal e regional, existindo ainda federações estaduais que os aglutinam.

Os servidores públicos – federais, municipais ou dos hospitais universitários – organizam-se em entidades sindicais gerais estaduais e nacionais que congregam trabalhadores por esfera de vinculação de diferentes categorias. Também, quando filiados à CUT, integram a CNTSS. Os servidores públicos estaduais da saúde, na maioria dos estados brasileiros, organizam-se em sindicatos específicos, porém não têm uma entidade nacional própria. Esses também, quando filiados à CUT, integram a CNTSS. Por sua vez, os agentes comunitários de saúde, além de não terem uma organização sindical nacional, estão pouco organizados em sindicatos específicos nos

municípios. As categorias profissionais, mesmo quando organizadas em sindicatos próprios, podem ser representadas por sindicatos de servidores públicos das esferas municipais, estaduais e federais.

A estrutura sindical hoje existente no país permite, por exemplo, que um mesmo trabalhador da saúde com um único vínculo de trabalho seja representado por mais de uma entidade de base local e nacional. Por exemplo, um enfermeiro com vínculo estatutário na Secretaria Estadual da Bahia é representado, no âmbito estadual, pelo Sindicato dos Enfermeiros da Bahia, filiado à CUT pelo SindSaúde; no âmbito nacional, pela Federação Nacional dos Enfermeiros (FNE), que também é filiada à CUT; e, conseqüentemente, pela CNTSS CUT. Um auxiliar de nutrição de um hospital privado de Santa Catarina é representado no âmbito estadual pelo “sindicato de Santa Catarina” (filiado à CUT) e pela Federação Estadual da Saúde do estado (filiada à CUT e à CNTS); no âmbito nacional, é representado pela CNTS e pela CNTSS. Em meio a todas essas possibilidades de representação, o poder de negociação entre sindicatos, federações e confederações está permanentemente em conflito pela disputa oriunda da dupla e até tripla representação e pela diversidade das características políticas dessas entidades sindicais.

O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde é essencial para a vida humana, sendo parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não material que se completa no ato de sua realização (Pires, 1998). O Ministério da Saúde adota o conceito de “trabalho como um processo de trocas, de criatividade, de coparticipação e de corresponsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos” (Rede HumanizaSUS, 2016).

Em *O Capital*, Marx (2002) mostra que os componentes do processo de trabalho são o próprio trabalho (atividade adequada a um fim), o objeto do trabalho (matéria que se aplica ao trabalho) e seu instrumental (o conjunto dos meios de trabalho). O processo se extingue ao se concluir o produto.

Segundo Pires e Lunardi Filho (2008), no campo da saúde, o processo de trabalho tem como finalidade a ação terapêutica de saúde; como objeto, indivíduos ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando de medidas curativas, de preservação da saúde ou de prevenção as doenças; e como instrumental de trabalho, os diversos equipamentos e instrumentos, além das condutas que representam o nível técnico do conhecimento, que é o saber em saúde. O produto final é a própria prestação da assistência de saúde, que se realiza no mesmo momento em que é produzida.

O MERCADO DO TRABALHO NA SAÚDE

O mercado da saúde é de grande importância para a economia brasileira. As atividades em saúde, em 2005, chegaram a 97,3 bilhões de reais, representando 5,9% do valor total gerado pela economia (Machado, 2008). Com a constituição do SUS,

a capacidade instalada (empregos, leitos e estabelecimentos de saúde) do sistema de saúde no Brasil passou por um crescimento sem precedentes. Assim, em virtude da expansão do setor, a capacidade instalada do setor público, que em 1992 contabilizava apenas 27.092 estabelecimentos, passou em 2009 para 52.021 estabelecimentos, apresentando um aumento de 92%. E a esfera municipal foi a que teve maior crescimento da capacidade instalada: se em 1992 eram 18.662 estabelecimentos, em 2009, o número de estabelecimentos era de 49.753, representando um crescimento de 166,6%. Nesse mesmo período, o setor público federal teve decréscimo de -31,5%. Esses dados comprovam o acelerado processo de municipalização dos serviços de saúde.

Quanto ao crescimento de empregos, o mercado de trabalho em saúde passou de menos de 1,5 milhão em 1992 para mais de três milhões de empregos em 2009, mostrando uma elevação de 113,9% no período em questão: foram mais 1.639.810 novos postos de trabalho em 17 anos, uma média anual de 96.459. Neste mesmo aspecto, o setor público obteve uma aceleração expressiva, 131,4% acima da obtida pelo setor privado (95,7%). Entre os setores públicos que mais geraram empregos estão os municípios, os quais, em 1992, contabilizavam 306.505 empregos e, em 2009, chegaram a mais de um milhão, uma variação de 292%.

Nestas últimas décadas, os empregos sofreram um acréscimo em todas as categorias profissionais. É fato que o trabalho em saúde tem sido cada vez mais realizado por equipes interdisciplinares e multidisciplinares, hoje formadas, em grande parte, pela equipe de enfermagem, médicos, odontólogos, farmacêuticos, biólogos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, além das recentes inserções de engenheiros biomédicos, economistas, sociólogos.

A ambulatorização dos atendimentos e dos empregos é uma consequência importante do processo de implantação do SUS. Em 1992, os empregos ambulatoriais somavam 512.299 e os hospitalares, 926.409. Em 2009, esses números se alteraram: os empregos ambulatoriais triplicaram, com um acréscimo expressivo de mais de um milhão de trabalhadores, e os hospitalares cresceram menos, porém acompanharam a expansão do mercado, alcançando a marca de 1,5 milhão de postos de trabalho em 2009.

A feminilização do trabalho em saúde é uma tendência registrada há décadas, com a presença crescente das mulheres no mundo do trabalho. Atualmente, a presença feminina representa mais de 70% de toda a força de trabalho em saúde.

Machado, Oliveira e Moysés (2011) analisam outras tendências atuais do mercado de trabalho em saúde: a elevação da escolaridade e a flexibilidade dos vínculos. Em aula proferida no ano de 2011, no Curso de Mestrado Profissional de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca (Ensp/Fiocruz), uma das autoras menciona ainda como tendências do mercado de trabalho em saúde a desprofissionalização, a especialização e a desconcentração regional. Além disso, dá informações detalhadas sobre as médias salariais de homens e mulheres nas principais categorias do setor Saúde.

O rendimento médio anual dos trabalhadores nas atividades relacionadas à saúde é de cerca de 15,9 mil reais, somando-se salários e rendimentos mistos. As atividades com maior rendimento por ocupação são as relacionadas à fabricação de produtos farmacêuticos e as atividades de atendimento hospitalar (Machado, 2008).

GESTÃO DO TRABALHO NA SAÚDE

Embora a Constituição Federal de 1988 tenha trazido avanços, ao estabelecer que a saúde é direito de todos e dever do Estado e a participação da iniciativa privada é de caráter complementar, ainda hoje vivemos uma situação que fragiliza o serviço público, pois, de um lado, existe forte pressão do setor privado para ampliar a sua atuação no setor Saúde e, de outro, os gestores públicos tentam repassar o seu dever para a lógica privada, por meio de terceirizações, organizações sociais e fundações públicas de direito privado.

A Lei de Responsabilidade Fiscal (lei complementar n. 101/2000) estabelece normas e finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e tem sido apontada pelos gestores como um dos obstáculos para a contratação não terceirizada, além da falta de recursos financeiros, especialmente nos municípios de pequeno porte que têm baixa arrecadação fiscal. A lei representou avanços no controle da máquina pública e na responsabilização dos gestores pela administração financeira, no entanto, ao mesmo tempo em que os gestores são responsáveis pela prestação de saúde universal e integral, não têm autonomia para contratar pessoal para a execução dessas políticas públicas.

O trabalho em saúde tem sido impactado pelo desenvolvimento tecnológico, pelas mudanças nas relações de trabalho e no perfil do emprego, e o isso também se pode dizer das políticas de saúde no campo dos recursos humanos. Conforme afirma Machado (2006), as políticas relacionadas ao trabalho em saúde pós-1967 tiveram momentos bastante diferentes, determinados pela conjuntura política. O período compreendido entre 1967 e 1974 tinha como características o estímulo à formação profissional de nível universitário, a expansão dos empregos na área privada com financiamento público, o incremento da contratação de médicos e atendentes de enfermagem e o incentivo à hospitalização e à especialização dos serviços. De 1975 a 1984 surgiram dispositivos constitucionais para reverter o quadro existente. Posteriormente, houve a implantação dos resultados, ou seja, o crescimento da oferta de serviços ambulatoriais e hospitalares públicos, especialmente mediante o incremento de pessoal nos ambulatórios, formação e incorporação de técnicos nas equipes (Machado, 2006).

A partir de 1987, iniciaram-se mudanças estruturais objetivando a Reforma Sanitária, como a descentralização gerencial e, conseqüentemente, de recursos humanos, então concentrados no âmbito federal para o município. Nesse período, o SUS se tornou uma realidade constitucional (Machado, 2006).

Na década de 1990, o SUS se constituiu como uma nova forma de fazer saúde, alicerçado nos princípios de universalidade, integralidade, equidade, controle social e descentralização da gestão. No entanto, isso aconteceu no auge da aplicação das políticas neoliberais no Brasil. Por causa disso, a década de 1990 foi uma década perdida para os trabalhadores. Consequentemente, foi a época da antipolítica de recursos humanos na saúde; afinal, embora tenham sido feitos inúmeros esforços para consolidar o SUS mesmo na contramão do neoliberalismo, não se teve preocupação com os trabalhadores que o compunham (Machado, 2006).

Assim, o setor Saúde não esteve imune às mudanças decorrentes da nova ordem social de organização produtiva, nem tampouco dos reflexos da reformulação do papel do Estado. Portanto, para analisar o trabalho em saúde, é necessário compreender sua historicidade, especificidade e complexidade, bem como o papel dos diversos agentes sociais envolvidos no trabalho coletivo e as influências macrosociais e microsociais.

O trabalho em saúde é entendido “como historicamente delimitado e como um setor de trabalho que é parte da totalidade social e que expressa, no seu cotidiano, sínteses históricas passíveis de transformação pela ação dos sujeitos sociais” (Pires & Lunardi Filho, 2008: 120). No setor Saúde, o objeto de trabalho está centrado nas pessoas. São pessoas cuidando de outras pessoas. Tratando-se de pessoas, existe uma grande diversidade social, cultural e intelectual, em que cada caso pode parecer único.

Segundo Macedo (1979: 80), recursos humanos para a saúde “são as pessoas que dentro da sociedade adquirem uma capacitação específica e assumem responsabilidade na realização de atividades de saúde, estejam ou não vinculadas a instituições do setor”. São as pessoas que vendem a sua força de trabalho e estabelecem relações econômicas, sociais, políticas e ideológicas, e, portanto, constituem-se em atores que compõem um conjunto de forças sociais (trabalhadores, sindicatos, universidades etc.) que determinam a dinâmica da força de trabalho (Machado, 2008). Não é possível fazer gestão do trabalho na saúde sem estabelecer um diálogo que proporcione a participação desse conjunto de forças sociais.

Outros aspectos importantes sobre o trabalho em saúde são analisados por Pires e Lunardi Filho (2008), entre os quais as contradições de um trabalho autônomo e, ao mesmo tempo, feito pelos diversos profissionais que compõem a equipe de saúde. Para Junqueira e Inojosa (1992: 20-31), os problemas de saúde no país se alteraram muito pouco: pobreza e desenvolvimento causam doenças que coexistem, e as intervenções gerenciais pouco impactam os resultados, o que obriga a resgatar a cidadania e a capacidade criativa dos profissionais. Dussault (1992), ao enfatizar as especificidades das organizações de saúde, diz que são organizações profissionais porque dependem do trabalho dos especialistas, produzindo serviços que requerem autonomia.

O Conselho Nacional de Saúde (CNS), em 1998, aprovou a resolução n. 287 que relaciona as 14 categorias profissionais de saúde de nível superior (Brasil, 1998): assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermei-

ros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais. Apesar de não ter validade legal regulatória, essa definição do CNS acabou sendo um balizador de boa parte das políticas de inclusão de profissões nas equipes de saúde, e até mesmo na definição da representação política nas instâncias deliberativas no âmbito do SUS.

Sendo as profissões caracterizadas pelo seu grau de autonomia, e regulamentadas e norteadas por um código de ética profissional, a questão do gerenciamento torna-se ainda mais complexa, muitas vezes de difícil equação. Pires e Lunardi Filho (2008) analisam essa complexidade e afirmam que o ato assistencial em saúde envolve um conhecimento sobre o processo de trabalho que não é dominado pela administração da instituição. Não existe uma equipe de técnicos e gerentes que determinem a tecnologia assistencial a ser empregada e o papel de cada trabalhador.

Outra característica dos serviços de saúde apontada por Dussault (1992: 8-19) é a dificuldade de medir os resultados, especialmente em casos relativos aos problemas psicossomáticos, às doenças mentais e as doenças crônicas. O que se pode dizer é que a saúde é determinada por um conjunto de indicadores, e que valores e julgamentos morais desempenham um papel significativo nas decisões relativas à produção desses serviços.

Ao tentar descrever o trabalho no setor Saúde, Machado (2008: 70-88), destaca a presença preponderante da mulher: representa 70% dos trabalhadores da saúde, e chega a 90% nas categorias de nível médio. A autora acrescenta que o progressivo processo de assalariamento de categorias tradicionalmente autônomas leva ao multiemprego, o que gera uma redução nas horas de trabalho prestadas efetivamente à assistência.

Em se tratando da saúde no âmbito hospitalar e ambulatorial, tanto no setor público quanto no setor privado, a assistência é prestada por médicos de diversas especialidades, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, nutricionistas e pelo pessoal da copa, conforme a necessidade, e, dependendo da instituição, por psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, odontólogos, fisioterapeutas, entre outros. Em 1992, a rede de serviços do SUS e as unidades locais de saúde passaram a contar com os agentes comunitários de saúde, que atuam na saúde coletiva. O papel desse grupo tem sido muito discutido tanto nos aspectos assistenciais quanto nos aspectos trabalhistas.

Além dos profissionais envolvidos com a assistência propriamente dita, existe outro grupo de trabalhadores com diferentes qualificações que desenvolvem atividades não específicas do trabalho em saúde, mas fundamentais para o funcionamento das instituições e de produção de material. Trata-se das atividades de apoio: o pessoal da cozinha, da segurança e portaria etc. (Pires & Lunardi Filho, 2008).

Conforme referido anteriormente, o trabalho em saúde tem suas características determinadas pela historicidade das políticas gerais do país, bem como das políticas específicas do setor. Nesse sentido, a criação do SUS foi um marco, mesmo que as

iniciativas para a sua consolidação encontrem no liberalismo o seu principal entrave, e que os maiores defensores, articuladores e teóricos da Reforma Sanitária brasileira tenham dado pouca atenção à gestão do trabalho e aos trabalhadores da saúde.

Esse aspecto da condução do sistema de saúde merece destaque nesta análise crítica em razão da morosidade com que a política de gestão do trabalho está sendo implementada no país. Temas cruciais no campo da gestão do trabalho, tais como precarização, plano de carreira, jornada de trabalho, cedência de pessoal entre diferentes esferas de governo, instalação de mesas de negociação do SUS pouco avançam, embora não se possa dizer que as instâncias no âmbito do SUS muito já tenham debatido e deliberado sobre essas questões (Machado, 2008: 70-88). É preciso compreender que a gestão do trabalho em saúde exige atenção e ação estratégica de todas as instituições, porque a produtividade e a qualidade dos serviços ofertados à população são reflexo da forma e das condições com que são tratados os trabalhadores.

Segundo Arias e colaboradores (2006), o Brasil até pouco tempo era um dos países que davam pouca atenção à gestão do trabalho. Os autores destacam que, entre os problemas enfrentados pelos trabalhadores da área, estão os baixos salários, as condições precárias para a realização das atividades, a ausência de incentivos à qualificação e a infraestrutura.

Junqueira e Inojosa (1992) apresentam uma série de distorções no que se refere à gestão do trabalho (recursos humanos) na saúde, tais como a superposição de vínculos profissionais, o não cumprimento da carga horária contratual, a desigualdade de remuneração e de carga horária para as mesmas funções, além do pouco estímulo ao desenvolvimento. Este último ponto leva Machado (2008) a questionar o modo de gerenciar um sistema unificado em que os trabalhadores, exercendo atividades e funções semelhantes, estão submetidos a condições de jornada, salários, incentivos e regime jurídico diferenciadas. Machado (2008) também afirma que existem culturas organizacionais singulares em cada esfera administrativa de governo. Junqueira e Inojosa (1992) questionam, ainda, o perfil adequado de gestores para o setor público da saúde e destacam que são necessários gestores que considerem os recursos humanos como sujeitos da ação, mobilizando-os para participar e responsabilizando-os pelo processo de prestação de serviços. Para que os gestores possam desempenhar seu papel, é preciso que haja, no interior das instituições e de suas estruturas, inovação, autonomia, descentralização, flexibilidade, informação adequada e diálogo com usuários e trabalhadores.

Diante disso, o Ministério da Saúde fez mudanças na área da gestão do trabalho e da educação em saúde em sua própria organização. Em 2003, foi criada a Secretaria de Gestão e Educação do Trabalho na Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde, composta pelo Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde (Degerts) e pelo Departamento de Gestão da Educação na Saúde (Deges), recolocando, assim, o Brasil entre os países que se preocupam efetivamente com a gestão do trabalho como política de Estado.

Com a criação dessa secretaria, o Ministério da Saúde assumiu seu papel de gestor federal no que se refere à gestão do trabalho, propondo, incentivando e acompanhando o planejamento e a execução de políticas nas três esferas de governo. Essa política pressupõe a garantia de requisitos básicos para a valorização da saúde do trabalhador e do seu trabalho: plano de carreira, cargos e salários, vínculos de trabalho com proteção social, espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho, capacitação e educação permanente dos trabalhadores, humanização do trabalho, entre outros.

Além dos problemas relativos às condições de trabalho, salário, carreira, cedência, qualificação dos trabalhadores da saúde, podem ser apontados outros dois problemas: a baixa qualificação das estruturas de gestão nas secretarias estaduais e municipais de saúde e o crescimento do papel dos municípios como empregadores do SUS. Para tentar resolver essas dificuldades, o Ministério da Saúde passou a preocupar-se com a qualificação da gestão do trabalho na saúde. Essa política governamental, considerada inovadora e estratégica para o bom funcionamento do SUS, tem acumulado uma série de sucessos na área. O Degerts propôs uma política visando à reformulação e à estruturação das secretarias municipais e estaduais, mediante o aporte de recursos técnicos e financeiros, fortalecendo e qualificando as estruturas de gestão do trabalho e educação em saúde nos estados e municípios.

Para tanto, foi elaborado o Programa de Qualificação e Estruturação da Gestão do Trabalho no SUS (ProgeSUS). Considerando o contexto das dificuldades existentes já apresentadas nessa área, foi definido que esse programa abrangeria três componentes assim delineados: estruturação da gestão do trabalho, capacitação de sua equipe para a gestão do trabalho no SUS e criação de um sistema gerencial de informações. Como parte dessa política de gestão e regulação do trabalho, o Ministério da Saúde implantou outras ações, entre as quais destacamos: instituição da Comissão Especial de Plano de Cargos, Carreiras e Salários do SUS (PCCS-SUS) pela portaria MS/GM n. 626, de 9 de abril de 2004, para elaborar as diretrizes do PCCS-SUS; criação da Câmara de Regulação do Trabalho em Saúde (CRTS) pela portaria MS/GM n. 827, de 5 de maio de 2004; e criação do Comitê Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS.

No período posterior à eleição do presidente Lula, em 2002, e recentemente no governo de Dilma Rousseff, o tema da gestão do trabalho adquiriu *status* de política de Estado, e o Ministério da Saúde assumiu papel de indutor dessa política. Contudo, em razão da enormidade da dívida com os trabalhadores, das contradições de um governo de coalizão e da complexidade e da grandiosidade do setor Saúde, muito ainda precisa ser feito.

SETOR SAÚDE: GRANDIOSIDADE DE DESAFIOS

A saúde no Brasil é um setor grandioso e complexo, cujos atores sociais envolvidos são gestores públicos, prestadores de serviços privados conveniados ao SUS, entidades sindicais, usuários, além de instituições e poderes públicos, como o Judiciário e o Legislativo. Quando falamos em grandiosidade do setor, referimo-nos à abrangência da assistência prestada, ao tamanho do mercado de trabalho e ao número de entidades envolvidas. A assistência à saúde integral e universal abrange 5.564 municípios brasileiros, distribuídos pelos 27 estados, em cinco regiões geográficas.

O conjunto dos trabalhadores do SUS representa 4,3% da população ocupada no país, gerando mais de 10% da massa salarial do setor formal, e em torno de 3,9 milhões de postos de trabalho, sendo 2,6 milhões com vínculos formais, 690 mil sem carteira assinada e 611 mil profissionais autônomos (IBGE, 2010). Acrescentem-se a isso, ainda, as novas modalidades de assistência, como os cuidados domiciliares (*home care*), o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (Samu), a Estratégia Saúde da Família (ESF) e as Unidades de Pronto Atendimento em Saúde (UPAs), que contribuem para uma diversidade de vínculos empregatícios, como contratos de trabalhos temporários e outras modalidades de vínculos, quase sempre precários. Pesquisas indicam que a irregularidade do vínculo de trabalho chega a alcançar metade ou mais dos trabalhadores na esfera municipal e, sobretudo, na ESF.

Outro aspecto a se considerar é o crescimento acelerado da terceirização dos serviços por meio das organizações sociais (OSs), organizações da sociedade civil de interesse público (Oscips) e fundações públicas de direito privado que acabam precarizando as relações de trabalho com diferentes modalidades de vínculos de trabalho em uma mesma instituição.

Segundo a Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária de 2010 (IBGE, 2010), a abertura desenfreada de novos cursos universitários na área da saúde para as carreiras de enfermagem, farmácia, odontologia e medicina tem crescido ao mercado de trabalho, a cada ano, cerca de dez mil médicos, 8,3 mil dentistas, 32 mil enfermeiros, 11,9 mil farmacêuticos, 7,7 mil nutricionistas e 16 mil fisioterapeutas, totalizando 85,9 mil formandos, ou seja, quatro vezes mais que o total de 22.643 diplomados em 1992.

Ressaltemos ainda que no Congresso Nacional existe um número excessivo de projetos de lei que propõem a regulamentação da jornada de trabalho, piso e plano de carreira, sem que haja até o momento consenso entre gestores e trabalhadores, configurando assim mais um conflito que precisa ser tratado na Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS.

Outro desafio que merece destaque nas considerações desse cenário é a saúde do trabalhador em saúde. Os trabalhadores da saúde ocupam o segundo lugar em adoecimento (acidentes de trabalho e doenças profissionais) entre os trabalhadores brasileiros. Alia-se a isso a inexistência de uma legislação específica relativa ao tema no setor público.

NEGOCIAÇÃO NO ÂMBITO DO SUS

A Mesa Nacional de Negociação do SUS foi instituída, após longo debate no CNS, em 5 de maio de 1993, por meio da resolução CNS n. 52 (Brasil, 1993). Contudo, na ação política de instituir a negociação no âmbito do SUS, a Mesa Nacional de Negociação não se constituiu de fato em um espaço permanente e democrático de gestão do trabalho. Após a sua instalação, ocorreram apenas algumas reuniões esporádicas, que não tiveram continuidade. Mais tarde, em 1997, a Mesa Nacional de Negociação voltou a ser instalada pela resolução CNS n. 229, de 3 de julho de 1997 (Brasil, 1997), porém com funcionamento irregular, e suas atividades foram interrompidas mais uma vez.

Em 4 de junho de 2003, no governo Lula, a Mesa Nacional de Negociação foi instalada pela terceira vez, com uma nova composição, passando a ser denominada Mesa Nacional de Negociação Permanente do SUS (MNNP-SUS), por meio da resolução CNS n. 331. A criação da MNNP-SUS insere-se num contexto de democratização das relações de trabalho no Estado em que a participação do trabalhador é entendida como fundamental para o exercício dos direitos de cidadania.

A MNNP-SUS é hoje um fórum paritário que reúne gestores e trabalhadores a fim de tratar dos conflitos inerentes às relações de trabalho. Entre seus principais objetivos, destacam-se instituir processos de negociação permanente entre trabalhadores, gestores públicos e prestadores privados para debater e pactuar questões pertinentes às relações de trabalho em saúde visando à melhoria e à qualidade dos serviços em saúde; contribuir para o pleno funcionamento do SUS; negociar a pauta de reivindicação dos trabalhadores do SUS; pactuar metodologias para a implantação das diretrizes aprovadas nas conferências nacionais de saúde e na Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB-RH/SUS) (Brasil, 2000); pactuar condições apropriadas para a instituição de um sistema nacional de educação permanente que contemple o pleno desenvolvimento na carreira do SUS; e estimular a implantação de mesas de negociação permanentes nos estados e municípios.

O Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS (SiNNP-SUS), criado pela Mesa Nacional de Negociação, é constituído pelo conjunto de mesas de negociação permanente, instituídas regularmente e de forma articulada, nas esferas federal, estadual e municipal, respeitada a autonomia de cada ente político.

Ao longo desta última década, após a reinstalação da Mesa Nacional de Negociação em 2003, a política de gestão do trabalho do Ministério da Saúde tem considerado as mesas de negociação um instrumento de gestão no âmbito do SUS. O Ministério da Saúde tem-se empenhado em convencer gestores e prestadores conveniados da importância de instituir mesas de negociação em seus municípios e estados, com o objetivo de fortalecer a gestão do trabalho no âmbito do SUS.

A MNNP-SUS tem também como um dos seus objetivos centrais fortalecer as mesas municipais e estaduais, visando à construção do Sistema Nacional de

Negociação. No entanto, gestores e trabalhadores têm respondido acanhadamente ao chamamento da MNNP-SUS para a constituição desse sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O mundo do trabalho e o mundo da gestão em saúde estão em permanente conflito, e o processo de negociação permanente é um instrumento que pode trazer algumas soluções. O histórico das políticas de saúde demonstra a ausência de debates e de políticas públicas voltadas para os trabalhadores da saúde ao longo do tempo. O trabalho em saúde tem suas características determinadas pela historicidade das políticas gerais do país e das políticas específicas do setor. Sendo assim, pode-se dizer que a criação do SUS foi um marco, ainda que as iniciativas de consolidá-lo tenham encontrado o liberalismo como seu principal entrave e que se tenha dado pouca atenção à gestão do trabalho e aos trabalhadores da saúde.

Com base na análise do processo de implantação de mesas de negociação no âmbito do SUS (Silva, 2012), foi possível constatar que o período compreendido entre 2003 e 2011 representa um avanço na organização e na potencialização da instalação de mesas de negociação nos estados e municípios; porém, apesar dos esforços realizados até o momento, o processo de instalação de mesas de negociação no âmbito do SUS é acanhado, e a articulação entre as mesas de negociação através do SiNNP-SUS ainda não é uma realidade.

Os gestores destacam o comprometimento das bancadas na negociação com a busca do consenso como fator facilitador do processo de negociação. Já os trabalhadores reivindicam a presença dos gestores com poder de negociação nas mesas. Gestores e trabalhadores concordam com a necessidade de mesas estaduais e municipais que funcionem de forma articulada para que as pactuações da mesa nacional tenham efetividade. A regulamentação das mesas e a sua formação são sugestões para o fortalecimento da negociação no âmbito do SUS. O funcionamento efetivo articulado nacionalmente das mesas de negociação dependem de um SiNNP-SUS estruturado, que seja de fato um instrumento de gestão no âmbito do SUS.

A gestão do trabalho em saúde deve merecer atenção e ação estratégica de todas as instituições porque a produtividade e a qualidade dos serviços ofertados à população são reflexo da forma e das condições com que são tratados os trabalhadores. Faltam políticas governamentais, que resgatem a dívida que o Brasil tem com os trabalhadores brasileiros do setor Saúde. Além disso, baixa qualificação das estruturas de gestão nas secretarias estaduais e municipais de Saúde e o crescimento do papel dos municípios como empregadores do SUS são elementos que contribuem para a morosidade do processo de valorização dos trabalhadores da saúde.

Políticas para o setor devem pressupor a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, como plano de carreira, cargos e salários, vínculos de trabalho com proteção social, espaços de discussão e negociação

das relações de trabalho, com mesas de negociação permanente e comissões locais de negociação de condições de trabalho, capacitação e educação permanente dos trabalhadores, humanização do trabalho, entre outros.

Os desafios estão postos. Cabe às entidades representativas de gestores e de trabalhadores construir uma agenda nacional que concretize a democratização e a qualificação das relações de trabalho no SUS.

REFERÊNCIAS

- ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho*. 3. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.
- ARIAS, E. H. L. *et al.* Gestão do trabalho no SUS. *Cadernos RH Saúde*, 3(1): 119-124, 2006.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. *Consolidação das Leis do Trabalho*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego, 1943.
- BRASIL. Ministério da Saúde. VIII Conferência Nacional de Saúde. *Relatório final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 1º dez. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.080, de 19 set. 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde; a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 8.142, de 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1990b.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 52, de 6 de maio de 1993. Institui a Mesa Nacional de Negociação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1993.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 229, de 3 jul. 1997. Reinstalação da Mesa Nacional de Negociação. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1997.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 287, de 8 out. 1998. Institui categoriais profissionais da saúde. *Diário Oficial da União*, Brasília, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Princípios e diretrizes para a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos para o SUS (NOB/RH-SUS). *Diário Oficial da União*, Brasília, 2000.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil, Promulgada em 5 de Outubro de 1988*. São Paulo: Saraiva, 2012.
- DRUMMOND, J. H. A conformação do novo sindicalismo no setor saúde do Brasil. Rio de Janeiro, 1997. (Mimeo.).
- DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública*, 26(2): 8-19, 1992.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Pesquisa de Assistência Médico-Sanitária 1976-2009*. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/ams/2009/ams2009.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2015.
- JUNQUEIRA, L. A. P. & INOJOSA, R. M. Gestão dos serviços públicos de saúde: em busca de uma lógica da eficiência. *Revista de Administração Pública*, 26(2): 20-31, 1992.
- LIMA, N. T.; FONSECA, C. M. O. & HOCHMAN, G. A. Saúde na construção do Estado nacional no Brasil: Reforma Sanitária em perspectiva. In: LIMA, N. T. (Org.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- MACEDO, C. G. Recursos humanos para a saúde. *Revista de Administração Pública*, 13(4): 79-94, 1979.
- MACHADO, M. H. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. *Cadernos RH Saúde*, 3(1): 13-28, 2006.
- MACHADO, M. H. Os trabalhadores da saúde e sua trajetória na Reforma Sanitária. In: *Curso de Negociação no SUS: caderno de textos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S. & MOYSÉS, N. M. N. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, C.; DAL POZ, M. R. & FRANÇA, T. (Orgs.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. v. 1. Rio de Janeiro: Cepesc, Uerj, 2011. Disponível em: <www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/TendenciasTrabalho.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2015.
- MARX, K. *O Capital*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.
- MARTINS, S. P. *O Direito do Trabalho*. 17. ed. São Paulo: Atlas, 2003.
- PIRES, D. E. P. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Annablume, 1998.
- PIRES, D. E. P. & LUNARDI FILHO, W. D. O processo de trabalho em saúde. In: CURSO DE NEGOCIAÇÃO NO SUS: caderno de textos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.
- POCHMANN, M. *Mudança e Continuidade na Organização Brasileira no Período Recente*. São Paulo: Editora da Unicamp, 1996.
- REDE HUMANIZASUS. Gestão do trabalho em saúde. Disponível em: <www.redehumanizasus.net/89192-gestao-do-trabalho-em-saude>. Acesso em: jun. 2016.
- SILVA, E. V. M. & SILVA, S. F. As implicações da gestão do trabalho no SUS; um olhar do gestor local. *Cadernos RH Saúde*, 3(2): 49-58, 2008.
- SILVA, N. D. *Sistema Nacional de Negociação Permanente do SUS: um instrumento de gestão do trabalho na saúde*, 2012. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.

Trabalho Globalizado, Patologias da Solidão e Atenção à Saúde Mental

Álvaro Roberto Crespo Merlo

UM CASO COMO VÁRIOS

Carlos tem 39 anos, é casado, tem um filho de cinco anos e trabalha em uma empresa de produção e manutenção de programas para computador, exercendo a função de gerente de vendas. A pequena empresa do Rio Grande do Sul em que ele começou a trabalhar há vinte anos, com a aceleração da economia brasileira, teve um crescimento de 45% e, no último ano, ampliou o seu mercado para Santa Catarina e Paraná. E Carlos começou a viajar todas as semanas, para treinamento de pessoal local e para estimular as vendas. O seu salário aumentou, especialmente depois que foram estabelecidas metas a alcançar e prêmios por produtividade. Isso o levou a aumentar e sofisticar mais o seu consumo. O seu fim de semana foi sendo cada vez mais invadido pelo trabalho, e ele percebeu que o espaço geográfico da empresa não delimitava mais a sua atividade. Passou a trabalhar em casa praticamente no mesmo ritmo que fazia na empresa, porque a demanda aumentava de forma crescente. Isso começou a trazer conflitos com a esposa e o levou a ficar mais distante do filho que crescia.

Procurou o Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (ADT/HCPA) em dezembro de 2010, referindo nervosismo e angústia. Quando lhe pediram que falasse sobre seu trabalho, começou a chorar compulsivamente. Disse que era a primeira vez que falava sobre isso. Relatou crises de ansiedade quando tocava seu telefone na empresa, pois sabia que era mais um problema difícil para resolver. Afirmou, também, que recebe ligações da empresa quando está em casa ou

nos fins de semana. Seu chefe afirma que “sabe até onde pode esticar cada um antes que arrebente”. Mencionou perda da libido nos últimos anos. Vem apresentando dores no peito e arritmias cardíacas. Fez investigação no Instituto de Cardiologia do Rio Grande do Sul, com resultados negativos para cardiopatia isquêmica. Relatou uma piora do quadro nas duas últimas semanas, em virtude do excesso de trabalho do fim do ano. As férias marcadas para janeiro foram suspensas em razão da demissão do funcionário que iria substituí-lo. Outros seis funcionários da empresa, aparentemente sem história de doença psiquiátrica prévia, tiveram alterações comportamentais e solicitaram demissão, alegando que “não suportavam mais a pressão produzida pelo trabalho”. Ocorreram, inclusive, situações de agressão no trabalho, em razão do estresse excessivo de alguns trabalhadores. Está em uso de sertralina (50mg/dia) e fluoxetina (20mg), e a arritmia foi revertida com propafenona. Durante a consulta, Carlos discutiu sobre o trabalho e a sua responsabilidade no quadro. Foi orientado a se afastar do trabalho por sete dias, com atestado, e a retornar dois meses depois.

Na segunda consulta, em fevereiro de 2011, fez referência a uma importante melhora do quadro clínico. Após os sete dias de afastamento, conseguiu negociar com a empresa mais trinta dias de férias. Foi para uma praia do litoral do Rio Grande do Sul com a família, apesar de ter levado seu *notebook* e ter ficado permanentemente conectado com a empresa. Está dormindo bem, nega palpitações, dor torácica, sintomas ansiosos, depressivos ou fóbicos. Relata que o atestado o “salvou”, acabando por desencadear a disponibilização pela empresa, em caráter emergencial, de uma pessoa designada a ser treinada e assumir sua função durante os dias de afastamento. Foi encaminhado para a psicoterapia, devendo retornar em seis meses.

A história de Carlos é trazida aqui como exemplo e com um objetivo: lembrar-nos dos casos corriqueiros que passam todos os dias pelos serviços de saúde brasileiros, nos quais, na imensa maioria das vezes, não são estabelecidos nexos entre as queixas, os sintomas e o trabalho. E, mais frequentemente, nem sequer se percebem as queixas ligadas ao trabalho, porque os pacientes nunca são indagados sobre isso.

Podemos ver, pelo exemplo de Carlos, que o que vem ocorrendo com os trabalhadores brasileiros no cotidiano da vida e do trabalho é, antes de mais nada, o aparecimento de sintomas psíquicos inespecíficos na relação com o trabalho (ansiedade, transtornos depressivos, insônia, alterações de humor, perturbação da atividade sexual etc.) e somatizações as mais variadas. Os suicídios no local de trabalho, como vêm sendo relatado na França ou na China, representam a parte espetacular e trágica da agressão produzida pelo trabalho hoje (Dejours & Bègue, 2010; Merlo, 2009). A normalidade cotidiana transcorre apenas com muito sofrimento físico e psíquico.

AS PATOLOGIAS DA SOLIDÃO

Nos últimos anos assistimos a um grande avanço no desenvolvimento do campo da saúde mental do trabalhador, em especial a partir da compreensão proposta pela

psicodinâmica do trabalho, que analisa a inter-relação entre a saúde mental e o trabalho e enfatiza a centralidade do trabalho na produção da saúde e da doença. Porém, existe ainda grande dificuldade de se definir as condutas e procedimentos estruturados para a investigação e o acompanhamento terapêutico dos trabalhadores com sofrimento mental relacionado ao trabalho.

Contribuem para essa grave situação a complexidade do desenvolvimento dos distúrbios psíquicos e as dificuldades para a realização de diagnósticos diferenciais e para o estabelecimento da relação com o trabalho. De acordo com Seligmann-Silva (2011), os quadros atuais de adoecimento que se apresentam em ações de saúde mental relacionada ao trabalho têm desafiado o diagnóstico clínico e etiológico, dificultando também as ações terapêuticas e a reabilitação.

Entre essas dificuldades, encontramos a caracterização da vinculação entre os quadros clínicos e o trabalho, como apontado por Seligmann-Silva (1995: 289):

Não existe um consenso que tenha permitido uma classificação dos distúrbios psíquicos vinculados ao trabalho, existe uma concordância da importância etiológica do trabalho, mas não a respeito do modo como se exerce a conexão trabalho/psiquismo de forma suficiente a permitir um quadro teórico. Os distintos modelos teóricos vêm trazendo dificuldades para a clínica e prevenção.

De acordo com a previdência social, as concessões de auxílio-doença acidentário – que têm relação com o trabalho – para casos de transtornos mentais e comportamentais cresceram 19,6% no primeiro semestre de 2011 em relação ao mesmo período do ano anterior. Os afastamentos provocados por casos de transtornos mentais e comportamentais, por exemplo, saltaram de 612 em 2006 para 12.818 em 2008, e podem ser explicados basicamente pela implantação do Nexo Técnico Epidemiológico Previdenciário em abril de 2007. Já em 2010, esse número caiu, passando para 12.150. Mas em 2011, a concessão de auxílios-doença em função de transtornos mentais e comportamentais voltou a subir, passando para 12.337 casos. Nesse último ano, as doenças que mais compõem essas concessões são episódios depressivos, outros transtornos ansiosos e reações ao estresse grave e transtornos de adaptação (Brasil, 2013).

Esse quadro é consequente às profundas transformações havidas nas últimas décadas no mundo do trabalho. Ocorreu a intensificação das pressões, temores e incertezas para os trabalhadores assalariados e suas famílias, o que fez que fosse verificada também a expansão do sofrimento social. As metamorfoses simultâneas, que fazem sofrer e produzem desgaste humano, abalam a saúde mental dos trabalhadores: “Pois os processos de produção de desgaste mental e do sofrimento psíquico se transformaram e as configurações dos agravos desafiam as políticas sociais e, de modo especial, os profissionais de saúde e todos os envolvidos em ações voltadas ao desenvolvimento social” (Seligmann-Silva, 2011: 18).

A RELAÇÃO ENTRE O TRABALHO E A SAÚDE MENTAL

A relação com o trabalho é sempre estabelecida a partir da relação com os outros. E pelo fato de que o trabalhador traz uma contribuição que repousa sobre uma mobilização de recursos bastante profunda. Por que trazem as pessoas essa contribuição? Por que, em troca dessa contribuição, elas esperam uma retribuição. E que retribuição esperam? O que as pessoas esperam, acima de tudo, é uma retribuição moral. É a dimensão moral e simbólica que conta. O que as pessoas esperam é que se reconheça a qualidade do trabalho. A qualidade de sua contribuição. Essa contribuição pode manifestar-se, eventualmente, de modo material: prêmios, adiantamentos ou o próprio salário. Porém, mesmo com o impacto de prêmios, adiantamentos ou aumento salarial, o verdadeiro impacto psicológico está ligado à dimensão simbólica. Esse é o verdadeiro reconhecimento qualitativo pelo serviço prestado. As pessoas trabalham por esse reconhecimento. E o reconhecimento manifesta-se por avaliações e julgamentos. Julgamentos que são proferidos por atores bem precisos, com os quais estamos em interação por causa do trabalho. Evidentemente, o reconhecimento tanto permite ao trabalhador uma apropriação da qualidade do trabalho realizado e a percepção de que ele se tornou mais hábil do que era até aquele momento quanto desempenha um papel sobre a construção da sua identidade. De reconhecimento em reconhecimento, o indivíduo ultrapassa etapas, mediante as quais transforma a si mesmo. Essa transformação se dá por intermédio do olhar dos outros, mas também pelo olhar da sociedade, de tal forma que, após o trabalho, pelo reconhecimento do outro, a pessoa adquire um *status* melhor do que o que tinha antes. E uma dignidade também, que talvez ele não tivesse até então (Dejours & Molinier, 2004).

Pensamos que as empresas hoje não se dão conta do que essas novas formas de organizar o trabalho implicam do ponto de vista psíquico e pessoal. Os modos atuais de gestão do trabalho se apresentam como muito patógenos, porque o cinismo, por exemplo, um dos instrumentos admissíveis nesses modelos de gestão, não é nem mesmo mais dissimulado. O cinismo tornou-se um valor positivo. São organizações do trabalho que prescrevem, também, o medo em seu guia de gestão. E isso é totalmente novo. E totalmente insuportável. E gera patologias mentais, que crescem junto com os suicídios no próprio local de trabalho (Dejours & Bègue, 2010).

É necessário partir do fato de que trabalhar e encontrar maneiras engenhosas de atingir os objetivos supõe, realmente, uma implicação pessoal considerável. As pessoas pensam não apenas durante o tempo de trabalho, mas levam isso para casa. Assim, envenenam a própria vida, a da família, a do cônjuge, a dos filhos. E elas têm insônia.

Outro aspecto importante diz respeito à inteligência no trabalho. A inteligência permite atingir objetivos e tem raízes muito profundas. As pessoas são levadas, em muitas circunstâncias, para atingir o objetivo e produzir a quantidade necessária, a sacrificar a qualidade do trabalho. E quando o trabalhador sacrifica a qualidade do trabalho, ele começa um processo de traição de si mesmo. E isso fragiliza muito as pessoas psicologicamente.

Além disso, surge muito frequentemente uma tendência ao desaparecimento dos coletivos de trabalho. As pessoas estão todas sozinhas. E quando começam a *afundar*, ninguém vem ajudá-las. Antigamente não havia suicídio no local de trabalho porque as pessoas se ajudavam, porque não se deixava um colega *afundar*. Quando se via que ele estava mal, as pessoas o ajudavam. Falava-se com ele (Merlo, 2009).

AS ORIGENS DA SELVAGERIA NO MUNDO DO TRABALHO

As condições extremamente agressivas nas relações dentro do mundo do trabalho têm sua fonte no início dos anos 1980, quando o toyotismo foi seguido por um processo de desregulamentação dos controles sobre a circulação do capital financeiro e o surgimento dos fundos de *private equity*. Isso teve como consequência a loucura que levou acionistas não vinculados à produção a exigirem taxas de rentabilidade enormes, sem se preocupar absolutamente com a rentabilidade real do trabalho e as condições concretas que permitem (ou não) essa rentabilidade.

Os fundos *private equity* foram criados com o objetivo de investir no capital de empresas que necessitassem de recursos para se tornarem mais competitivas. Esse alavancamento (*leverage*) passou a injetar recursos que vão desde alguns milhares de dólares até cinco bilhões de dólares. Geralmente se dirigem a empresas não cotadas em bolsas de valores; por isso a terminologia *private equity*, em oposição a *public equity*, que diz respeito a empresas com ações em bolsa. Esse processo costuma ocorrer por fora do mercado de capitais e, por isso, é chamado, em inglês, de *buyout*.

Os fundos *private equity* surgiram nos Estados Unidos depois da Segunda Guerra Mundial e operavam apenas no mercado norte-americano. Com a globalização neoliberal implantada a partir dos anos 1980, houve um processo de desregulamentação generalizada de todos os mercados, e os investidores passaram a aplicar seus métodos em nível planetário, obtendo lucros fenomenais. Uma prática que hoje está banalizada.

Isso levará o capital financeiro para uma posição ultradominante no conjunto das relações sociais do capitalismo, tendo por efeito aumentar a violência dos que estão em posição dominante, cuja dominação se tornará ainda mais dominante em virtude dessa liberalização generalizada (Lordon, 2010).

O objetivo dessas sociedades de investimento é comprar empresas para revendê-las por um preço maior em tempo recorde. Para isso, são feitos empréstimos de, pelo menos, 80% do capital necessário para a compra, em dezenas de bancos ao redor do mundo. Esses novos investidores financeiros visam sair do negócio em três a cinco anos. A criação da dívida irá impor a premência da geração de dinheiro líquido (*cash*) pela empresa, a fim de liquidar a dívida. Todos os trabalhadores da empresa são impactados pelo *cash*, porque a ideia é converter a maior parte do resultado em *cash* (Lordon, 2008).

O essencial é o *bottom line* (lucro final), isto é, o lucro líquido e a taxa de rendimentos de seus próprios capitais. Essa pressão do mundo dos acionistas tornou-se tão

imperativa que exige que os ajustes sejam feitos instantaneamente. Imediatamente é necessário modificar os processos de trabalho para manter do jeito que for possível o lucro trimestral, a fim de se preparar para a próxima confrontação na reunião com os investidores etc. É um mundo no qual não há mais margem de manobra. E, do ponto de vista das relações e da saúde no trabalho, é de uma selvageria extrema.

Essa violência entre setores do próprio capital pode ser vista de forma muito concreta, por exemplo, nas relações entre compradores e fornecedores. Os compradores têm aos seus pés um leque de fornecedores que se batem ferozmente entre si para conseguir um contrato. Para jogar todos esses fornecedores uns contra os outros, basta rejeitar um contrato quando isso lhes interessa. E, principalmente, apropriar-se de uma parte cada vez maior do valor agregado que é gerado na produção. Quando um fornecedor faz um pequeno progresso em matéria de produtividade ou de qualidade, o comprador lhe diz: “Escute, você fez 5% mais sobre a produtividade? Bem, você vai me dar 4,5%! Serei eu quem vai captar o valor agregado e, conseqüentemente, os lucros que o acompanham. Deixo 0,5% para você. Considere-se feliz, porque tem outro fornecedor aqui ao lado que ficaria muito feliz se eu lhe deixasse 0,25%. Continue, faça novos esforços e do resto eu me ocupo.”. Evidentemente isso é de uma violência terrível (Lordon, 2008).

Para Lordon (2008), essa luta entre capital industrial e capital financeiro – que, evidentemente, têm muitos interesses em comum, mas também muitas fontes de conflito e de antagonismo – pode ser apreendida por uma psicologia vulgar de temperamentos diferentes. Há um temperamento industrial e um temperamento financeiro, ambos com objetivos radicalmente diferentes. O temperamento industrial tem por objetivo o desenvolvimento, a realização das coisas; o temperamento financeiro está interessado em apenas uma coisa: a rentabilidade. Ele coloca capital na entrada, e é necessário que, na saída, haja o mesmo capital aumentado de uma taxa. Uma taxa que é cada vez maior. Essas duas lógicas são muito diferentes. E isso tem efeitos extremamente concretos. Quando um fundo de investimentos entra no capital de uma empresa industrial, como uma metalúrgica, é necessário reembolsar o investimento inicial o mais rápido possível. Em geral, busca-se fazer isso entre três e cinco anos. E, depois, é necessário *maquiar* rapidamente a empresa, para que ela apresente lucros suficientes, a fim de que seja suficientemente *apetitosa* e possa ser revendida com lucro (Lordon, 2010).

Essa é uma lógica que pode estar em grande contradição com as finalidades industriais da empresa, porque, de tanto querer apenas arrancar a mais-valia financeira, priva-se o investimento de seus próprios meios financeiros. Chega-se a situações em que o capitalismo financeiro, que tem a reputação de moderno, arreatador, eficaz etc., leva a empresa a uma condição de subinvestimento que impede o próprio ritmo de inovação, do progresso técnico e do desenvolvimento industrial.

Os investimentos em fundos *private equity* são de alto risco e, para tentar dar garantias aos aplicadores – que são possuidores de grandes fortunas, mas, princi-

palmente, de fundos de pensão –, costumam-se oferecer taxas de remuneração do valor investido bem acima do mercado. Em países com economia estável, as taxas de remuneração costumam situar-se em torno de 2% a 3%, no máximo. Os fundos *private equity* oferecem taxas que podem atingir 10% ou mais. Além disso, impõem à empresa que receberá os investimentos uma série de exigências do ponto de vista da organização e da otimização dos processos produtivos. São introduzidas novas técnicas de organização do trabalho que vão acelerar as cadências e *enxugar* espaços do processo considerados não produtivos. Entre elas está a *avaliação individualizada de performance*, que tem o papel mais importante do ponto de vista da saúde mental, na medida em que põe, rapidamente, as pessoas em competição umas com as outras, levando até a uma competição desleal entre elas.

O resultado será a criação de um mundo do trabalho no qual as pessoas estão muito sós. Elas sentem que o outro não é um amigo ou um companheiro. Alguém que pode apoiá-las ou ajudá-las. Todos os gestos de amabilidade, de atenção, de respeito ao outro, de entreaajuda desaparecem.

Apesar de os fundos *private equity* não estarem presentes em todas as empresas, eles acabaram por impor um modelo de gerenciamento que *contaminou* todo o mundo empresarial privado e mesmo empresas do setor público. É possível observar atualmente processos de otimização e reestruturação em empresas públicas e até em órgãos públicos vinculados diretamente ao Estado brasileiro, que foram elaborados por empresas de consultoria privadas internacionais que se regem quase exclusivamente por esses referenciais do mundo das finanças.

A ideologia da gestão apresenta-se como pragmática, de forma nenhuma ideológica. Não há uma gestão de esquerda e uma de direita. A gestão engloba apenas técnicas, normas, para dizer: “Eis como otimizar o funcionamento das organizações.” É o que vendem as empresas de consultoria. Vendem a solução (Gaulejac, 2007).

AS CONSEQUÊNCIAS

Sobre as questões mencionadas anteriormente, devemos ter a preocupação de pensar sobre as consequências concretas na saúde, para poder intervir, de forma precoce, nos casos mais graves que começam a se tornar visíveis.

A referência que temos na metodologia da psicodinâmica do trabalho nos permite, certamente, uma compreensão apurada da problemática e pode-se dizer que recebemos as primeiras notícias sobre suicídios no local de trabalho com pouca surpresa.

No entanto, ficamos surpresos quando, a partir do segundo semestre de 2010, recebemos no ADT/HCPA pacientes/trabalhadores como Carlos, com relatos surpreendentes sobre seu sofrimento no trabalho. O ADT/HCPA é um dos primeiros serviços de atenção à saúde dos trabalhadores no país, criado em julho de 1988, que faz formação de alunos de graduação em medicina do oitavo semestre e residentes em medicina do trabalho. Com uma demanda semanal de setenta consultas, o ADT/HCPA

atendeu, em mais de 25 anos de existência, fundamentalmente patologias somáticas: lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (LER/Dort), intoxicações por metais pesados e solventes, pneumoconioses etc.

O serviço iniciou suas atividades em pleno auge da *epidemia* de lesões por esforços repetitivos, que atingia principalmente os trabalhadores em processamento de dados. A intensa luta dessa categoria por questões de saúde no trabalho na segunda metade dos anos 1980 e a conquista do 50/10 (10 minutos de pausa a cada 50 minutos de trabalho), incorporada posteriormente na nova redação da Norma Regulamentadora de Ergonomia (NR-17), fez que se chegasse ao início dos anos 1990 sem a produção de nenhum caso novo (Merlo, 1999). Assistimos, desde então, no ADT-HCPA à expansão das patologias osteomusculares para todas as outras categorias de trabalhadores. Atualmente não há categoria que possa ser considerada como isenta de casos.

Assim, não estávamos acostumados a receber demandas relacionadas *exclusivamente* à saúde mental. E os casos agora eram graves, e envolviam até tentativas de suicídio. Naquele momento, a realidade *vinha bater a nossa porta*. Agora não éramos mais nós que íamos com mestrandos e doutorandos a alguma empresa estudar e procurar desvendar, em pesquisas com grupos de trabalhadores, as consequências das organizações de trabalho sobre o aparelho psíquico. A demanda que recebíamos era séria, aguda e *individual*. Não se tratava mais de buscar respostas por meio de um estudo com grupos de trabalhadores, que se poderia estender até por alguns meses (Merlo & Mendes, 2009). Havia que dar respostas rápidas, contando com o apoio da psiquiatria do HCPA, mas tendo que estabelecer por nós mesmos o nexos com o trabalho.

O caso de Maria, por exemplo, com 27 anos, trabalhadora de uma grande rede de supermercados comprada por uma empresa multinacional do ramo é paradigmático. Ela havia feito três tentativas de suicídio, mesmo sem ter nenhuma história prévia, pessoal ou familiar, de transtorno psíquico. Trata-se de um caso em que foi necessário criar uma resposta rápida, mesmo que provisória, antes de ela sair pela porta do ambulatório. Ela vem sendo acompanhada desde então, com resultados muito positivos.

Existem algumas experiências de atenção ao sofrimento produzido pelo trabalho que nos serviram de referência, como o trabalho da psicóloga e psicanalista Marie Pezé, iniciado em 1997, no Hospital de Nanterre, na periferia de Paris, e que agora faz parte de uma grande rede de atenção ao sofrimento no trabalho na França (Pezé, 2008). Acreditamos, no entanto, que existem particularidades que diferenciam a realidade francesa da realidade brasileira. Por isso, precisamos, antes de mais nada, buscar compreender como essas transformações do trabalho repercutem em realidades que são social, econômica e historicamente muito diferentes dos locais em que muitos desses estudos foram produzidos.

Então, exemplos bastante documentados e discutidos de suicídios provocados pelo trabalho, como são o caso do Technocentre da Renault em Guyancourt, da France

Télécom ou da planta industrial da Foxconn em Shenzhen, na China, devem ser lidos e analisados, buscando identificar semelhanças e distinções com as nossas realidades. Apesar das proximidades entre os métodos gerenciais, com o assédio moral e organizacional sendo usados amplamente como instrumentos para promover o aumento de produtividade, esses mundos do trabalho foram gerados por realidades históricas, econômicas, sociais e, ousaria dizer, culturais distintas (Freitas, Heloani & Barreto, 2008; Soboll, 2008). Da mesma forma como existiram muitos taylorismos e fordismos durante o século XX, também nos toyotismos vamos encontrar grande diversidade. Um trabalhador francês, que tem como referência o que era praticado nas corporações de ofício, origem do trabalho qualificado no *métier*, tem pouco a ver com o adolescente chinês vindo da zona rural que chega à Foxconn para o primeiro emprego. E nenhum deles tem muito a ver com o trabalhador brasileiro, muitas vezes de migração recente do campo, que chega para trabalhar em uma empresa de calçados do Rio Grande do Sul. Assim, precisamos debruçar-nos sobre as nossas realidades, para que possamos responder às demandas que nos chegam.

A NECESSIDADE DE UMA CLÍNICA DO TRABALHO

Os serviços de saúde, no Brasil e no mundo, têm tido uma procura crescente de pacientes/trabalhadores com sintomas e patologias como as de Carlos, as quais têm sido muito mal compreendidas, não corretamente diagnosticadas e, portanto, subnotificadas e mal atendidas. Pensamos que essa é uma questão para a qual devemos voltar a nossa atenção imediatamente. É importante compreender a urgência dessa discussão. Não se trata mais apenas de produzirmos explicações e respostas genéricas sobre a saúde mental em mundos do trabalho como os do Brasil. O “copo começa a transbordar”, para usar a expressão de Yonnel Dervin, empregado da France Télécom, que tentou suicídio em 2009 (Dervin & Louis, 2009), da mesma forma que Vincent Talaouit, outro trabalhador da empresa (Talaouit & Nicolas, 2010). Precisamos, também, construir caminhos para respondermos às demandas individuais.

No caso do Brasil, temos uma rede de atenção à saúde dos trabalhadores – os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador –, que em 2010 tinha 180 unidades distribuídas por todo o país e que precisa ser capacitada para poder compreender e organizar essa nova demanda. Demanda que deverá envolver, necessariamente, as mais de mil unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), que são a verdadeira porta de entrada do sistema.

Com base na experiência do ADT/HCPA, conseguimos definir alguns princípios para essa atenção à saúde. Pensamos que é necessário *mudar o olhar*, quando se trata de buscar identificar o sofrimento psíquico produzido pelo trabalho. Os pacientes costumam chegar à consulta com queixas inespecíficas, das quais as mais comuns são:

- insônia, “dor nas costas”, uso regular de bebidas alcoólicas, *Cannabis* ou tranquilizantes;

- queixas físicas: astenia, dores abdominais, dores musculares, dores articulares, distúrbios do sono, distúrbios do apetite;
- queixas emocionais: irritabilidade aumentada, angústia, ansiedade, excitação, tristeza, sentimentos de mal-estar indefinidos;
- queixas intelectuais: distúrbios de concentração, distúrbios de memória, dificuldades para tomar iniciativas ou decisões;
- queixas comportamentais: modificação dos hábitos alimentares, comportamentos violentos e agressivos, fechamento sobre si mesmo, dificuldades para cooperar.

Essas manifestações podem ser encontradas em uma infinidade de patologias e talvez não sejam imediatamente associadas a um diagnóstico específico. Isso costuma trazer muita dificuldade para os profissionais da saúde que não têm a compreensão do papel do trabalho na saúde mental. É muito frequente que, quando se solicita ao paciente que fale de seu trabalho, por meio de uma pergunta simples, isso desencadeie crises de choro incontroláveis. Foi o caso de Carlos, como relatado no início do capítulo, mas de muitos atendidos no serviço.

No momento de ser feita a história do paciente (anamnese) é necessário que se tenha em consideração pelo menos os itens a seguir:

- a história da empresa;
- o percurso profissional do assalariado;
- a cronologia da situação de trabalho;
- os acontecimentos da vida que podem ser responsáveis pela descompensação no local do trabalho;
- a identificação do quadro específico de neurose traumática;
- as técnicas de gerenciamento potencialmente patogênicas.

A primeira atitude no atendimento, que tem um efeito terapêutico imediato, é fazer o paciente/trabalhador saber que ele não está mais só na situação. Trata-se de fazer uma escuta compreensiva. Como a maior parte das patologias são consequências do isolamento, da solidão, é necessário tirar o paciente o mais rápido possível dessa situação. Foi o que fizemos com o Carlos, e produziu efeitos imediatos. E é o que temos tentado fazer com todos os outros pacientes.

A segunda atitude deve ser com relação à particularidade do tratamento clínico, que visa ocupar-se do que tem origem no intrapsíquico e na trajetória pessoal, para levar à tomada de consciência de que é necessário descolar sua neurose singular da atualidade da organização do trabalho que o tornou doente. Isso precisa ser feito mediante algum tipo de acompanhamento psicoterapêutico, individual ou de grupo.

E, por último, é indispensável acompanhar esses pacientes até que se estabilizem e construir com eles uma boa vinculação com o serviço de saúde no qual ele teve o primeiro atendimento e garantir-lhes que ali ele sempre vai ter uma porta aberta.

O sistema de saúde pública do Brasil tem uma grande capacidade de produzir respostas adequadas a esses novos problemas. Para isso, é fundamental que se invista na formação dos recursos humanos da rede pública de saúde, de forma que se capacitem seus técnicos para reconhecer precocemente os sintomas e adotar o tratamento adequado. O que não devemos é ignorar essa demanda individual, pois as consequências serão graves (Brasil, 2012).

UMA PESQUISA NACIONAL NO SUS

A partir de uma demanda da Coordenação Geral de Saúde do Trabalhador (Cgesat) do Ministério da Saúde, estamos implantando um projeto com o objetivo de identificar as consequências do trabalho sobre a saúde mental de trabalhadores atendidos na rede básica do SUS e em ambulatórios de doenças do trabalho universitários do Brasil, a fim de estabelecer uma rotina de atendimento para o SUS (Merlo, 2013). Buscaremos ainda identificar o perfil de adoecimento em saúde mental relacionado ao trabalho; identificar os serviços e/ou os profissionais que encaminham os pacientes e o motivo do encaminhamento; propor rotinas para o diagnóstico e a atenção à saúde mental no trabalho, bem como definir as respectivas condutas e indicar propostas para a formação de recursos humanos em saúde mental e trabalho no âmbito do SUS. O processo será realizado em dois momentos distintos.

Primeiro ocorre a seleção dos participantes. Os participantes serão escolhidos entre aqueles que buscam o serviço. No atendimento inicial, os usuários-trabalhadores levados a responder algumas questões, a serem incluídas na anamnese de rotina, e o profissional responsável pelo atendimento marcará o retorno para a agenda de pesquisa ou não, de acordo com as respostas obtidas. Caso pelo menos uma das questões receba resposta positiva, o trabalhador já será encaminhado para agenda específica relacionada à pesquisa. As questões selecionadas são do grupo do SRQ-20 (*Self-Reporting Questionnaire*) relativo ao “Decréscimo de energia vital”, por serem as que consideramos mais relativas ao trabalho. São elas:

- Você se cansa com facilidade?
- Tem dificuldade de tomar decisões?
- Tem dificuldades de ter satisfação em suas tarefas?
- Seu trabalho traz sofrimento?
- Sente-se cansado todo o tempo?
- Tem dificuldade de pensar claramente?

As questões verificarão, inicialmente, indícios de adoecimento relacionado ao trabalho. Caso a queixa principal do atendimento já seja essa, o usuário-trabalhador deverá ser encaminhado diretamente para a agenda de pesquisa, sem que sejam feitas as questões acima.

Em outro momento passa-se à investigação propriamente dita, realizada com os participantes escolhidos anteriormente. Os usuários-trabalhadores selecionados previamente serão informados sobre os objetivos da pesquisa, e antes de serem atendidos poderão optar ou não pela participação, mediante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Se aceitar, o usuário-trabalhador participará de uma entrevista individual. Um instrumento será usado como roteiro de entrevista, permitindo flexibilidade na ordem das perguntas, o relato de situações que tenham vivido ou outras informações que sejam consideradas importantes. Esse instrumento, que visa à construção de procedimentos para uma clínica do trabalho para os serviços de saúde (do trabalhador) da rede do SUS, foi baseado inicialmente em alguns instrumentos já existentes, a saber:

- Lista de práticas organizacionais potencialmente patogênicas e metodologia de entrevista com o possível assediado (*liste des pratiques organisationnelles potentiellement pathogènes e méthodologie de l'entretien avec le harcelé présumé*), utilizado por Pezé (2008) em sua atuação clínica na França, e que traduzimos e compilamos em um único documento, para utilização no ADT/HCPA;
- Roteiro básico de investigação dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho nas práticas da atenção primária em saúde (Moura Neto, 2012);
- Roteiro de entrevista sugerido por Mendes (2007), adaptado para este projeto;
- Protocolo para investigação do nexos causal dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho sugerido por Camargo, Caetano e Guimarães (2010), organizado de acordo com os autores.

A entrevista privilegiará a visão sobre o sofrimento e o adoecimento em relação ao trabalho, e o que pode ser feito para o seu enfrentamento. As questões dirão respeito ao cotidiano de trabalho, em seus fatores pessoais e organizacionais, sem objetivar especificamente conhecer as características individuais e a história de vida.

As entrevistas terão duração média entre uma hora e trinta minutos e duas horas. Podem ter continuidade em outro momento, caso existam ainda mais informações a serem coletadas. As entrevistas serão conduzidas preferencialmente em dupla. Também será aplicado na íntegra o SRQ-20.

A metodologia pode sofrer algumas variações, tendo em vista as necessidades de campo da investigação, bem como as contribuições provenientes da discussão com os consultores, os membros da equipe multicêntrica do projeto e os membros do Cgesat do Ministério da Saúde.

Ao longo do período de realização do projeto de pesquisa, os seguintes resultados são esperados: determinação do perfil de patologias e de sofrimento psíquico dos pacientes atendidos nos serviços de coleta de dados; construção de orientações para condutas; e manejo da atenção à saúde mental no trabalho.

Acreditamos que, apesar das dificuldades por que passa o nosso sistema de saúde, temos plenas condições de construir uma clínica do trabalho que possa responder às questões colocadas anteriormente. Essa clínica do trabalho terá que ser construída com base na colaboração entre todos os profissionais que atuam no sistema. A formação e a experiência de cada um serão fundamentais para uma intervenção abrangente, multidisciplinar e factível na rede do SUS. Muitos desses casos podem ser atendidos de forma individual, outros poderão ser encaminhados para grupos terapêuticos, e os casos mais graves precisarão ser medicalizados.

Nos casos mais graves, quando há ideação suicida, é muito importante levar em consideração que as pessoas estão envolvidas em situações cujo conteúdo elas mesmas não controlam ou não sabem analisar. É um dos elementos que leva ao suicídio. Esse é o momento em que as pessoas não conseguem pensar a situação em que estão, de certa maneira, capturadas e são levadas a fazer atos que não queriam fazer. Elas não conseguem pensar sobre isso e, principalmente, falar com os outros. A armadilha psicológica é importante.

Pacientes com ideação suicida materializada, que estão em plena fase de organização do fim da própria vida, talvez necessitem ser internados. Isso foi fundamental no caso de Maria, relatado anteriormente, pois já tinha feito duas tentativas sérias de suicídio. Não há nenhum suporte ágil em nível ambulatorial no SUS que possa proteger de forma segura uma pessoa nessas condições.

REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Previdência Social. Transtornos mentais: trabalho em escala, condições insalubres e recompensa insatisfatória podem ser causas, 2 mar. 2013. Disponível em: <www.previdencia.gov.br/2012/03/transtornos-mentais-trabalho-em-escala-condicoes-insalubres-e-recompensa-insatisfatoria-podem-ser-causas>. Acesso em: 1º dez. 2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.823, de 23 ago. 2012. Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2012.
- CAMARGO, D. A.; CAETANO, D. & GUIMARÃES, L. A. M. *Psiquiatria Ocupacional: aspectos conceituais, diagnósticos e periciais dos transtornos mentais e do comportamento relacionados ao trabalho*. Rio de Janeiro: Atheneu, 2010.
- DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.
- DEJOURS, C. & BÈGUE, F. *Suicídio e Trabalho: o que fazer*. Brasília: Paralelo 15, 2010.
- DEJOURS, C. & MOLINIER, P. Inteligência prática e sabedoria prática: duas dimensões desconhecidas do trabalho. In: LANCMAN, S. & SZNELWAR, L. I. (Orgs.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Rio de Janeiro, Brasília: Editora Fiocruz, Paralelo 15, 2004.
- DERVIN, Y. & LOUIS, C. *Ils m'ont Détruit! – Le rouleau compresseur de France Télécom*. Paris: Michel Lafon, 2009.

FREITAS, M. E.; HELOANI, R. & BARRETO, M. *Assédio Moral no Trabalho*. São Paulo: Cengage Learning, 2008.

GAULEJAC, V. *Gestão como Doença Social*. São Paulo: Ideias e Letras, 2007.

LORDON, F. *Conflits et Pouvoirs dans les Institutions du Capitalisme*. Paris: Presses de Sciences Po, 2008.

LORDON, F. *Capitalisme, Désiret Servitude*. Paris: La Fabrique, 2010.

MENDES, A. M. (Org.). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MERLO, Á. R. C. *A Informática no Brasil: prazer e sofrimento no trabalho*. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1999.

MERLO, Á. R. C. Suicídios na France Télécom: as consequências nefastas de um modelo de gestão sobre a saúde mental dos trabalhadores. (Dossiê *Journal Libération*). Porto Alegre, 2009. (Mimeo.). Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/OB6mh9Kwx0kPERm5TclBfalJFUTQ/edit?usp=sharing>>. Acesso em: 8 jul. 2015.

MERLO, Á. R. C. Proposta para construção de rotinas de atendimento em saúde mental e trabalho em pacientes atendidos na rede do sistema único de saúde. *Projeto de pesquisa em colaboração com a Coordenação de Política de Saúde do Trabalhador do Ministério da Saúde*. Porto Alegre, 2013.

MERLO, Á. R. C. & MENDES, A. M. B. Perspectivas do uso da psicodinâmica do trabalho no Brasil: teoria, pesquisa e ação. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho*, 12(2): 141-156, 2009.

MOURA NETO, F. D. Roteiro básico de investigação dos agravos à saúde mental relacionados ao trabalho nas práticas da atenção primária em saúde. Rio de Janeiro, 2012. (Mimeo.).

PEZÉ, M. *Ils ne Mouraient pas Tous mais Tous Étaient Frappés*. Paris: Pearson, 2008.

SELIGMANN-SILVA, E. Psicopatologia e psicodinâmica do trabalho. In: MENDES, R. (Org.). *Patologia do Trabalho*. São Paulo: Ateneu, 1995.

SELIGMANN-SILVA, E. *Trabalho e Desgaste Mental: o direito de ser dono de si mesmo*. São Paulo: Cortez, 2011.

SOBOLL, L. A. P. (Org.). *Violência Psicológica e Assédio Moral no Trabalho: pesquisas brasileiras*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2008.

TALAOUIT, V. & NICOLAS, B. *Ils Ont Faillime Tuer*. Paris: Flammarion, 2010.

Condições de Trabalho e o Sofrimento Invisível dos Trabalhadores da Saúde

Isabela Cardoso de Matos Pinto e Iracema Viterbo Silva

A pesar da expansão das pesquisas na área da saúde ocupacional, antes restritas aos dados de segurados da previdência social, ainda existem lacunas quando se trata de não segurados ou do servidor público, regido por legislação própria (Santana *et al.*, 2003). Presume-se que a maioria dos estudos sobre trabalhadores da saúde ainda priorize profissionais de nível superior, e há poucos estudos que contemplem aqueles que exercem atividades de nível médio.

Além disso, é evidente que os riscos ocupacionais não estão limitados a fatores físicos, químicos e biológicos; por isso, é preciso investigar os prejuízos à saúde do trabalhador associados às relações e à organização dos processos de trabalho. Para Kopp e colaboradores (2007), fatores ambientais e variáveis relacionadas à personalidade, como afetividade negativa e hostilidade, têm influência independente sobre a saúde física e mental autorreferida na população economicamente ativa. Acrescentam que insegurança, baixo controle, baixo suporte social dos colegas, descontentamento e problemas com o trabalho como eventos de vida estariam associados fortemente com a severidade de sintomas referidos.

De acordo com Rusli, Edimansyah e Naing (2008), a depressão, o sentimento de desespero e a perda de controle do processo de trabalho também são sérios fatores de risco para morbidade e mortalidade prematura. De sorte que, na população de meia idade, trabalho e condições de trabalho são centrais na determinação do bem-estar e da promoção da saúde mental.

Ao estudar a influência dos modos de organização e funcionamento do setor público, Jackson Filho (2004) constatou a associação com o adoecimento dos trabalhadores, sendo ainda fator determinante para a precariedade e o consequente comprometimento dos serviços prestados. Segundo o autor, a própria instância federal admite a relação entre adoecimento dos servidores públicos e suas condições laborais, ao afirmar que 24,7% das aposentadorias decorrem de agravos relacionados ao trabalho.

No universo dos servidores públicos, chamam a atenção os que trabalham na área da saúde. Nesse segmento, diversas situações produtoras de adoecimento têm sido identificadas: precarização e verticalização das relações de trabalho; hierarquizações rígidas; insuficientes condições materiais para oferecer atendimento digno aos usuários; baixos salários; ritmo extenuante e fragmentação do trabalho; trabalho noturno e por turnos, entre outras (Barros *et al.*, 2006; Costa, Morita & Martinez, 2000). Ademais, os trabalhadores apresentam estresse, desgaste físico, emocional e psicológico; desistências; descrédito; pouca participação e responsabilização no/pelo processo de trabalho; sofrimento; sensação de impotência; pouca possibilidade de movimentação ante os desafios do cotidiano, sem contar o número e a frequência considerável de pedidos de licença médica e afastamento do trabalho (Barros *et al.*, 2006).

Essas evidências comprovam a necessidade do investimento nos cuidadores que participam ativamente de todo o processo de produção da saúde, mas também enfrentam inúmeros desafios no cotidiano da vida organizacional e têm fragilidades e limites, estando sujeitos ao adoecimento (Rollo, 2007). Não obstante, acredita-se que pouca atenção é dada a esses aspectos, haja vista a falta de uma política que contemple de forma efetiva as necessidades de cuidado desses profissionais, especialmente aqueles que ocupam um lugar de menor prestígio na hierarquia social.

No processo de trabalho em saúde, a separação entre o trabalho de concepção e de execução das tarefas acaba delegando às profissões de nível médio as atividades menos valorizadas do ponto de vista social e financeiro (Deslandes, 2002). Entretanto, essas profissões envolvem diversas funções de relevância para o sistema de saúde. De acordo com Aguiar (1996), são ações não restritas à assistência, mas que também contemplam a vigilância e o apoio a programas de orientação e atendimento à população. Apesar das contribuições do trabalho desses profissionais, a autora acredita que nem sempre os serviços de saúde valorizam ou dão a eles o apoio que merecem.

Neste capítulo, pretende-se identificar e discutir algumas situações no ambiente de trabalho em saúde que possam estar relacionadas com o sofrimento e o adoecimento de trabalhadores da saúde de nível médio. São usados os registros dos diários de campo de um estudo que abrange uma amostra de 679 servidores estaduais da saúde na Bahia. Trata-se de observações dos próprios entrevistados acerca do ambiente institucional e de relatos espontâneos dos sujeitos.

A pesquisa que serviu de referência para este estudo (ISC-Ufba, 2012), teve como objetivo analisar as condições de saúde e identificar os fatores relacionados com o adoecimento e o afastamento por licenças médicas de servidores lotados em uni-

dades públicas de saúde. Os sujeitos eram servidores estaduais ativos do quadro permanente do estado. A maioria era composta de mulheres (81%) com idade mediana de 48 anos e 19 anos de tempo de serviço. Menos da metade tinha nível de escolaridade superior (49,6%), e 31,8% das mulheres exerciam as funções de auxiliar ou técnico em enfermagem, e o mesmo percentual de homens era formado de auxiliares ou técnicos administrativos.

A pesquisa contemplou entrevistas face a face, realizadas com o auxílio de um questionário fechado sobre as características sociodemográficas e ocupacionais, condições de saúde física e mental, condições psicossociais do trabalho e violência autorreferida, entre outras. No fim do questionário, havia um espaço para o registro de relatos espontâneos por parte dos entrevistados e de situações observadas pelos entrevistadores pertinentes ao estudo. De forma complementar, empregaram-se diários de campo em que era possível o registro de relatos mais extensos.

Quanto aos entrevistadores, em um total de 13, eram estudantes ou profissionais de saúde recém-formados. As áreas de formação incluíram serviço social, enfermagem, psicologia, saúde coletiva e engenharia. Esses entrevistadores com experiência em pesquisa ou atividades de contato com o público foram devidamente treinados e receberam um manual de pesquisa para auxiliá-los na condução das entrevistas.

A fim de contextualizar a realidade das condições de saúde dos servidores, buscou-se conhecer, também, o seu perfil epidemiológico, identificando as doenças mais prevalentes que acometem esses trabalhadores. Dessa forma, recorreu-se à Junta Médica do Estado, que disponibilizou dados referentes aos afastamentos por doença no período de 2007 a 2009.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DOS TRABALHADORES

De acordo com os dados disponibilizados pela Junta Médica do Estado, o número de servidores da saúde que se afastaram das suas atividades em decorrência de problemas de saúde no período de 2007 a 2009 aproxima-se de resultados de estudo com população semelhante. Sala e colaboradores (2009) analisaram dados de afastamento de servidores da Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo no ano de 2004: dos 58.196 trabalhadores, 9.270 (15,9%) tiveram pelo menos um episódio de licença por doença, totalizando 23.628 licenças médicas (iniciais ou prorrogadas). Na Bahia, de um universo de aproximadamente 21 mil servidores, no período de 2004 a 2007, 3.972 foram afastados das atividades por problemas de saúde, em um total de 14.512 licenças (iniciais ou prorrogadas).

Na Tabela 1 listam-se as doenças que ocasionaram afastamento de servidores, sendo as principais delas as doenças osteomusculares, somando 43,1% de casos. Entretanto, outras doenças já referidas nos estudos de saúde ocupacional também aparecem entre as doenças detectadas, a exemplo dos transtornos mentais e comportamentais, que acometeram 13,8% dos trabalhadores.

Tabela 1 – Proporção das principais doenças que acometem servidores da saúde, afastados por licença médica no estado da Bahia, no período de 2007 a 2009

GRUPO DE CAUSAS	NÚMERO	PORCENTAGEM
Doenças osteomusculares	1.443	43,1
Doenças por causas externas	530	15,8
Transtornos mentais e comportamentais	463	13,8
Doenças cardíacas	462	13,7
Doenças nervosas	426	12,7
Neoplasias	415	12,4
Outras	1.213	36,1

Fonte: Bahia, 2010.

Os resultados também mostraram que os profissionais de nível médio são mais suscetíveis aos afastamentos, na medida em que, comparados aos de nível superior, apresentaram as maiores proporções de licenças médicas no período em estudo. Do quantitativo de auxiliares e técnicos de enfermagem que faziam parte do quadro de servidores, 25,9% afastaram-se das atividades em decorrência de problemas de saúde. Entre os auxiliares e técnicos administrativos, a proporção foi de 24,0%, seguidos dos técnicos em patologia clínica com 18,4% (Tabela 2).

Tabela 2 – Proporção de licenças médicas para servidores estaduais da saúde, segundo as ocupações com maior número de servidores, na Bahia, no período de 2007 a 2009

OCUPAÇÃO	NÚMERO	NÚMERO DE LICENÇAS	PORCENTAGEM
Auxiliares e técnicos de enfermagem	6.012	1.558	25,9
Auxiliares e técnicos administrativos	5.074	1.215	24,0
Médicos	3.022	260	8,6
Enfermeiros	1.480	263	17,7
Técnicos em patologia clínica	671	124	18,4
Assistentes sociais	561	102	18,2
Farmacêuticos	429	34	8,0
Odontólogos	327	44	13,4

Fonte: Bahia, 2010.

Os resultados mostram que, entre os profissionais de nível superior, os médicos e farmacêuticos são os que apresentaram menores proporções de afastamento das atividades laborais por licença médica. Em relação ao tipo de doença, são os auxiliares e técnicos em enfermagem que apresentaram as maiores prevalências de problemas osteomusculares (10,1%), doenças do sistema nervoso (3,2%) e doenças do aparelho circulatório (3,0 %) (Tabela 3). Nas doenças osteomusculares, os auxiliares e técnicos administrativos aparecem como a segunda categoria profissional mais afetada por tais problemas.

Tabela 3 – Prevalência das principais doenças que acometem servidores estaduais da saúde na Bahia, afastados por licença médica, no período de 2007 a 2009, segundo a categoria profissional

CATEGORIA PROFISSIONAL	DOENÇAS (GRANDES GRUPOS DE CAUSAS – CID 10*)					
	Doenças osteomusculares	Doenças do sistema nervoso	Doenças do aparelho circulatório	Transtornos mentais e comportamentais	Neoplasias	Doenças por causas externas
Auxiliares e técnicos de enfermagem	10,1	3,2	3,0	2,4	2,7	3,2
Auxiliares e técnicos administrativos	8,7	2,6	2,7	2,0	2,2	2,8
Médicos	2,0	0,5	1,5	1,5	0,9	1,3
Enfermeiros	5,0	1,5	1,6	3,0	2,0	3,0
Técnicos em patologia clínica	6,0	2,4	1,8	2,2	2,7	3,7
Assistentes sociais	5,0	1,0	1,9	3,2	3,0	2,8
Farmacêuticos	2,3	0,9	0,9	0,7	1,2	0,7
Odontólogos	6,0	2,4	1,8	2,2	2,7	3,7

* CID 10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, 10ª edição.

Fonte: Bahia, 2010.

Ainda que essas doenças afetem outras populações de trabalhadores, as evidências presentes no ambiente de trabalho e os depoimentos dos sujeitos tornam compreensível a analogia que se faz entre o trabalho e o sofrimento.

TRABALHO E SOFRIMENTO

Refletir sobre o processo de trabalho em saúde na contemporaneidade implica reconhecer suas especificidades e entender que as necessidades de saúde são complexas

e determinadas socialmente. Partindo da concepção marxista, o processo de trabalho resulta da combinação do objeto (matéria a ser trabalhada), dos meios (instrumentos e ambiente para a transformação do objeto), da força (energia humana empregada) e do produto do trabalho (Oliveira, 2006).

O conceito de processo de trabalho em saúde foi desenvolvido no início dos anos 1980 e diz respeito à prática dos trabalhadores de saúde no cotidiano da produção e consumo dos serviços de saúde (Peduzzi & Schraiber, 2008). Mendes-Gonçalves (1992), tomando o conceito marxista, define os elementos que compõem esse processo. Assim, o objeto/matéria-prima são as necessidades humanas de saúde, expressas pelas demandas que chegam aos serviços de saúde; os instrumentos que viabilizam a atuação do trabalhador são classificados em materiais (equipamentos, medicamentos etc.) e não materiais (saberes, habilidades etc.) e o produto/resultado é fruto de transformações intencionais mediadas por gasto de energia para obter uma ação transformadora.

De acordo com as suas raízes latinas, o trabalho está associado ao sofrimento. Etimologicamente, o termo se origina de *tripalium*, que significa um instrumento de tortura (Brasil, 2008). A Bíblia registra: “Comerás o pão com o suor do teu rosto” (Gênesis 3.19), numa demonstração de que a sobrevivência estaria condicionada ao sacrifício. Por conseguinte, é com o trabalho que o ser humano consegue a realização e a satisfação de suas necessidades básicas. De modo que a falta de trabalho também está relacionada com o sofrimento.

Porém, nem sempre o sofrimento no trabalho advém do desgaste físico. Também decorre do enfrentamento de riscos que se multiplicam por causa das transformações no mundo do trabalho, seja pelas novas tecnologias, seja por novas formas de organização. Dejours (2008), analisando a associação entre trabalho e sofrimento, procura desconstruir a falsa imagem de que elementos introduzidos pelos avanços tecnológicos como a mecanização e a robotização tenham eliminado as dores ou dificuldades decorrentes do trabalho.

O trabalho na saúde também oferece riscos que vão além da contaminação por uma doença infectocontagiosa ou da exposição à radiação pelo manuseio de um aparelho de raios X. A própria estrutura física é insalubre e expõe o trabalhador ao adoecimento, fazendo com que situações adversas façam parte do cotidiano do trabalho e, muitas vezes, não há preocupação por parte de administradores e gestores. Essa situação fica evidente nos relatos dos entrevistadores que vivenciaram as condições inóspitas às quais muitos trabalhadores são submetidos.

A pessoa [auxiliar administrativa] trabalha na lavanderia, onde não tem ventilação e é bastante quente, devido às máquinas de secar. O calor foi tão insuportável que tive que pedir para mudarmos de local. (Psicóloga, 25 anos, destaques nossos)

Prossegue o relato, observando o ambiente de trabalho e a insatisfação por parte de outra auxiliar administrativa:

Sala onde trabalha sem nenhuma condição de ficar, com muito mofo, chuveiro sem resistência (só banho frio e trabalha à noite); colchões rasgados, descarga quebrada, espaço minúsculo para descanso. Acha que deveria ter um tratamento melhor, mais digno e com respeito. (Psicóloga, 28 anos, destaques nossos)

Os acidentes de trabalho também são frequentes, conforme relata uma servidora:

Acidentes de trabalho temos demais com vários colegas de trabalho. Dar os direitos aos profissionais de saúde por doenças ocupacionais e acidentes de trabalho, pois entramos no trabalho sem nenhum problema de saúde e quando saímos do trabalho aparecem vários problemas de saúde, como LER, dor na coluna e outros. (Técnica em enfermagem, 46 anos)

A referência, no depoimento, aos problemas osteomusculares vai ratificar os dados apresentados, que colocam esses agravos entre as principais causas de afastamento por doença.

A situação relatada por alguns trabalhadores em relação às condições de alguns ambientes das unidades pesquisadas revela uma realidade prejudicial ao desenvolvimento das atividades. Nesse contexto, providências para resolver problemas estruturais parecem que não são priorizadas, levando os trabalhadores a condições precarizadas de trabalho. Eles muitas vezes têm de conviver com situações desconfortáveis e estressantes. Algumas situações, inclusive, revelam a tentativa, por parte dos dirigentes, de ocultar problemas existentes. Foi o que observou a entrevistadora:

[O hospital] está recebendo o Ministro da Saúde e sua comitiva. Foi pintado, limpo e houve modificações em alguns espaços. Percebi a concentração de pacientes em macas alojadas em um setor diferente do habitual. Ouvi de acompanhantes que a eles foi solicitado que desocupassem a maioria dos setores e retornassem depois. A imprensa também está presente. (Estudante de serviço social, 25 anos)

Acredita-se que tal comportamento cria dificuldades para a identificação das fragilidades no setor público de saúde e consequentemente a busca por melhores condições junto às instâncias superiores. Diferentemente do que é mostrado em momentos pontuais, a realidade vivenciada pelos servidores no cotidiano da prática é bem outra. Além das condições precárias de infraestrutura, relatos de sobrecarga são registrados pelos entrevistados.

Número de pessoal insuficiente para a demanda de serviço, condições de trabalho inapropriadas, mobiliários quebrados, local inadequado para descanso do funcionário. (Técnica em enfermagem, 25 anos, destaques nossos)

A qualidade do trabalho precisa melhorar para beneficiar o funcionário. São poucos profissionais para pacientes, que não são muitos, mas são graves e debilitados e precisam de mais atenção. Pacientes intubados em pavilhões com pouco funcionário. (Auxiliar de enfermagem, 36 anos, destaques nossos)

As queixas em relação ao número insuficiente de profissionais para atender à demanda são constantes, apontando para a importância e a necessidade do dimensionamento da força de trabalho nas unidades de saúde. São poucos os estudos disponíveis sobre o assunto (Pinto *et al.*, 2013). A deficiência em número de funcionários, além de constituir sobrecarga para os trabalhadores, pode ser uma das causas do mau atendimento à população.

Alguns setores, em virtude de suas características, predisõem os trabalhadores a mais estresse e desgaste, especialmente aqueles com pacientes graves, onde se convive diariamente com a dor, o sofrimento e a morte, como nas emergências e unidades de tratamento intensivo (UTIs). Nesses locais, as equipes de enfermagem, especialmente os profissionais de nível médio, sentem mais intensamente os efeitos negativos sobre a saúde, em razão da maior exposição à sobrecarga física, à fragmentação das tarefas e à rigidez da estrutura hierárquica. É o que Martins e colaboradores (2009) observam em estudo realizado com trabalhadores de um hospital público na Bahia.

Entretanto, incidentes ou acidentes podem ocorrer nas situações de trabalho comuns, “cuja origem não se consegue entender” (Dejours, 2008). Na área da saúde, em que se lida com a vida e a morte, muitas vezes são atribuídas falhas aos profissionais que nem sempre decorrem do despreparo para o exercício da função, mas das deficiências do próprio sistema. As sanções, todavia, acabam recaindo sobre o profissional.

Entrevistei um técnico de enfermagem que está sofrendo processo jurídico devido a uma denúncia de familiar de paciente. Um familiar de paciente lhe denunciou por maus-tratos. Refere muito estresse por conta disso. Defende-se durante a entrevista apontando para uma negligência do hospital no que diz respeito à quantidade de serviço e à mão de obra disponível por plantão. Relata que o paciente em questão era alguém que requeria cuidados especiais, estava isolado, intubado e durante a madrugada [o técnico] não tinha condições de cuidar sozinho. Diz que não culpa a chefe pelas exigências exageradas do trabalho (muitos pacientes para dar conta), mas o próprio sistema do hospital, que não tem funcionários suficientes. Os familiares dos pacientes não entendem isso e o processaram. Alega o desconforto perante os colegas de trabalho, que querem saber o que está acontecendo, já que viram o Coren [Conselho Regional de Enfermagem] procurando-o durante o plantão. (Psicóloga, 28 anos)

As transformações econômicas e sociais verificadas nas últimas décadas, fruto do processo de globalização, têm afetado as relações entre o ser humano e o trabalho, conforme detectado por Silva e colaboradores (2009). Segundo os autores, a busca pela produtividade com um menor custo leva ao aumento do ritmo e da carga de trabalho, sem considerar a satisfação do trabalhador. Realidade que se observa também no campo da saúde, em que o acúmulo de atividades e o número insuficiente de pessoal de apoio agrava as condições de trabalho, concorrendo para a sobrecarga física e emocional dos responsáveis pelo atendimento nas unidades.

Alguns autores têm procurado mostrar os efeitos que as condições adversas no trabalho em saúde podem trazer para a saúde física e mental dos trabalhadores (Murofuse & Marziale, 2005). Estudo com 105 auxiliares e técnicas em enfermagem constatou que 93% das trabalhadoras referiram algum tipo de sintoma osteomuscular nos últimos 12 meses e 63% nos últimos sete dias, sendo a dor lombar a queixa mais frequente (Gurgueira, Alexandre & Corrêa Filho, 2003). Os procedimentos mais citados pelas trabalhadoras como causa de desconforto estavam relacionados com a movimentação e transporte de pacientes, o que justifica o desabafo de uma trabalhadora de um centro obstétrico durante a entrevista e os resultados das análises das licenças médicas que apontaram as doenças osteomusculares como as mais prevalentes, especialmente entre as auxiliares e técnicas de enfermagem.

A participante é uma senhora que trabalha junto às gestantes no pré- e pós-parto. Afirma estar sobrecarregada de trabalho, que a situação piorou desde que tiraram os maqueiros homens do setor e ela e as colegas passaram a pegar mais peso. (Estudante de serviço social, 25 anos, destaques nossos)

Em relação aos aspectos da saúde mental há registros na literatura dos efeitos deletérios ocasionados pelo processo de trabalho. Sintomas psicossomáticos como angústia, depressão e ansiedade foram encontrados em 67,5% dos trabalhadores de uma regional de saúde, conforme resultados do estudo de Camarotti e Teixeira (1996). De acordo com Coimbra e colaboradores (2005), o sofrimento psíquico dos profissionais da saúde está associado a precárias condições de trabalho, à falta de preparo específico e à imposição de infindáveis tarefas inespecíficas, o que, conseqüentemente, levaria a uma baixa autoestima.

Como já apresentado, os transtornos mentais e comportamentais aparecem entre as principais causas de afastamento do trabalho. Alguns tipos de transtornos já vêm sendo estudados e identificados na lista de doenças profissionais relacionadas ao trabalho, tendo como agente etiológico, em alguns casos, substâncias, compostos ou produtos químicos, em geral. Entretanto, algumas doenças são associadas às características e às condições de trabalho, incluindo as relações interpessoais (Camargo, 2009; Araújo *et al.*, 2003).

Apesar das evidências demonstradas por esses estudos, parece não existir preocupação em disponibilizar profissionais para dar suporte a esses trabalhadores. A manifestação dessa necessidade é um indício do sofrimento mental, como revela o depoimento a seguir:

Profissionais de saúde precisam de psicólogo. Nós que trabalhamos em unidades fechadas precisamos de atenção, não temos boas condições de trabalho, e o nosso serviço é emocionalmente pesado também. É preciso cuidar do cuidador. (Técnica em enfermagem, 45 anos)

A servidora queixa-se de dificuldades na realização de capacitação e qualificação profissional. O ritmo desgastante e a sobrecarga dificultam a prática de atividades

não assistenciais. Sobre este assunto, é importante destacar a importância do investimento na formação dos trabalhadores. A Constituição Federal estabelece que ao SUS cabe a ordenação da formação de recursos humanos na área da saúde. Nos últimos anos, verifica-se maior empenho por parte dos governos ao estimular mudanças curriculares e ampliar o número de instituições formadoras, entre outras medidas que têm contribuído para a formação na área da saúde.

Observa-se um crescimento importante em relação à oferta de um conjunto de cursos viabilizados pela política de educação permanente desde a década de 1990. O Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae) formou entre 1998 e 2003 mais de duzentos mil profissionais de nível médio, entre auxiliares e técnicos de enfermagem (Brasil, 2007). No entanto, as possibilidades são maiores para o profissional de nível superior do que para o nível médio, como ilustra o depoimento: “Gostaria muito de *ter tempo para trabalhar e estudar de forma menos cansativa e estressante. Porque é tão complicado adquirir conhecimento*” (Auxiliar de enfermagem, 46 anos, destaques nossos).

Ademais, o processo de formação deve ser contínuo, é a oportunidade para o trabalhador e a organização repensarem práticas e ampliarem conhecimentos, para encontrar alternativas que viabilizem processos. No cotidiano organizacional, o trabalhador frequentemente identifica necessidades cujo atendimento exige qualificação que ele não tem, mas ainda assim a organização do trabalho não viabiliza oportunidades para ele adquirir novos conhecimentos.

O excesso de trabalho também é visto pelo servidor como uma demonstração de descaso por parte do gestor. Em consequência, o acúmulo de tarefas e as precárias condições de trabalho acabam gerando insatisfação e mal-estar. Vemos essa insatisfação expressa, por exemplo, no depoimento a seguir:

Um dos maiores problemas, hoje, enfrentados pelo servidor é a sobrecarga de trabalho e as condições sub-humanas, a pouca importância por essas questões fazem com que o servidor perca o estímulo e se torne cada vez mais insatisfeito. (Técnica em enfermagem, 44 anos, destaques nossos)

A insatisfação também advém de decisões tomadas pelos gestores, das quais os servidores não participam, de interrupção de serviços e programas sem explicação plausível e de mudanças nas formas de gestão que trazem preocupações quanto à estabilidade. Em outro depoimento, vemos uma servidora admitindo preocupação com a possibilidade de privatização do serviço: “*O perfil de atendimento do hospital vai mudar para específico de saúde da mulher... E os funcionários como ficarão?... Para onde irão?*” (Auxiliar de enfermagem, 52 anos, destaques nossos).

A falta de participação dos trabalhadores no debate sobre as mudanças dos modelos de gestão adotados pela administração pública reflete a forma como se sentem tratados quando políticas são formuladas e implantadas de cima para baixo (Rollo, 2007). Outro motivo de insatisfação é a realização de uma atividade que esteja

abaixo do nível de competência do trabalhador. É o que revela a servidora de 49 anos que trabalha no setor de higienização. Como ela salienta, “sempre prometem mudar”, mas mesmo depois de anos de sua ascensão funcional à auxiliar administrativa, continuou exercendo as mesmas tarefas do cargo anterior, incompatíveis com a nova posição. É a única funcionária do setor nessa condição.

Apesar dos investimentos e das iniciativas para qualificar os que trabalham nos serviços de saúde, identifica-se em alguns relatos a frustração por parte dos trabalhadores que alcançam durante a trajetória profissional uma melhor qualificação. A espera por uma oportunidade desestimula esses profissionais para o desempenho de atividades não menos importantes, mas inadequadas ao perfil do trabalhador.

Essa realidade aponta para outros problemas presentes no ambiente de trabalho, ainda pouco explorados, mas que também se constituem em causa de insatisfação e sofrimento para os trabalhadores.

VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE

Desde a década de 1980 a violência ocupa um lugar de destaque entre as causas de morbimortalidade no Brasil (Reichenheim *et al.*, 2011), mas ainda é pouco estudada como problema de saúde ocupacional.

A exposição à violência é maior quando as atividades assistenciais de saúde extrapolam os muros da instituição. Relatos como o que se segue já foram registrados na literatura e fazem parte do cotidiano de profissionais que integram novas práticas de saúde e que os deixam mais próximos da população (Batista *et al.*, 2011). Após contato com uma servidora que trabalha no serviço de atendimento domiciliar, a entrevistadora faz o seguinte registro:

Disse que lida com situações muito preocupantes ligadas ao tema por circular em bairros muito perigosos tendo vivenciado experiências arriscadas, como presenciar um tiroteio (estava gestante) e ter que pedir permissão a traficantes de morros para poder transitar e assim dar continuidade ao seu trabalho. (Estudante de serviço social, 25 anos)

Outro depoimento corrobora a situação de insegurança nas unidades de saúde: “Também não tem segurança armada, o prédio é localizado em um local conhecido como local de homicídios e desovas” (Assistente administrativa, 47 anos).

Estudos já consideram a localização geográfica da unidade como uma variável associada à violência no setor. O estudo de Batista e colaboradores (2011), realizado em unidades básicas de saúde em Belo Horizonte, constatou que nas unidades situadas em regiões de alta vulnerabilidade social havia maior ocorrência de episódios de violência contra o trabalhador.

A violência, entretanto, nem sempre se apresenta de modo tão explícito, pois há indícios da prática de assédio moral e discriminação. O assédio moral é uma situação

tão antiga quanto o próprio trabalho e apesar de presente em outros espaços de convivência, as atenções se voltam para o ambiente de trabalho, em virtude da maior probabilidade de sua ocorrência (Luongo, Freitas & Fernandes, 2011). De acordo com Hirigoyen (2006), o fenômeno manifesta-se por comportamentos, palavras e atos. Além da humilhação, abrange o constrangimento, a supervisão excessiva, críticas infundadas, empobrecimento de tarefas, sonegação de informações.

Uma servidora está “desgostosa com a coordenação de enfermagem”, pois, segundo informa, “é autoritária e ditadora”, “fala com arrogância” (Auxiliar de enfermagem, 49 anos). Outra queixava-se ainda da falta de atenção por parte da instituição no caso de acidentes ou outros problemas de saúde: “Gostaria que houvesse um setor específico com mais privacidade para a entrega dos atestados médicos, pois *já fui vítima de rumores e especulações, fofocas* com doenças que nem tinha e até mesmo de aborto incompleto” (Técnica em enfermagem, 37 anos, destaques nossos). Vítima da segregação e do desrespeito que atingem pessoas provenientes de diferentes regiões do país, uma servidora queixava-se da discriminação que sofreu ao ser admitida no serviço público:

Sim, passei por uma fase difícil ao ser admitida... Fui discriminada por ser de outro estado, pelo meu sotaque, minha impressão é de que me tratavam injustamente por alguma coisa que não tive culpa. Fui muito maltratada por colegas e superiores, humilhada e sofri bastante. Tive uma mudança para um segundo hospital e lá foi pior ainda, até um REDA [Regime Especial de Direito Administrativo] em que fui aprovada deram a nomeação para outra pessoa. Tive um agravamento da depressão e fiquei afastada, vindo transferida para cá há três anos. Aqui me sinto bem. Posso dar meu depoimento a vocês com mais detalhe, se quiserem, estou à disposição. (Técnica em enfermagem, 41 anos, destaques nossos)

Geralmente as discussões sobre discriminação estão centralizadas na questão racial, mas o relato revela que este tipo de violência está relacionado a outras características do sujeito. Afastado de suas origens culturais, o indivíduo causa estranhamento aos que o cercam, sendo motivo de piadas e gozações, numa demonstração de que o trabalhador da saúde nem sempre está preparado para lidar com as diferenças, prerrogativa basilar à prática da assistência e à valorização do outro.

VALORIZAÇÃO E RECONHECIMENTO

A valorização e o reconhecimento são, sem dúvida, elementos essenciais para a elevação da autoestima de qualquer ser humano, e não devem, portanto, ser considerados reivindicações secundárias dos trabalhadores (Dejours, 2008). Ser reconhecido e valorizado pode significar para o trabalhador a recompensa por seu esforço e dedicação. É a certeza de que as angústias enfrentadas em razão da precariedade das condições de trabalho não foram em vão. Esse reconhecimento é esperado pela profissional da saúde, conforme o depoimento a seguir:

É necessário valorizar mais o ser humano e rever a questão do tempo de serviço, rever esses trinta anos, pois existe muito risco, é desvalorizado, consumido, parece uma máquina, um objeto. O profissional de saúde também adocece e é preciso que os colegas sejam mais valorizados. Existe pouco reconhecimento. (Auxiliar administrativa, 57 anos)

Outra servidora queixa-se por lidar com doenças infecciosas, e a instituição não ser caracterizada como unidade de infectologia, certificação que representaria aumento salarial. Desabafa: “por isso recebemos a menos, fomos prejudicados pelo hospital” (Técnica em enfermagem, 38 anos).

Tempo de serviço e idade não são prerrogativas para assegurar ao trabalhador qualquer tipo de privilégio. Ainda que a experiência e anos de dedicação sejam considerados pelo trabalhador como importantes para uma maior valorização, na prática nem sempre são aspectos considerados pelos dirigentes.

Acho injusto não ter nenhum privilégio por já ter todo esse tempo no serviço. Não tenho prioridade na escala nem na distribuição. Tem colega homem de plantão comigo, eu com essa idade fico com dois, três pacientes acamados e meu colega jovem e homem fica com nenhum. Não tenho mais prazer de estar aqui, quero me aposentar logo. (Auxiliar de enfermagem, 55 anos)

Insatisfação, sentimentos de desvalorização e falta de reconhecimento fazem com que a aposentadoria seja o evento mais desejado e esperado pelos trabalhadores das instituições, mas a espera também se constitui em um problema e em motivo de descontentamento. Durante entrevista, uma auxiliar administrativa, de 58 anos, mostrou-se bastante irritada, pois, segundo ela, estava trabalhando mais tempo do que deveria. Há mais de um ano aguardava o benefício. Queixou-se do coordenador do setor em que trabalhava por vinte anos que, contra a sua vontade, transferiu-a para o setor de lavanderia, local onde havia trabalhado anteriormente e ao qual associava seus problemas de saúde, como hipertensão e diabetes.

Outras servidoras também compartilham do mesmo sentimento em relação à aposentadoria, especialmente quando a permanência no trabalho já representa risco à saúde. Entretanto, esse desejo é acompanhado por outra preocupação: garantir o salário integral com todas as vantagens de um servidor ativo. É o que se observa dos relatos a seguir:

Gostaria que todos os servidores tivessem uma aposentadoria integral, com paridade, sem nenhuma perda salarial, com GID [Gratificação de Incentivo ao Desempenho] e todos os seus direitos e vantagens, que o profissional deveria ter. (Técnica em enfermagem, 46 anos)

Espero se [sic] aposentar e que minha aposentadoria saia o mais rápido possível, não aguento mais trabalhar de uma forma que não está adequada para minha saúde. (Auxiliar de enfermagem, 56 anos)

Os depoimentos revelam a necessidade de uma política de gestão do trabalho que valorize os servidores pelos anos de dedicação ao serviço público de saúde. São pessoas que durante muito tempo compartilharam a angústia e o desespero alheios e, merecidamente, necessitam de apoio e reconhecimento.

POR UMA POLÍTICA DE ATENÇÃO À SAÚDE DO TRABALHADOR DO SUS

O crescente número de estudos sobre os problemas desencadeados pelos ambientes e processos de trabalho na saúde vem produzindo um conjunto de reflexões sobre a gestão do trabalho. Amplia-se o debate em torno da necessidade de formulação e implementação de políticas de promoção da saúde dos trabalhadores do SUS. A falta de assistência adequada e de prevenção denota a inexistência de uma política e de programas sobre saúde do trabalhador da saúde, gerando carências que podem comprometer esses sujeitos no exercício de suas funções. Esta carência vem em forma de demanda por assistência médica, conforme declara a servidora: “Necessário acompanhamento médico na unidade – médico do trabalho. Não é necessário caso passe mal o funcionário se direcionar a uma unidade de pronto atendimento, poder ter atendimento aqui mesmo” (Auxiliar administrativa, 39 anos).

Identificam-se nos depoimentos queixas dos servidores em relação à inexistência de um programa que contemple exames periódicos para acompanhamento da situação de saúde do trabalhador, falta de médico do trabalho e de ações de proteção e conscientização de risco. Observa-se que as ações de vigilância dos ambientes e processos de trabalho e de proteção à saúde dos trabalhadores, quando ocorrem, são geralmente pontuais e assimétricas.

No entanto, é urgente priorizar o problema para estimular a produção de informações sobre condições de saúde dos trabalhadores da saúde. Com base nas análises dos ambientes e processos de trabalho, é possível determinar a magnitude do problema, identificar riscos e estabelecer prioridades, oferecendo subsídios para o planejamento de ações de promoção, prevenção e vigilância de agravos em trabalhadores do SUS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As informações registradas pelos entrevistadores ajudaram significativamente no entendimento dos aspectos relacionados às condições laborais dos trabalhadores da saúde de nível médio que atuam no serviço público. Alguns problemas se tornaram mais evidentes com base nos relatos e observações dos entrevistadores, confirmando resultados de estudos que apontam para as precárias condições de trabalho desses profissionais. O diário de campo, mais do que um depósito de dados, é uma fonte importante de informação que auxilia de forma relevante na compreensão das especificidades que envolvem o tema em estudo.

A contribuição desse trabalho se inscreve no conjunto de esforços para subsidiar a elaboração de alternativas e estratégias de mudança que contemplem a busca de melhoria do desempenho das organizações públicas de saúde, a valorização do trabalhador e, conseqüentemente, a qualidade de vida da população.

REFERÊNCIAS

- AGUIAR, A. C. Contribuições do profissional de nível médio na equipe de saúde: influência do processo educativo na reorganização do modelo assistencial. *In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). Formação de Pessoal de Nível Médio para a Saúde: desafios e perspectivas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1996.
- ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 1999.
- ARAÚJO, T. M. *et al.* Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 37(4): 424-433, 2003.
- BARROS, M. E. B. *et al.* As articulações saúde e trabalho: relato de experiência em um hospital público, Vitória, Espírito Santo. *Cadernos Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14(3): 451-468, 2006.
- BATISTA, C. B. *et al.* Violência no trabalho em saúde: análise em unidades básicas de saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. *Trabalho, Educação e Saúde*, 9(2): 295-317, 2011.
- BAHIA. Secretaria da Administração. Junta da Médica do Estado. Licenças médicas concedidas no período de 2007 a 2009, aos servidores da Secretaria da Saúde do Estado da Bahia, 2010.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Conass). *Gestão do trabalho na saúde*. Brasília: Conass, 2007. (Progestores: para entender a gestão do SUS, 5).
- BRASIL. Distrito Federal. Câmara Legislativa do Distrito Federal (CLDF). Núcleo de Estudos e Ações sobre Violência no Trabalho. *Violência no Trabalho: reflexões, conceitos e orientações*. Brasília: CLDF, 2008.
- CAMARGO, D. A. Transtornos mentais relacionados ao trabalho, numa perspectiva da psiquiatria e da medicina do trabalho brasileira. *In: ROSSI, A. M.; QUICK, J. C. & PERREWÉ, P. L. (Orgs.). Stress e Qualidade de Vida no Trabalho: o positivo e o negativo*. São Paulo: Atlas, 2009.
- CAMAROTTI, H. & TEIXEIRA, H. A. Saúde mental e trabalho: estudo da Regional Norte de Saúde do DF. *Mental: Revista de Saúde do Distrito Federal*, 7(1): 29-40, 1996.
- COIMBRA, V. C. C. *et al.* A atenção em saúde mental na Estratégia Saúde da Família. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 7(1): 113-117, 2005.
- COSTA, E. S.; MORITA, I. & MARTINEZ, M. A. R. Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital universitário do Estado de São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(2): 553-555, 2000.

- DEJOURS, C. *A Banalização da Injustiça Social*. 7. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2008.
- DESLANDES, S. F. *Frágeis Deuses: profissionais da emergência entre os danos da violência e a recriação da vida*. Rio de Janeiro: Editora Focruz, 2002.
- GURGUEIRA, G. P.; ALEXANDRE, N. M. C. & CORRÊA FILHO, H. R. Prevalência de sintomas músculo-esqueléticos em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(5): 608-613, 2003.
- INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA – UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA. Estudo sobre o perfil de morbidade dos trabalhadores de saúde da Secretaria da Saúde do estado da Bahia. Relatório de Pesquisa, 2012.
- HIRIGOYEN, M.-F. *Mal-estar no Trabalho: redefinindo o assédio moral*. 3. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.
- JACKSON FILHO, J. M. Desenho do trabalho e patologia organizacional: um estudo de caso no serviço público. *Production*, 14(3): 58-66, 2004.
- KOPP, M. S. *et al.* Work stress and mental health in a changing society. *European Journal of Public Health*, 18(3): 238-244, 2007.
- LUONGO, J.; FREITAS, G. F. & FERNANDES, M. F. P. Caracterização do assédio moral nas relações de trabalho: uma revisão de literatura. *Cultura de los Cuidados*, 15(30): 71-78, 2011.
- MARTINS, P. F. *et al.* Afastamento por doença entre trabalhadores de saúde em um hospital público do estado da Bahia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 34(120): 172-178, 2009.
- MENDES-GONÇALVES, R. B. *Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades*. São Paulo: Cefor, 1992.
- MUROFUSE, N. T. & MARZIALE, M. H. P. Doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3): 364-373, 2005.
- OLIVEIRA, C. R. *História do Trabalho*. 5. ed. São Paulo: Ática, 2006.
- PEDUZZI, M. & SCHRAIBER, L. B. Processo de trabalho em saúde. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2008.
- PINTO, I. C. M. *et al.* Trabalho e educação em saúde no Brasil: tendências da produção científica entre 1990-2010. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6): 1.525-1.534, 2013.
- REICHENHEIM, M. E. *et al.* Violência e lesões no Brasil: efeitos, avanços alcançados e desafios futuros. *The Lancet*, Londres, 5: 75-89, 2011.
- ROLLO, A. A. É possível valorizar o trabalho na saúde num mundo globalizado. In: SANTOS-FILHO, S. B. & BARROS, M. E. B. de (Orgs.). *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007.
- RUSLI, B. N.; EDIMANSYAH, B. A. & NAING, L. Working conditions, self-perceived stress, anxiety, depression and quality of life: a structural equation modeling approach. *BMC Public Health*, 8: 48 - 63, 2008.

SALA, A. *et al.* Licenças médicas entre trabalhadores da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo no ano de 2004. *Cadernos de Saúde Pública*, 25(10): 2.168-2.178, 2009.

SANTANA, V. *et al.* Acidentes de trabalho não fatais: diferenças de gênero e tipo de contrato de trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2): 481-493, 2003.

SILVA, R. M. *et al.* Análise quantitativa da satisfação profissional dos enfermeiros que atuam no período noturno. *Texto Contexto de Enfermagem*, 18(2): 298-305, 2009.

Projetos de Desenvolvimento no Brasil Contemporâneo e Desafios da Educação Profissional em Saúde

Marise Nogueira Ramos

Não basta conscientizar e civilizar a burguesia industrial e financiar a centralização do seu capital para que ela se transforme num verdadeiro condottieri desenvolvimentista.

A simples expansão quantitativa do Estado não garante um desenvolvimento capitalista industrial autônomo e autossustentado.

Fiori, 2012

As duas frases da epígrafe são de José Luís Fiori, citadas no contexto de discussões sobre o desenvolvimento desencadeadas pela crise de 2008 e organizadas numa “Rede Desenvolvimentista”. Segundo Fiori (2012), trata-se de algumas das ideias seminais da “escola da dependência” que abalaram o fundamento teórico do “desenvolvimentismo de esquerda” dos anos 1950. Sobre o “desenvolvimentismo de esquerda” ele recupera as instituições que teriam participado da elaboração de ideias e teses a que ele confere tal nome.

Primeiramente, ele cita a contribuição do Partido Comunista Brasileiro (PCB) quando, em 1958, assume uma nova estratégia democrática de aliança de classes, a favor da “revolução burguesa” e da industrialização brasileira, como condição prévia e indispensável de uma futura revolução socialista. Fala, ainda, do Instituto Superior de Estudos Brasileiros (Iseb), criado em 1955, que reuniu diversos intelectuais de esquerda na liderança da mobilização da intelectualidade, da juventude e de setores profissionais e tecnocráticos, em torno do seu projeto nacional-desenvolvimentista.

E, finalmente, menciona a Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (Cepal), que mesmo não tendo sido uma instituição de esquerda, desde 1949 produziu ideias, informações e projetos que influenciaram o pensamento da esquerda desenvolvimentista brasileira.

Do ponto de vista político prático, a esquerda desenvolvimentista teria ocupado um lugar importante na luta pelas reformas de base do governo Jango, mas se dividiu na discussão pública do Plano Trienal proposto pelo ministro Celso Furtado em 1963. Ela teria recuado durante o regime militar, mas sobrevivido, em certa medida, num centro de estudos econômicos da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que teria renovado ideias e interpretações clássicas – marxistas e nacionalistas – do desenvolvimento capitalista brasileiro, ainda que tenha sofrido impactos da crise do socialismo e da ofensiva neoliberal.

Num balanço, porém, o autor nos leva a concluir que o que ficou no Brasil em termos de projeto de desenvolvimento foi, de um lado, a teoria do “desenvolvimento dependente e associado”, de Fernando Henrique Cardoso, que, sob sua liderança, funcionou como fundamento ideológico da experiência neoliberal no Brasil. De outro, ele vê um estreitamento do “horizonte utópico” do “desenvolvimentismo de esquerda, sem capacidade de mobilização social”. Fiori refere-se aqui às ideias e teses formuladas nos anos 1950 sobre o desenvolvimento do capitalismo nacional, com ênfase nos países de capitalismo tardio. Conclui o autor que, ao retomarem lugar de destaque no debate atual sobre o desenvolvimento a partir da crise internacional do capital, inclusive formando quadros de governo, os representantes do desenvolvimentismo de esquerda não conseguem “construir uma nova base teórica que possa dar um sentido de longo prazo às suas intermináveis e inconclusivas deblaterações macroeconômicas e ao seu permanente entusiasmo pelo varejo keynesiano” (Fiori, 2012: 2).

Fiori provavelmente refere-se aqui ao conjunto de ideias que cercam a proposta do neodesenvolvimentismo no Brasil de hoje, a qual caminha simultaneamente ou em confronto – não se sabe exatamente – com uma versão desenvolvimentista neoliberal, que é o novo desenvolvimentismo.

Pouca coisa está clara neste debate, que talvez não possa ser esclarecido sem dados de pesquisa empírica de ordem econômica e política. Por essa razão, o presente texto tem a conotação de um ensaio e é fruto do levantamento de algumas reflexões com base numa literatura contemporânea que, em parte, é da mesma natureza. Não obstante o caráter preliminar que, conseqüentemente, as ideias aqui expostas adquirem, supomos abordar a questão dos projetos societários em disputa pelo viés dos debates contemporâneos sobre o desenvolvimento – que leremos sempre pela unidade do econômico com o social – e questionar a vinculação das políticas de educação básica e profissional atuais com essas tendências.

Assim, o objetivo deste texto é confrontar os conceitos de novo desenvolvimentismo e de neodesenvolvimentismo entre si e esses com a ideologia desenvolvimentista que

orientou a consolidação do capitalismo no Brasil no século XX, bem como seu recuo pela via do neoliberalismo no fim daquele século e no transcorrer do seguinte. Para isso, retomamos a noção de desenvolvimentismo como ideologia, com base em análises de Caio Prado Júnior (2004, 2007), Florestan Fernandes (1975, 2006), Ruy Mauro Marini (2000), Octavio Ianni (1971), Miriam Limoeiro Cardoso (1972, 2005), entre outros. Além de não ser uma análise original, considerando o percurso já feito pelas ciências sociais sobre o tema, recorremos a reflexões feitas nos nós mesmos em outros textos.

Em seguida, partimos para a exposição de ideias sobre o novo desenvolvimentismo e o neodesenvolvimentismo, aqui tomando principalmente as referências de Rodrigo Castelo (2012a, 2012b), Marcelo Carcanholo (2010) e de economistas que foram entrevistados pela revista do Instituto Humanitas Unisinos, publicada em maio de 2012, cujo tema central foi “O Desenvolvimentismo em Debate”. Finalmente, discutiremos a política de educação básica proposta no projeto de Plano Nacional de Educação (PNE) e a política de educação profissional do governo Dilma, capitaneada pelo Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego (Pronatec), questionando os vínculos destes com as tendências enunciadas como desenvolvimentistas da atual política econômica brasileira.

Observaremos, por fim, que, mesmo nas perspectivas mais avançadas apresentadas no debate sobre o desenvolvimentismo, é o capital que orienta as políticas econômicas e sociais sob a mesma lógica que presidiu a consolidação do capitalismo dependente no Brasil: a garantia da acumulação se dá por meio do “trabalho barato” (Braga, 2012), para o qual a educação básica e a profissional pretendem formar os cidadãos brasileiros.

DESENVOLVIMENTISMO ONTEM E HOJE: PRIMEIRAS QUESTÕES

A ideia de “desenvolvimentismo de esquerda” enunciada por Fiori (2012) nos convida a uma discussão contra a qual se posicionaria, por exemplo, Bresser-Pereira (2012: 9), para quem o desenvolvimentismo não é uma estratégia nacional de desenvolvimento de esquerda ou de direita. “Ele implica sempre a hegemonia de uma coalizão de classes nacionalista da qual fazem parte empresários industriais, burocracia pública e trabalhadores. Implica, portanto, um acordo social entre a centro-direita e a centro-esquerda”, em favor do capital, acrescentamos. Essa tese, indiretamente, dá razão a Florestan Fernandes (2006), quando este nos leva a concluir que no capitalismo dependente o desenvolvimento econômico é capitalista e tende a agravar a dependência. Foi com este sentido que Cardoso (2005), com base nos estudos daquele sociólogo, nos ajudou a ver o desenvolvimentismo não como uma estratégia, como compreende Bresser, mas como uma ideologia.

O pensamento de Bresser converge para a ideologia desenvolvimentista: desenvolvimentismo não seria de esquerda nem de direita, pois pressupõe o Estado como central nas transformações supostamente necessárias para a superação do subde-

envolvimento, entre as quais está promover a conciliação entre interesses historicamente antagônicos dos trabalhadores e dos burgueses industriais. Sob essa ideologia, o atraso (colonial, feudal e/ou semifeudal) precisava ser removido por ser uma barreira ao moderno.

Essa foi a lógica do Estado Novo. Porém, a transição da economia semicolonial para a economia industrial a partir dos anos 1930 se fez mediante uma aliança com as velhas classes dominantes. Com isso, o desenvolvimento capitalista nacional foi traçado por via, primeiramente, dessa coalizão em lugar da coalizão de uma nova classe burguesa industrial com os trabalhadores, o que ganharia alguns contornos próprios com a política trabalhista de Vargas nos anos 1940. De todo modo, a consolidação do capitalismo no Brasil se deu à custa de desemprego e de baixos salários, o que determinou toda política de desenvolvimento, mesmo de cunho nacionalista, como se reconhece no período de 1930 a 1945 (Ianni, 1991).

Posteriormente, como demonstram Florestan Fernandes (1975, 2006), Caio Prado Júnior (2004, 2007), Octavio Ianni (1991), Ruy Mauro Marini (2000) e Miriam Limoeiro Cardoso (1972, 2005), o que ocorreu no Brasil foi mais um processo de modernização do que propriamente desenvolvimento. Para Florestan, trata-se de uma modernização do arcaico, sobre o que Ianni acrescenta que implica incorporar padrões de consumo de países avançados sem os mesmos padrões de produção e de condições econômicas e sociais equivalentes na população. Um tipo de desenvolvimento associado e subordinado ao grande capital, especialmente o norte-americano, que se viu nos anos 1946 a 1950, de 1955 a 1960 e que se consolidou a partir de 1964. Tal modalidade de desenvolvimento levou ao ingresso do capital estrangeiro no país principalmente sob a forma de equipamentos e técnicas, associando-se a grandes unidades de produção que pudessem absorver uma tecnologia que, apesar de ser obsoleta nos Estados Unidos, não deixava de ser avançada para o Brasil (Marini, 2000; Ianni, 1991).

Instaurou-se no Brasil o que Florestan Fernandes (2006) conceituou como capitalismo dependente: um capitalismo no qual ocorre uma aliança entre a burguesia local e a burguesia de países capitalistas hegemônicos, num movimento que reúne os interesses econômicos de uma classe para além dos limites de uma nação. Para ele, o capitalismo dependente é uma forma de capitalismo necessária à acumulação do capital, portanto, estrutural ao sistema capital. Algumas de suas marcas são a inexistência de um projeto (capitalista) nacional e, por consequência, de uma burguesia nacional, bem como o predomínio da autocracia exercida por representantes dessa classe e, assim, a redução, ao mínimo, da democracia.

Florestan Fernandes (2006) reconhece que a universalização do trabalho assalariado e a expansão da ordem social competitiva no Brasil são expressões de uma revolução burguesa. Porém, em nenhuma das fases do desenvolvimento capitalista no Brasil as classes dominantes chegaram a impor a desagregação completa do antigo regime e de suas sequelas, a superação de estados relativos de subdesenvolvimento,

inerentes à satelitização imperialista da economia interna e à extrema concentração social e regional resultante da riqueza. A revolução não teria seguido o modelo clássico – o qual poderia ter conduzido ao capitalismo independente e à democracia política –, mas o periférico, que resultou no capitalismo dependente.

Outro projeto de desenvolvimento de esquerda esteve em disputa com o descrito até aqui, sendo também chamado de reformista. Como dissemos, ele foi, em larga medida, assumido pelo Partido Comunista, e a tentativa de implementá-lo ocorreu no breve período de governo de João Goulart; trazia a defesa de reformas típicas das revoluções democrático-burguesas – para alguns, no sentido de se completar a revolução burguesa – como a agrária, a tributária, a de consolidação de leis trabalhistas (especialmente dos trabalhadores rurais), do direito ao sufrágio universal, da livre organização classista e de um conjunto de políticas econômicas para a geração de emprego e aumento da massa salarial.

Por esse projeto talvez se visse mais propriamente a tentativa de conciliação de interesses antagônicos entre capital e trabalho, evocada como necessária à superação de elementos estruturais do subdesenvolvimento, tendo como base social organizações da classe trabalhadora coligadas com setores progressistas da intelectualidade e com uma burguesia nacional (Castelo, 2012a). A derrota desse projeto, especialmente a partir do golpe civil-militar de 1964, não pode ser explicada somente no plano das ideologias; ao contrário, requer a compreensão histórica de aspectos estruturais do capitalismo dependente que caracterizam o tipo de desenvolvimento econômico e social brasileiro que já assinalamos com palavras de Florestan Fernandes. Também essa referência pode nos dar elementos para entender por que, então, no Brasil, não se logrou a clássica composição econômico-produtivo-cultural-política do keynesianismo-fordismo-*welfare state*, salvo como farsa.

Em outras palavras, o keynesianismo justificou a ação interventora e produtora do Estado brasileiro na economia, mas de forma autocrática e aliada aos interesses da burguesia internacional. Do fordismo, numa versão periférica (Braga, 2012), implantaram-se padrões e métodos de controle da produção e de ampliação da extração da mais-valia relativa, mas com baixos salários e alto desemprego – necessários para possibilitar a divisão dos lucros com os sócios majoritários internacionais – e, por decorrência, sem a universalização do acesso aos padrões culturais inspirados por este modelo na modernidade. Finalmente, para um suposto Estado de bem-estar social, a dívida social é incomensurável e impagável por qualquer lógica desenvolvimentista que não pressuponha a necessária nacionalização dos centros de decisão econômica no país.

O neoliberalismo, por sua vez – ideologia hegemônica no capitalismo ocidental desde a década de 1970 que assolou o Brasil a partir dos 1990 –, tanto desvelou esse cenário quanto exacerbou o horror. Execrou o desenvolvimentismo como projeto de países periféricos por sua recorrência à atuação do Estado na economia; valeu-

se da ideologia da globalização para incentivar a abertura dos mercados nacionais ao capital estrangeiro, contribuindo para cercear ainda mais qualquer projeto de desenvolvimento autônomo e sustentado, principalmente no âmbito da ciência e da tecnologia – inovação se torna a palavra de ordem – e se aliou à cultura pós-moderna do imediatismo e do individualismo.

Ironicamente, no Brasil, o neoliberalismo valeu-se da teoria do “desenvolvimento dependente e associado”, de Fernando Henrique Cardoso, que outrora fora considerada crítica à ideologia desenvolvimentista. Se o preceito dessa teoria – de que em países periféricos o desenvolvimento é sempre de natureza dependente e subordinada aos países de capitalismo central – se sustenta e até converge para a conclusão a que Florestan nos ajuda a chegar – de que no capitalismo dependente o desenvolvimento é sempre dependente do capital internacional –, talvez o que não se esperava é que ela fosse utilizada como fundamento ideológico para a concretização e acomodação desse lugar para o país na divisão internacional do trabalho. E pior, à custa das pequenas conquistas que se fizeram pela luta social no âmbito desse mesmo tipo de desenvolvimento.

A crise internacional do capital que se deflagra a partir do epicentro mundial da economia, os Estados Unidos, e se alastra assustadoramente para a Europa, levou os liberais ortodoxos a reverem seus preceitos visando a medidas anticíclicas. Ao mesmo tempo, relatórios da ONU, que já vinham demonstrando os custos humanos e sociais dessa ortodoxia e do pós-Consenso de Washington, escrito pelo mesmo redator do Consenso de Washington, enfatizam a necessidade de políticas sociais para minimizar tais custos. Carcanholo (2010) demonstra como a Cepal retoma estudos sobre as políticas econômicas na América Latina, porém tendo agora como ponto de partida não mais a busca para o problema do subdesenvolvimento, mas por formas de minimizar as mazelas econômicas e sociais herdadas pelo neoliberalismo, pressupondo que esta é, de fato, a economia política da contemporaneidade. O problema, portanto, não seria o neoliberalismo, mas sua ortodoxia.

No Brasil, essa inflexão para um neoliberalismo menos ortodoxo também foi estratégica no enfrentamento da crise. Barbosa & Souza (2010) depõem sobre disputas internas ao bloco no poder dos governos Lula entre segmentos neoliberais e desenvolvimentistas e indicam a inflexão para o segundo a partir da segunda metade do último mandato. O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC) e seus diversos desdobramentos parecem dar prova disso, incorporando alguns elementos do keynesianismo-desenvolvimentismo, indicados por Castelo como “um pacote de medidas, tais como redução gradual dos juros, aumento do crédito ao consumidor e do salário mínimo, desonerações fiscais e tributárias e financiamento do capital financeiro nacional via BNDES” (Castelo, 2012b: 3).

Mas permanecem as questões: desenvolvimentismo ou desenvolvimento? Que tipo de desenvolvimento? É possível ser neoliberal e desenvolvimentista? É possível que essas questões indiquem algumas disputas no bloco do poder hoje e tendências do projeto de sociedade.

NOVO DESENVOLVIMENTISMO E NEODESENVOLVIMENTISMO NO BRASIL: NOVAS IDEOLOGIAS?

Castelo (2012b) vale-se de análises econômicas para falar da inflexão da ortodoxia neoliberal para o que se denomina de social-liberalismo. Ele identifica este último como uma ideologia dominante surgida nos centros imperialistas em resposta à crise conjuntural vivenciada pelo capitalismo nos meados dos anos 1990, com as crises financeiras nos países dependentes (México, Tigres Asiáticos, Rússia, Brasil, Argentina) e o tímido fortalecimento das forças políticas de contestação da ordem, como os ativistas do Fórum Mundial e o Exército Zapatista. Seria uma estratégia de dotar o neoliberalismo de uma agenda social para reduzir tensões sociais e políticas, mediante ajustes em certos aspectos do neoliberalismo para preservar a sua essência, tais como

a retomada dos lucros capitalistas via o novo imperialismo, a financeirização da economia, a reestruturação produtiva e precarização do mundo do trabalho, o aumento das taxas de exploração da força de trabalho, a reconfiguração das intervenções do Estado ampliado na economia e na “questão social”, o apassivamento e cooptação da classe trabalhadora e, em determinados casos, a decapitação das suas lideranças mais combativas. (Castelo, 2012b: 2)

O social-liberalismo, então, inseriria elementos do keynesianismo-desenvolvimentismo no neoliberalismo, gerando um novo padrão de desenvolvimento, designado como novo desenvolvimentismo.

Bresser-Pereira (2012) atribui a si próprio a introdução desse “conceito” no cenário econômico brasileiro. Ele retoma a ideia do Estado como conciliador de interesses do capital e do trabalho e defende que a responsabilidade fiscal é fundamental para o desenvolvimento, pois um Estado “forte” não poderia estar endividado. Portanto, juntamente com o ajuste fiscal, permanece a política de geração de superávit e de intervenção no câmbio. Mantém-se o controle dos gastos sociais e a inatividade produtiva do Estado que justificou a privatização das empresas estatais; toda lógica neoliberal?

Segundo David Kupfer (2012), essa lógica é própria do novo desenvolvimentismo: uma escola alternativa ao pensamento desenvolvimentista, que busca uma síntese entre o nacional desenvolvimentismo tradicional e determinados preceitos de gestão macroeconômica, particularmente no que diz respeito à condução das políticas fiscal, monetária e cambial. O novo desenvolvimentismo seria não uma revisão modernizante do pensamento nacional desenvolvimentista, mas uma visão alternativa, que atribuiria à gestão macroeconômica um papel radicalmente diferente do que o usual no pensamento desenvolvimentista. “São os que defendem alguma rigidez fiscal na condução da economia, considerando que uma gestão mais apertada do gasto público tem uma dimensão importante na criação das condições de sustentação do processo de desenvolvimentismo” (Kupfer, 2012: 20).

O neodesenvolvimentismo, por sua vez, segundo Kupfer, atualiza as visões nacionais desenvolvimentistas da segunda metade do século passado, particularmente

com grande ênfase, de um lado, na questão da inovação e do progresso técnico e, de outro, na questão da equidade e da distribuição de renda. Diz o autor: “essa seria a essência do que se poderia chamar de pensamento neodesenvolvimentista” (Kupfer, 2012: 20), e que convergiria para a escola de pensamento da Cepal, a partir do fim da década de 1980. Um diálogo com Carcanholo (2010), neste caso, seria interessante, pois o autor atribui a este novo pensamento cepalino uma perspectiva mais próxima do novo desenvolvimentismo nos termos anteriormente considerados por Bresser-Pereira. Trata-se de uma questão de estudo.

Diante do que discutimos, qual seria o atual padrão desenvolvimentista brasileiro: o do novo desenvolvimentismo ou o do neodesenvolvimentismo? Tanto Kupfer quanto Amir Khair (2012) afirmam que se trata do neodesenvolvimentismo, com um padrão baseado no estímulo ao consumo, que provocaria a reação das empresas para produzir e investir, dinamizando o mercado interno e retomando o ciclo do capital produtivo. As estratégias do governo Dilma para tal consistiriam na ampliação do crédito e nas políticas de transferência de renda (programas Bolsa Família, Brasil sem Miséria).

Kupfer, especialmente, e Khair destacam o papel da indústria na definição das perspectivas da economia brasileira para a geração de saldos comerciais e para a qualificação do mercado de trabalho, porque ela ainda é o setor que gera os melhores empregos na economia brasileira. A indústria seria também necessária para a inovação e a modernização da economia e para a geração de demandas para serviços mais qualificados, relacionados a atividades de pré-produção e pós-produção.

Castelo (2012b), entretanto, identifica que no Brasil é o novo desenvolvimentismo que opera, e o faz por dentro da política econômica, como uma linha auxiliar do neoliberalismo ao estilo próprio de nossa sociedade. O seu destaque se daria nas operações de financiamento do BNDES para a concentração e centralização dos capitais nacionais para a formação do capital financeiro brasileiro e sua posterior expansão internacional para países da América Latina e da África, associando este processo ao que, para ele, alguns estudiosos (Bueno & Seabra, 2012 *apud* Castelo, 2012b; Fontes, 2010 *apud* Castelo, 2012b) chamam de subimperialismo brasileiro. Segundo o autor, se trataria de uma estratégia adotada pelo governo brasileiro no contexto da crise externa de 2008. O novo desenvolvimentismo teria sido convocado para socorrer o grande capital nacional que apresentou sintomas de crise interna e se associou ao social-liberalismo com as políticas sociais e os programas de transferência de renda, parcerias com o terceiro setor, valorização do voluntariado e mercantilização e financeirização dos serviços da seguridade social etc.

Braga (2012b) discutirá este projeto com apoio do conceito de “modo de regulação”, e das análises de Oliveira, Braga e Rizek (2010) e de André Singer (2009) sobre a “hegemonia lulista”. Vale-se, ainda e principalmente, dos resultados de sua pesquisa empírica, de corte etnográfico, realizada com operadores de *telemarketing* de São Paulo. O autor encontra explicações para o modelo de desenvolvimento atual na raiz da “modernização periférica” que caracterizou o desenvolvimentismo de períodos do século passado no país.

O aspecto comum entre a análise de Braga (2012b) e as demais aqui apresentadas é o entendimento de que o modelo teria posto sobre o aumento do consumo popular a expectativa de superação da crise. Assim o autor resume o eixo teórico de seu estudo:

Por um lado, exploramos a tese de que, para prosperar, o capitalismo brasileiro necessita reproduzir permanentemente as condições econômicas e políticas de produção do trabalho barato; por outro, a ideia de que o transformismo petista fortaleceu essas condições de produção ao garantir que a extração da mais-valia encontrasse menos resistência entre os subalternos. (Braga, 2012b: 226)

Sua análise reconhece a política de impulso à indústria nacional, como outros citados anteriormente indicaram, mas este impulso partiria da substituição do peso relativo da indústria de transformação por indústrias de baixo valor agregado (mineração, petróleo, agroindústria). Pela clareza de seu diagnóstico, vale apresentar, novamente nas próprias palavras do autor, a caracterização do atual modelo de desenvolvimento do país, largamente constituidor do que ele chama de “preariado”, a partir da análise da realidade vivida pelos operadores de *telemarketing*.

Dominância da lógica rentista sobre uma fração representativa do precariado no país: exploração crescente, adoecimento e elevada rotatividade da força de trabalho. Uma lógica que dialoga com o sistema fabril despótico característico do fordismo periférico. Ademais, acompanhamos a transição do precariado da informalidade para a formalidade, suas tentativas de ascender na estrutura sócio-ocupacional por meio da faculdade noturna, seu orgulho por trabalhar em uma empresa “moderna” e, por fim, o ciclo gerencial que fatalmente deságua na demissão. Um ciclo sempre renovado pela entrada de novos contingentes de jovens trabalhadores em busca do primeiro emprego com carteira assinada. (Braga, 2012b: 228)

De fato, produz-se trabalho, mas “trabalho barato”, nos termos históricos do capitalismo dependente. Para esses trabalhadores, continua o autor, a “regulação lulista” ajudou a construir, pelo menos entre os teleoperadores, um consentimento passivo ao atual modelo de regulação. “As políticas públicas do governo federal funcionam como um ‘amortecedor’ para a insatisfação do *telemarketing*” (Braga, 2012b: 229). Entre essas, destacam-se o Prouni e o crédito consignado.

Essa análise nos leva a concluir que o modelo, em vez de subordinar o desenvolvimento à solução dos problemas fundamentais da população, o que requereria reformas sociais estruturantes de outra sociabilidade, como a reforma agrária, a urbana, a educacional etc., coerente com a tradição crítica do desenvolvimentismo de esquerda, faz o contrário: subordina as políticas sociais a padrões de desenvolvimento sob a hegemonia do capital financeiro. Mesmo a ilusão associada à capacidade de coesão social proporcionada por um “empresariado produtivo progressista” não leva em conta que o capitalismo dependente não é resultado de uma escolha, mas uma produção histórica e social do próprio capitalismo com a combinação da

superexploração do trabalho com incorporação de padrões de consumo de bens que incentiva a produção estrangeira e a política de adaptação de tecnologia levada, no máximo, ao patamar da inovação.

Se uma orientação favorável ao novo desenvolvimentismo faz o inverso do que chamamos de tradição crítica, no neodesenvolvimentismo, que parece retomar alguns elementos do keynesianismo, não há objetivos que apontem para a transformação estrutural da economia e das condições sociais de vida da população brasileira. Isso, antes de ser um problema segundo a histórica contraposição entre reforma ou revolução, está no cerne do próprio modelo que parece ter possibilitado aos países de capitalismo avançado viverem a “época de ouro” do capitalismo. Como diz Carvalho, trata-se de um problema que é atravessado pela clássica questão do desenvolvimento econômico no capitalismo desde Keynes: “como combinar, e em que grau, e em que forma, a ação estatal com a decisão privada” (Carvalho, 2012: 14).

POLÍTICAS DE EDUCAÇÃO BÁSICA E PROFISSIONAL ATUAIS NO CONTEXTO DESENVOLVIMENTISTA

Ianni (1971) explica que em países de capitalismo dependente, dada a vulnerabilidade da economia, o Estado tende a atuar mais fortemente em momentos de crise. De fato, o Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), espelhado no Programa de Desenvolvimento da Educação (PDE, ou PAC da educação), expressa medidas de fortalecimento da economia nacional e uma tentativa de manter o crescimento da demanda compatível com o nível de emprego, como contramedida aos efeitos da crise do capital que se instaurou mundialmente. O planejamento educacional – que nas décadas de 1950 a 1970 foi influenciado pela teoria do capital humano – é retomado pelo Estado recuperando a vinculação linear entre educação e desenvolvimento econômico do país e entre educação e mobilidade social das pessoas, fazendo-os, porém, mediante incentivo à iniciativa privada. Sob a influência neoliberal, o dilema keynesiano – combinar ação estatal com decisões privadas – parece se resolver: a ação estatal é guiada por decisões privadas.

Ao mesmo tempo, como já apontamos, uma vez que a acumulação do capital é hegemonicamente financeira, baseada na sua capacidade de expansão e de geração de lucro por meio dos juros, o avanço tecnológico nos países de capitalismo dependente se baseia muito mais na inovação do que no desenvolvimento científico autônomo e avançado. Assim, uma medida importante da política educacional está localizada na expansão da rede federal de educação profissional e tecnológica. Sob a lógica da dependência, o incentivo ao ensino superior e à pesquisa nos institutos federais de educação, ciência e tecnologia parece-nos tender a se restringir, no caso do ensino, aos cursos superiores de tecnologia e, no caso da pesquisa, àquelas de interesse mercantil orientadas pelo conceito de inovação tecnológica. Essa mesma lógica tem presidido a política de ciência e tecnologia no Brasil, assim como os processos de avaliação da pós-graduação, além da expansão do ensino superior mediante o fortalecimento do setor privado.

Em 15 de dezembro de 2010, a proposta de Plano Nacional de Educação 2011-2021 foi enviada ao Congresso Nacional. De movimentos ideológicos à ação política concreta, deparamos com avanços e recuos. A ampliação da oferta da educação profissional consta como estratégia de várias metas do plano (metas 3, 8, 10 e 11), considerada – seja na forma integrada, seja nas formas concomitante ou sequencial – como um meio de retenção do estudante no ensino médio, visando ao aumento dos anos de estudo da população brasileira. A meta 11 é específica à educação profissional técnica de nível médio e visa à duplicação de matrículas no período de vigência do plano.

Reiterada, ainda, é a estratégia de fomentar a expansão da oferta de matrículas gratuitas de educação profissional técnica de nível médio por parte das entidades privadas de formação profissional vinculadas ao sistema sindical, de forma concomitante com o ensino médio público. Na meta 10, referente à oferta de pelo menos 25% das matrículas de educação de jovens e adultos na forma integrada à educação profissional nos anos finais do ensino fundamental e no ensino médio, a relação com tais entidades aparece como “regime de colaboração e apoio” para a “oferta pública de formação inicial e continuada para trabalhadores articulada à educação de jovens e adultos”. Junto dessas estratégias aparece, ainda, a expansão do financiamento estudantil e dos programas de assistência aos estudantes da educação profissional.

Vê-se que a parceria com a esfera privada para a oferta da educação profissional mantém os princípios da gratuidade e do público, tendo o Estado como o financiador. No diálogo com membros do governo essa medida é explicada como a ampliação da obrigatoriedade da oferta gratuita de vagas pelo sistema sindical empresarial. Essa medida é vista, então, pelo governo como ampliação da ação pública e não privada da educação profissional.

É no Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico (Pronatec), porém, que os termos da relação público-privado ficarão mais claros, em benefício do segundo. Anunciado como destaque da política educacional do novo governo desde o discurso de posse da presidente Dilma Roussef, o programa foi lançado em entrevista coletiva dada pelo então ministro da Educação, Fernando Haddad, no dia 13 de abril de 2011. Em suas palavras, essa iniciativa utilizaria as mesmas soluções destinadas à ampliação do acesso ao ensino superior, como o Programa de Apoio ao Plano de Reestruturação e Expansão das Universidades Federais (Reuni), o Financiamento Estudantil (Fies) e o Programa Universidade para Todos (Prouni). O programa incorporaria, ainda, a política de expansão da rede federal e das redes estaduais de educação profissional.

Estudos demonstraram quanto o Fies é oneroso para o Estado. Sendo um empréstimo tomado do governo federal, ele é subsidiado a juros de 3,5% ao ano, enquanto a taxa básica de juros do Sistema Especial de Liquidação e de Custódia (Selic) é de 11,5%. Essa diferença é custeada pelo Estado e o gasto, hoje, já ultrapassa R\$ 500 milhões por ano e se ampliará em face da expansão para as escolas técnicas privadas.

Aos moldes do Pronuni, o programa confere bolsas para estudantes do ensino médio público que cursarem a educação profissional de forma concomitante em instituições privadas conveniadas ao programa. Nesse caso, não se trata de um empréstimo, pois o governo paga as bolsas na forma de isenção fiscal para instituições filantrópicas e particulares. Os alunos que não receberem a bolsa integral podem complementar o benefício financiando a metade do valor da mensalidade pelo Fies.

O Pronatec, com essas medidas, torna-se, em larga medida, um programa de financiamento público de vagas em instituições privadas. Elas são justificadas, no discurso oficial, pela incapacidade de o setor público atender toda a demanda por educação profissional, apesar da expansão que ocorreu nos últimos anos. Ainda que possamos concordar com o diagnóstico, discordamos da solução. Outro caminho político para garantir o acesso do jovem à educação profissional seria fortalecer as políticas voltadas para a implantação do ensino médio integrado nos sistemas estaduais de ensino, objetivo do Programa Brasil Profissionalizado.

O Pronatec, porém, investe em ofertas de vagas de educação profissional subsequente ou concomitante ao ensino médio nas instituições privadas. Quando se trata do ensino médio integrado, temos visto, na verdade, o ensino médio profissionalizante, não muito diferente do que existia sob a lei n. 5.692/71, largamente criticada e à qual a concepção de ensino médio integrado se contrapõe frontalmente. O retorno a uma lógica simplesmente profissionalizante do ensino médio se apoia em pressupostos perigosos da educação profissional. Um deles é a vinculação dessa modalidade de ensino exclusivamente ao exercício produtivo, em substituição ou minimização da formação básica. Outro é a ideologia do novo desenvolvimentismo que exploramos anteriormente, regulando a formação profissional de acordo com o tipo e a quantidade de empregos que podem ser gerados na economia. Esses, porém, como Ruy Braga (2012) apontou, tendem a ser de natureza simples e “baratos”.

O chamado Sistema S – composto por nove instituições, entre elas o Senai e o Senac – forma hoje uma parte importante da rede de educação profissional instalada no Brasil. Embora tenha gestão privada, esse sistema é mantido com recursos parafiscais, considerados públicos porque resultam de contribuições compulsórias das empresas. As empresas repassam essa despesa para o custo dos produtos e, portanto, para o consumidor. Apesar disso, muitas instituições vinculadas a essa rede cobram pelos cursos que oferecem.

A maior regulação sobre o Sistema S é uma das frentes de atuação do MEC desde o governo Lula e, segundo Eliezer Pacheco, ex-titular da Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica (Setec), é também uma das prioridades do Pronatec. Segundo ele, em 2011 chegou-se a dois terços da gratuidade do Sistema S, e a meta seria chegar a 85%, priorizando atividades de apoio a escolas públicas estaduais. De fato, uma das frentes de ação dessas instituições tem sido o convênio com sistemas estaduais para

ofertar a seus estudantes de ensino médio vagas na educação profissional. Essa oferta é gratuita para os estudantes, mas não para o Estado, pois, como vimos, o Pronatec financia, com recursos públicos, essas vagas.

Em 2013, o MEC instituiu o Sistema de Seleção Unificada da Educação Profissional e Tecnológica (Sisutec), um sistema informatizado gerenciado pelo MEC no qual instituições públicas e privadas de ensino superior e de educação profissional e tecnológica oferecem vagas gratuitas em cursos técnicos na forma subsequente para candidatos participantes do Exame Nacional do Ensino Médio (Enem). Da relação de instituições que ofereceram vagas naquele ano, há uma quantidade significativa de instituições privadas.

Parece, então, que o governo federal escolhe um caminho, entre outros possíveis, para o fortalecimento da educação profissional. Todas as ações induzem a oferta da educação profissional de forma concomitante ou subsequente em todas as redes, públicas ou privadas.

Há também aspectos positivos no programa. Um deles pode ser exatamente a abertura das instituições públicas para os trabalhadores, em virtude da expansão da rede federal de educação profissional e tecnológica, bem como das redes estaduais. Pelo tipo de instituição, conhecimento, infraestrutura, formação dos professores e história, a relação dessas com os sistemas estaduais de ensino é profícua, pois pode provocar, por indução, uma melhoria da qualidade do ensino médio nessas redes. Além disso, uma educação profissional de qualidade também contribui para a formação geral do estudante.

Esta, porém, pode ser uma aposta em um efeito tão marginal do programa que, de fato, se veja na história do país o Estado forte e eficiente subsidiando o capital privado acumulado na produção de baixo valor agregado para o qual se requer força de trabalho barata. Eis o modelo econômico e produtivo de um desenvolvimento desigual e combinado, com medidas sociais que criam o consentimento ativo das massas e reproduz uma falsa ideia do consenso social.

NOTAS SOBRE DESAFIOS HISTÓRICOS DA EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Como demonstramos em outros textos (Ramos & Pereira, 2007; Lima, Ramos & Lobo Neto, 2013), a história da formação de trabalhadores técnicos da saúde no Brasil esteve vinculada, por um lado, aos projetos de desenvolvimento do capitalismo no Brasil e, por outro, às políticas de saúde e de educação que, por sua vez, se relacionaram de forma contraditória, ora de modo unitário, ora em confronto.

Os anos 1980 foram ricos para a sociedade brasileira, por causa da influência de dois movimentos sociais nos rumos das políticas de saúde e de educação no país. De um lado, o Movimento da Reforma Sanitária e, de outro, a luta pela nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB).

Nesse período, realiza-se a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (1986), com o tema “A política de recursos humanos rumo à Reforma Sanitária”. No seu relatório final, aparece como ponto de unanimidade a necessidade de uma articulação mais estreita entre as instituições que prestam serviços e aquelas que formam pessoal da saúde, considerando-se especialmente a falta de objetivos comuns; a inadequação curricular aos serviços e baixa oferta de vagas para a profissionalização no setor Saúde; e distorções entre o perfil do profissional formado e aquele que atenderia às necessidades dos serviços no setor público. Assim, destaca-se a necessidade de viabilizar nos estados “uma articulação interinstitucional para a criação de uma política de recursos humanos com vistas à Reforma Sanitária”, bem como a importância de “que o setor Saúde oriente os conteúdos curriculares a serem implementados pelo sistema educacional” (Brasil, 1986 *apud* Lima *et al.*, 2006: 55).

Caberia indagar o sentido prático dado à intenção de orientar os conteúdos curriculares da formação em saúde implementados pelo sistema educacional no país, no contexto em que parcela importante de educadores brasileiros defendia uma educação de base politécnica e *omnilateral* na perspectiva da educação unitária a ser assegurada pela nova LDB. Nesse mesmo contexto, no âmbito da saúde, tomava corpo a ideia de instituir uma escola na Fundação Oswaldo Cruz, de tipo politécnico, inspirada na experiência cubana dos politécnicos de saúde.

Tornou-se hegemônica na saúde a educação profissional como qualificação técnica de trabalhadores já inseridos no sistema de saúde, segundo um modelo descentralizado e em relação estreita com os serviços. A desvinculação entre formação geral e técnica nessas escolas foi justificada pela natureza propriamente técnica da educação profissional, além do fato de a formação geral ser uma obrigação do MEC e não do Ministério da Saúde. A isso se acrescenta a resistência dos secretários de saúde em criar escolas técnicas por causa do custo, que, segundo eles, não poderia ser aumentado com a inclusão da formação geral. Finalmente, o grande número de profissionais a ser formado é também apontado como outro obstáculo para que essa função seja assumida pelo Ministério da Educação.

A hegemonia desse pensamento e das correspondentes práticas certamente levou o setor Saúde a se adequar com certa agilidade à reforma educacional implementada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, que tornou a educação profissional técnica independente da educação básica (ainda que exigissem certos pré-requisitos) e instituiu currículo baseado em competências (Ramos, 2001, 2010). Se, por um lado, a reforma ajudou a legitimar a formação realizada pelas escolas técnicas do SUS (ETSUS) de qualificação não integrada à educação básica, por outro, contribuiu para a grande expansão da oferta de educação profissional técnica de nível médio por instituições privadas. Nesse momento, não se defendia mais o vínculo entre educação e desenvolvimento, mas sim a educação como requisito da empregabilidade, mediante o desenvolvimento permanente de competências demandadas pelo mercado flexível de trabalho.

Certamente o empresariado do ensino lucrou com essas medidas, as quais, por sua vez, não se confrontaram com a importante contradição do SUS referente à convivência coordenada entre serviços privados e as funções públicas do sistema. Perguntamos, então, quanto as políticas de educação profissional em saúde contribuíram para a adequação da formação humana a um projeto social conformado pela lógica dependente.

O projeto de educação politécnica e *omnilateral* dos trabalhadores da saúde permaneceu na contra-hegemonia, enquanto se manteve uma autonomia relativa da política de educação profissional em saúde em relação aos principais debates e embates no interior do setor educacional. Hoje, num contexto em que se retomam vínculos entre educação e desenvolvimento, aquele projeto ocupa espaço nesses debates, mas também não teve nenhuma centralidade, nem mesmo nos governos inicialmente comprometidos com as lutas sociais (os dez anos de governo do PT).

Do lado da saúde, a ênfase no Pronatec parece ser funcional, mais uma vez, à hegemonia privatista e ao sentido estritamente econômico da formação de seus trabalhadores. Em contraposição, caberia discutir quantos novos desafios e oportunidades não traria a expansão da rede federal, produzindo um novo contexto em que, juntamente com as ETSUS, a formação técnica de trabalhadores da saúde pudesse ser ética, científica e politicamente fortalecida pelo poder e pela ação pública. Talvez pensar na relação entre essas possibilidades e as disputas que ainda se travam na sociedade em torno do modelo de desenvolvimento seja válido para acirrar contradições relevantes na luta pela transformação social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo não tratamos de nenhum projeto de desenvolvimento, de educação ou de saúde propriamente revolucionários, mas destacamos algumas disputas que se travam nos limites do sistema capitalista. Não obstante, algumas perguntas lhe estão subjacentes. A primeira é se, de fato, devemos abandonar qualquer perspectiva de desenvolvimento econômico e social por este levar, necessariamente, ao aprofundamento da dependência.

Perguntamos se seria possível, ainda, disputar, não o compromisso dos empresários com um projeto de desenvolvimento nacional-popular, mas a correlação de forças na sociedade no intuito de garantir direitos sociais e centralizar na esfera pública as decisões econômicas. Segue-se a esta questão se, e quanto, uma luta assim configurada, à medida que visa à dilatação ao máximo do caráter público da produção e da distribuição de bens e serviços, pela participação ampliada da classe dominada tanto no Estado *stricto sensu* quanto na sociedade civil, pode acirrar contradições fundamentais da relação capital-trabalho.

A disputa pela educação pública, incluindo-se a profissional, é uma mediação fundamental nesse processo, e ela se vincula, mediatamente, às disputas de projetos

de desenvolvimento econômico e social e às tensões ético-políticas que tais projetos suscitam. No caso da saúde, talvez esses desafios se acirrem por se tratar da produção da vida, um bem que não se adquire em mercado algum.

REFERÊNCIAS

- BARBOSA, N. & SOUZA, J. A. P. A inflexão do governo Lula: política econômica, crescimento e distribuição de renda. *In: SADER, E. & GARCIA, M. A. (Orgs.). Brasil: entre o passado e o futuro.* São Paulo: Boitempo, 2010. Disponível em: <<http://nodocuments.files.wordpress.com/2010/03/barbosa-nelson-souza-jose-antonio-pereira-de-a-inflexao-do-governo-lula-politica-economica-crescimento-e-distribuicao-de-renda.pdf>>. Acesso em: 12 fev. 2011.
- BRAGA, R. *A Política do Precariado: do populismo à hegemonia lulista.* São Paulo: Boitempo, 2012.
- BRESSER-PEREIRA, L. C. Desenvolvimentismo: ideologia do desenvolvimento econômico dos países retardatários. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, 12(392): 8-9, 2012.
- CARDOSO, M. L. *Ideologia do Desenvolvimento no Brasil JK-JQ, 1972.* Tese de Doutorado em Sociologia, São Paulo: Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- CARDOSO, M. L. Sobre a teorização do capitalismo dependente em Florestan Fernandes. *In: FÁVERO, O. (Org.). Democracia e Educação em Florestan Fernandes.* Campinas, Niterói: Autores Associados, Eduff, 2005.
- CARCANHOLO, M. Neoconservadorismo com roupagem alternativa: a Nova Cepal dentro do Consenso de Washington. *In: CASTELO, R. (Org.). Encruzilhadas da América Latina no século XXI.* Rio de Janeiro: Pão e Rosas, 2010.
- CARVALHO, F. C. A importância da indústria para o desenvolvimento no Brasil. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, 12(392): 14-15, 2012.
- CASTELO, R. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. *Revista de Serviço Social*, 112: 613-636, 2012a.
- CASTELO, R. Um *check-up* do neoliberalismo brasileiro no século XXI. Rio de Janeiro, 2012b. (Mimeo.).
- IANNI, O. *Estado e Planejamento Econômico no Brasil.* Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1971.
- FERNANDES, F. *Capitalismo Dependente.* Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- FERNANDES, F. *A Revolução Burguesa no Brasil: ensaio de interpretação sociológica.* São Paulo: Globo, 2006.
- FIORI, J. L. O desenvolvimentismo de esquerda. *Carta Maior.* São Paulo, 1º mar. 2012. Disponível em: <www.cartamaior.com.br/templates/colunaMostrar.cfm?coluna_id=5495>. Acesso em: 10 jul. 2015.
- KHAIR, A. Um modelo de desenvolvimento baseado no consumo. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, 12(392): 16-17, 2012.

- KUPFER, D. Desenvolvimento é crescimento com mudança estrutural. *Revista do Instituto Humanitas Unisinos*, 12(392): 18-20, 2012.
- LIMA, J. C. F; RAMOS, M. N. & LOBO NETO, F. J. S. Regulamentação profissional e educacional em saúde: dos anos 1930 ao Brasil contemporâneo. In: MOROSINI, M. V. G. C. et al. (Orgs.). *Trabalhadores Técnicos da Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2013.
- LIMA, J. C. F. et al. *Memória da Educação Profissional em Saúde: anos 1980-1990*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006. Disponível em: <www.observearh.org.br/observearh/repertorio/Repertorio_ObserveRH/EPSJV-FIOCRUZ/Memorias_educacao_profissional.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.
- MARINI, R. M. Dialética da dependência. In: SADER, E. (Org.). *Dialética da Dependência: uma antologia da obra de Ruy Mauro Marini*. Petrópolis, Buenos Aires: Vozes, Clacso, 2000.
- OLIVEIRA, F; BRAGA, R. & RIZEK, C. S. (Orgs.). *Hegemonia às Avessas: economia, política e cultura na era da servidão financeira*. São Paulo: Boitempo, 2010.
- PRADO JÚNIOR, C. *A Revolução Brasileira*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 2004.
- PRADO JÚNIOR, C. *Formação do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 2007.
- RAMOS, M. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação*. São Paulo: Cortez, 2001.
- RAMOS, M. *Trabalho, Educação e Correntes Pedagógicas no Brasil: um estudo a partir dos trabalhadores técnicos da saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Editora UFRJ, 2010.
- RAMOS, M. & PEREIRA, I. *Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- SINGER, A. Raízes sociais e ideológicas do lulismo. *Novos Estudos Cebrap*, 85: 83-102, 2009.

Trabalho e Educação Profissional em Saúde no Brasil

Júlio César França Lima

Este texto tem como objetivo tratar da conformação da educação profissional em saúde no Brasil e as diversas iniciativas que, a partir da segunda metade do século passado, foram viabilizadas a fim de qualificar os trabalhadores técnicos da saúde, entendidos aqui como aqueles que exercem atividades técnico-científicas na área da saúde. A noção não se restringe à escolaridade dos trabalhadores como frequentemente se faz, isto é, não se considera técnico somente aquele que detém o ensino médio completo.

A discussão em torno da educação profissional em saúde no país tem uma longa trajetória, que se inicia no período colonial-escravista e se estende até os dias atuais, em que predomina o modo de acumulação de capital comandado pelo capital financeiro (Lima, 2013; Lima, Ramos & Lobo Neto, 2013). Nesse período histórico a tendência predominante é o progressivo privilegiamento do tempo de formação escolar em detrimento do tempo de formação prática e a substituição progressiva dos práticos de saúde pelos auxiliares de diversas categorias e destes pelos técnicos de saúde de nível médio. Na segunda metade do século passado, em que pese a polarização das qualificações em saúde, a necessidade de formação escolar e profissional para o conjunto dos trabalhadores técnicos de saúde se torna irreversível, principalmente a partir da década de 1990 e nos anos iniciais do século XXI.

Parte-se aqui da compreensão de que o aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos de saúde não é determinado exclusivamente pelas mudanças do processo de trabalho em saúde, mas pelas mudanças nas relações sociais que acompanharam o

processo de “modernização conservadora” no país, num primeiro momento, e que acompanha atualmente o processo pautado pelo neoliberalismo da Terceira Via, pela financeirização da economia e pela aceleração da difusão das tecnologias de informação e comunicação (TICs). São esses processos considerados em sua totalidade que exigem o domínio do saber científico do conjunto da população e, especificamente, dos trabalhadores técnicos.

Essas mudanças na configuração da educação escolar desses trabalhadores serão tratadas aqui tendo como referência os conceitos de trabalho simples e trabalho complexo, formulados originalmente por Marx (1988). Esses conceitos se referem à divisão social do trabalho, isto é, a totalidade diversificada de trabalhos úteis existentes nas sociedades, que se diferem em gênero, espécie, família, subespécie e variedade. O trabalho complexo caracteriza-se por ser de natureza especializada, “é a exteriorização de uma força de trabalho na qual entram custos mais altos de formação, cuja produção custa mais tempo de trabalho [e de formação] e que, por isso, tem valor mais elevado que a força de trabalho simples” (Marx, 1988: 155). Ao contrário, o trabalho simples é de natureza indiferenciada, ou seja, “é dispêndio da força de trabalho simples que em média toda pessoa comum, sem desenvolvimento especial, possui em seu organismo físico” (Marx, 1988: 51). Embora presentes em qualquer sociedade, esses conceitos têm a sua natureza determinada historicamente, segundo a especificidade de cada formação social e do estágio da divisão social do trabalho alcançado pelas sociedades em seu conjunto.

Na sociedade capitalista, ambos os conceitos estão envolvidos com a produção de valor de uso (trabalho concreto) e com a produção do valor (trabalho abstrato) e, nessa última condição o “trabalho mais complexo vale apenas como trabalho simples potenciado ou, antes, *multiplicado*, de maneira que um pequeno quantum de trabalho complexo é igual a um grande quantum de trabalho simples” (Marx, 1988: 51, destaque do original). Com o desenvolvimento do capitalismo, os trabalhos complexos e simples vão reconfigurando as suas características com base na divisão técnica do trabalho e da decorrente hierarquização das funções do trabalhador coletivo. Essa reconfiguração está relacionada às necessidades do constante aumento da produtividade do processo de trabalho e das necessidades de conformação ético-política da força de trabalho às mudanças das relações sociais capitalistas (Lima, Neves & Pronko, 2009a).

Existe um patamar mínimo de escolarização para o trabalho simples em cada formação social concreta. Esse patamar se redefine ao longo do tempo de acordo com o estágio de desenvolvimento das forças produtivas, das relações sociais de produção e da sua inserção na divisão internacional do trabalho, especialmente no que diz respeito à produção e difusão da ciência e da tecnologia. O grau de generalização da formação para o trabalho complexo em cada formação social concreta, depende, em grande parte, do lugar ocupado pela sociedade na divisão internacional do trabalho.

Nos primórdios do capitalismo industrial, o trabalho simples tinha um caráter eminentemente prático: o local de trabalho era ao mesmo tempo o local de sua formação. O trabalho complexo, por outro lado, era realizado por um pequeno número de trabalhadores que, desde a época da cooperação simples, assumem as funções de controle e supervisão do trabalho para o capital – denominados por Marx de “oficiais superiores industriais” e “suboficiais” –, e de manutenção da maquinaria, que tinham formação superior ou dominavam um ofício. Os demais trabalhadores especializados, nesse período, eram formados predominantemente em instituições superiores, mas que não vinculavam a escolarização às demandas mediatas e imediatas da produção.

Com o capitalismo monopolista, à medida que a produção material e simbólica da existência se racionaliza com o emprego diretamente produtivo da ciência e à medida que o trabalhador coletivo necessita de adaptação aos valores e práticas da cultura urbano-industrial, criam-se novas exigências para a formação para o trabalho simples e para o trabalho complexo. Do primeiro exige-se cada vez mais um local específico para a sua formação: a escola; do segundo, o domínio cada vez mais especializado do conhecimento científico-tecnológico. De maneira geral, ao longo do tempo requerem-se alterações periódicas no conteúdo e na forma de preparação tanto para o trabalho simples como para o complexo, principalmente com a consolidação do capitalismo monopolista no decorrer do século XX.

Segundo Neves e Pronko (2008), a generalização da formação para ambos os tipos de trabalho, durante o século XX, se acelerou a partir do momento em que o Estado capitalista assumiu a organização dos sistemas de ensino, seja para garantir o aumento da produtividade da força de trabalho, seja para atender às pressões da população urbana por acesso à educação escolar.

Com a generalização do emprego diretamente produtivo da ciência foram-se definindo dois ramos de ensino para a formação para o trabalho complexo: o ramo científico e o ramo tecnológico. O primeiro ramo propicia uma formação de base científico-filosófica, mediatamente interessada na utilização produtiva do conhecimento, e confere um passaporte para as funções de direção da sociedade.

O segundo ramo fornece os princípios científico-tecnológicos da técnica de forma mais imediatamente interessada na utilização produtiva do conhecimento e formando especialistas e dirigentes no âmbito da produção. Desse ponto de vista, Neves e Pronko (2008) chamam a atenção para o fato de que a escolarização tecnológica não deve ser confundida com as atividades de formação técnico-profissional, que as autoras identificam com o treinamento em serviço, isto é, com o desenvolvimento de habilidades específicas voltadas para sua aplicação direta na produção de bens ou serviços.

Nesse processo de inserção científica direta na produção da existência, sob a direção do capital, a educação científica foi progressivamente se configurando de forma mais pragmática, mais atrelada à produção social

da existência, enquanto a educação tecnológica foi se afastando cada vez mais do sentido unitário e integrado preconizado por Marx e Gramsci e, portanto, da sua feição emancipatória, e subordinando a transmissão dos fundamentos tecnológicos aos requerimentos sempre crescentes de maior produtividade do próprio capital. (Neves & Pronko, 2008: 28)

Para as autoras, com as atuais mudanças qualitativas na produção capitalista da existência que se configuram na difusão das novas TICs, no uso da microeletrônica, nas demandas por novos conteúdos e formas de organização material e simbólica da vida e a consolidação da hegemonia econômica, política e cultural da burguesia mundial, esboçam-se novas tendências para a formação para o trabalho simples e complexo.

É com base nessas referências que será usado esse par de conceitos – trabalho simples e trabalho complexo – para orientar a análise sobre a educação profissional dos trabalhadores técnicos da saúde no contexto do capitalismo dependente, buscando relacioná-la com as políticas de educação e, principalmente, de saúde. Segundo Fernandes (2009), o capitalismo dependente é uma forma específica de capitalismo de desenvolvimento desigual e combinado em que as burguesias locais se associam de forma subordinada às burguesias dos centros hegemônicos do sistema capital. Nas palavras do autor, a dependência

Não é mera “condição” e “acidente”. A articulação estrutural de dinamismos externos e internos requer uma permanente vantagem estratégica do polo econômico hegemônico, aceita como *compensadora, útil e criadora* pelo outro polo. (...) Quando se dá a eclosão do mercado moderno, a revolução comercial ou a revolução industrial, os parceiros internos se empenham em garantir as condições desejadas pelos parceiros externos, pois veem em seus fins um meio para atingir os seus próprios fins. Não que considerem incapazes de “montar o jogo”: pensam que usando tal método tornam o processo mais “lucrativo”, “rápido” e “seguro”. Privilegiam, assim, as vantagens relativas do polo dinâmico mais forte porque “jogam nelas” e pretendem realizar-se através delas. (...) Essa é a ética e a racionalidade do capitalismo dependente. (Fernandes, 2009: 60, destaque do original)

Não se trata aqui de considerar o trabalho realizado pelos trabalhadores técnicos da saúde como simples, particularmente considerando que lida com a vida e a morte e com eventos inesperados que podem ocorrer no momento da assistência em saúde que, inclusive, relativizam o nível de escolaridade de cada trabalhador individual. Trata-se, isto sim, de relações sociais que sob o capitalismo visam elevar a força produtiva do trabalho por meio da divisão sistemática do processo de trabalho e, conseqüentemente, da desvalorização dessa mesma força pela diminuição dos custos de formação.

Este capítulo está organizado em três seções: na primeira, abordam-se a formação e consolidação da *burguesia de serviços de saúde*, o *boom* da regulamentação educacional e a polarização das qualificações em saúde nos anos 1970. A segunda parte é um diálogo entre o Projeto Larga Escala e a concepção politécnica de ensino

nos marcos dos anos 1980, período de democratização da sociedade brasileira e ascensão do movimento da Reforma Sanitária. Finalmente, na última parte, apontam-se as mudanças que ocorrem na área da saúde a partir da segunda metade dos anos 1990, a reorganização e fortalecimento da *nova* burguesia de serviços de saúde, a entrada da área da saúde na órbita da financeirização da economia e as tendências atuais para a educação profissional em saúde.

FORMAÇÃO E CONSOLIDAÇÃO DA BURGUESIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE: O *BOOM* DA REGULAMENTAÇÃO EDUCACIONAL DOS TÉCNICOS DE SAÚDE E A POLARIZAÇÃO DAS QUALIFICAÇÕES EM SAÚDE

Os estudos sobre o setor Saúde pós-1945 (Braga & Paula, 1981; Oliveira & Teixeira, 1986; Bahia, 2005) apontam, em primeiro lugar, para a mudança de orientação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que substituem, a partir de 1930, as Caixas de Aposentadorias e Pensões e que estão na base do desenvolvimento da medicina previdenciária no país. A partir de 1945, abandonam-se as teses contencionistas e o regime de capitalização até então defendido, substituindo-o pelo regime de repartição, ou seja, a previdência repassa aos segurados, na forma de benefícios pecuniários e de serviços, o total da receita arrecadada. Ao mesmo tempo, passa-se a sustentar que a previdência despendia muito dinheiro com benefícios por doença e invalidez e que, portanto, serviços médicos assistenciais e de recuperação poderiam não só diminuir essas despesas mas ainda aumentar a receita, pelo retorno mais rápido dos segurados em benefício à situação de segurados ativos.

Em segundo lugar, observa-se a ampliação do número de hospitais próprios, além de dezenas de ambulatórios por todo o país. Se até 1948 não existiam mais do que cinco hospitais próprios dos IAPs, em 1950 eles somavam nove; em 1966 eram 28 e, em 1978, 32 – o que faz com que período de 1945 a 1966, quando se deu a unificação dos IAPs, a partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), seja caracterizado como momento do verdadeiro *boom* de expansão do setor próprio da assistência médica previdenciária. Os serviços médicos passaram a ser pensados em termos amplos e não mais como algo provisório, complementar, secundário ou subsidiário.

Os estudos mencionados anteriormente atestam, finalmente, que a expansão da medicina previdenciária não ocorre à margem ou de forma contrária aos interesses privados no interior do setor Saúde. Em 1950, 53,9% dos leitos hospitalares existentes no país já eram privados, e em 1960 o percentual era de 62,1%, dos quais 14,4% pertenciam a entidades com fins lucrativos, delineando a partir daí uma tendência à predominância do setor empresarial lucrativo sobre o religioso, filantrópico e mutualista. Ou seja, ao mesmo tempo que se expandia a medicina previdenciária, já se montava no país uma forte estrutura de base hospitalar de natureza privada. A partir dos anos 1950, a rede privada conheceria as maiores taxas de crescimento,

abandonando pouco a pouco o seu caráter filantrópico, em favor do critério da lucratividade. Verifica-se em todo o país, no período de 1946 a 1964, que enquanto o número de hospitais privados aumentou de 1.305 para 2.390, o de hospitais públicos foi constante (442 em 1946 e 457 em 1964).

Diante dessa expansão fenomenal de hospitais, em 1954, a lei n. 2.367, de 7 de dezembro de 1954, permitiu a abertura de cursos volantes ou cursos de emergência para a formação de auxiliares de enfermagem, pelo período de dez anos, em todo o país. Essa lei autorizou a organização dos cursos não só às escolas de enfermagem oficiais ou reconhecidas, mas também a departamentos educacionais ou sanitários. Nos locais onde não existissem escolas, permitia também que os cursos fossem organizados em hospitais, desde que oferecessem condições para o ensino, exigindo pelo menos um enfermeiro no corpo docente e prevendo *auxílio* às escolas oficiais e *subvenções* às escolas privadas, além de bolsas aos estudantes.

Segundo estudos da Associação Brasileira de Enfermagem, em 1956 já existiam 41 cursos em funcionamento e oito haviam pedido autorização para funcionar, totalizando, no fim da década, 67 cursos no país. Na sua maioria eram cursos mantidos por entidades privadas, grande parte das quais incluía, entre suas finalidades assistenciais, a manutenção dos hospitais. Esse aspecto revela não só a importância do hospital como centro da educação e de prática, mas também a concepção de que as escolas de enfermagem existiam para prover o hospital, de forma imediata, de pessoal de enfermagem necessário ao trabalho hospitalar, vigente até hoje (Carvalho, 1976; Silva, 1986).

No plano internacional, o que caracteriza o pós-Segunda Guerra é o papel intervencionista cada vez maior do Estado na regulação da economia, na mediação das relações capital-trabalho e, de modo mais geral, na vida social. O fordismo, base do longo período de expansão capitalista do pós-guerra, até meados de 1973, para Harvey (1998), tem de ser entendido menos como um sistema de produção em massa do que como um modo de vida total. A produção em massa significava padronização do produto e consumo de massa, mas também implicava uma nova estética, a mercadificação da cultura, um novo tipo de trabalhador e de homem mais cooperativo, e dependia para sua expansão de uma maciça ampliação dos fluxos de comércio mundial e de investimento internacional.

Desse modo, uma nova divisão internacional do trabalho começa a solapar a antiga, com a crescente oligopolização e internacionalização da economia, acompanhada da difusão mundial do modelo de produção fordista, que encontra nesse momento as condições para sua consolidação, e da revolução tecnológica que então se verifica com a produção de novos produtos, em especial da indústria farmacêutica.

A partir de então, as novas relações de produção não se definem mais pela exportação de capitais, mas pela internacionalização do capital, com o surgimento de empresas multinacionais cada vez mais poderosas e a crescente oligopolização do

mercado. Ou seja, a expansão para fora não se dá fundamentalmente pelo comércio, mas sobretudo pela instalação de filiais dos grandes oligopólios nos diversos países ou, na verdade, pelo comércio entre matrizes e filiais.

O surgimento das teorias do desenvolvimento ou da ideologia desenvolvimentista, particularmente na América Latina e no Brasil, não pode ser dissociado desse contexto político pós-Segunda Guerra Mundial e da disputa entre os Estados Unidos e a ex-União Soviética pela liderança internacional. A disseminação da teoria do *capital humano* para os países *subdesenvolvidos* está associada ao papel dos Estados Unidos como organizadores e líderes do sistema capitalista mundial no pós-guerra. No interior das diferentes formações sociais latino-americanas, o desenvolvimentismo passa a constituir a ideia matriz de recomposição e rearticulação da hegemonia americana, na perspectiva de modernização das relações de produção, tendo em vista a crescente mecanização e automação, a ampliação de inversões de capital em grandes unidades de produção e, em decorrência disso, pelas próprias mudanças que se verificam no processo de trabalho.

A teoria do capital humano como teoria do desenvolvimento, no âmbito das relações internacionais, vai sustentar nesse momento uma concepção linear na qual o processo de desenvolvimento é tratado como um *continuum* do *subdesenvolvido* a *em desenvolvimento* e, finalmente, ao *desenvolvido*. As diferenças entre os países são vistas assim como decorrentes de etapas distintas de crescimento, e sua aceleração é possível desde que se utilizem técnicas mais eficientes e racionais de intervenção na realidade. Para essa teoria, a produtividade baseada no estoque de capital físico e de trabalho explicava apenas uma parcela do crescimento econômico, levantando a hipótese de que o “resíduo” desse crescimento poderia ser atribuído ao investimento no *fator H* ou *capital humano*, que engloba educação formal, treinamento, saúde etc. Do ponto de vista macroeconômico, o investimento em *capital humano* passa a significar um elemento determinante para o aumento da produtividade e de superação do atraso econômico. No nível microeconômico, passa a explicar as diferenças individuais de produtividade e de renda, consequentemente de mobilidade social.

A ideia-chave é que a um acréscimo marginal de instrução, treinamento e educação corresponde um acréscimo marginal de capacidade de produção. Ou seja, a ideia de capital humano é uma “quantidade” ou um grau de educação e de qualificação, tomado como indicativo de um determinado volume de conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas, que funcionam como potencializadoras da capacidade de trabalho e de produção. Desta suposição deriva-se que o investimento em capital humano é um dos mais rentáveis, tanto no plano geral do desenvolvimento das nações quanto no plano da mobilidade individual (Frigotto, 1995: 41).

O conceito de *capital humano*, por um lado, estabelece no plano econômico o nivelamento entre capital constante e capital variável (força de trabalho) na produção do valor, e ao fazer esse movimento põe o trabalhador assalariado como um duplo

proprietário: da força de trabalho, adquirida pelo capitalista, e de um capital – quantidade de educação ou *capital humano* – adquirido por ele. Por outro, reduz a concepção de educação – na escola ou fora dela – ao enfocá-la pelo prisma do fator econômico e não da estrutura econômico-social. A educação e a qualificação profissional, de práticas sociais, históricas, políticas e técnicas, são reduzidas a fatores da produção, potenciadoras do fator trabalho. Desse modo, também são reduzidas à mera função técnica de formar recursos humanos definidos pelos critérios de mercado e tecnologias educacionais, desenvolvendo-se a partir daí uma perspectiva tecnicista da educação que, no Brasil, vai se configurar após a aprovação da lei n. 5.692, de 11 de agosto de 1971, que reorganiza o ensino de Primeiro e Segundo Graus e torna a profissionalização compulsória, só revogada com a lei n. 7.044, de 18 de outubro de 1982. A solução era *tecnificar a educação*, ou seja, conceber o sistema educacional como uma empresa de ensino, transformando-o numa *máquina de ensinar* por meio da utilização de técnicas e de máquinas que haviam produzido bons resultados no interior da indústria.

Por essa teoria também se insere a saúde no quadro dos problemas *legítimos* em economia e se tenta efetuar análises macroeconômicas das questões de saúde, levando em consideração as múltiplas influências sociais sobre o estado de saúde da população, mas não se consegue aprofundá-las. Isso decorre do próprio instrumental teórico do pensamento neoclássico que, ao restringir a análise às categorias *operacionalizáveis*, faz com que os níveis de saúde e seus determinantes sejam entendidos como fatores relacionados ao *ambiente externo*.

É nestas tentativas que vêm à luz claramente as limitações da análise neoclássica: saúde é vista como capacidade de desempenho das funções produtivas; saúde, analiticamente, não é vista como sendo determinada pela estrutura socioeconômica; a melhoria de saúde é vista como uma função direta da estrutura de atenção à saúde; e nesta, não se vê o movimento do capital. (Braga & Paula, 1981: 23)

A partir daí o pensamento neoclássico reduz a questão da saúde à análise dos serviços de saúde, atribuindo-lhe, na prática, as determinações dos níveis de saúde da população. A preocupação central se volta para a eficiência e a administração dos serviços, visando avaliar os seus efeitos em termos do desempenho da atividade econômica, do ganho em termos de tempo de trabalho, de produtividade etc. para a produção do *capital humano*. Ao ganhar em *eficiência*, o setor ganha também maiores dimensões econômicas e financeiras principalmente com a construção do *welfare state* nos países capitalistas centrais, assumindo importância como fator de mobilização de recursos. Crescem no seu rastro as indústrias de medicamentos e equipamentos médicos. Sobre isso, Braga e Paula (1981: 151) asseveram que

daquele momento [em diante] a prática médica deixava de ser a ação de um indivíduo isolado; transformava-se numa complexa cadeia que envolvia grande número de técnicos e instituições, mobilizando grande volume

de recursos financeiros. Esta transformação – iniciada, ou pelo menos reforçada, pela constituição da moderna indústria farmacêutica – estimulava o crescimento de diversas indústrias correlatas, produtoras de equipamentos, instrumentos, materiais, medicamentos etc. Ao mesmo tempo, expandia-se o sistema de formação de recursos humanos diferenciados e desenvolviam-se inúmeras pesquisas científicas e tecnológicas. No centro deste sistema, estava o hospital.

Sob a lógica dessa teoria desenvolvem-se os estudos sobre economia da educação e economia da saúde e a noção de recursos humanos em saúde, referendada pela *Carta de Punta del Este*, em agosto de 1961, elaborada no contexto da Aliança para o Progresso. Com a generalização do modelo fordista de organização do trabalho e a crescente aplicação da ciência nos diversos setores da vida econômica, inclusive nos serviços, a tendência geral foi o aprofundamento e desenvolvimento de maior racionalização e padronização das tarefas, a especialização médica, o assalariamento e a lógica parcelar do trabalho em saúde. O pós-guerra assinala assim o momento de ruptura da medicina com uma prática eminentemente liberal.

No Brasil, o capitalismo monopolista se instala na segunda metade dos anos 1950, no quadro de uma industrialização pesada e acelerada pela execução do Plano de Metas do presidente Juscelino Kubitschek (1956-1961), que determina opções econômicas comprometidas com a internacionalização da economia, a inovação tecnológica, a produção em larga escala e a competitividade dos produtos no mercado externo.

Segundo Mello (1990), ao contrário do período 1933-1955, no qual predominou uma industrialização restringida, entre 1956-1961, houve

uma verdadeira “onda de inovações” schumpeteriana: de um lado, a estrutura do sistema produtivo se alterou radicalmente, verificando-se um profundo “salto tecnológico”; de outro, a capacidade produtiva se ampliou muito à frente da demanda preexistente. Há, portanto, *um novo padrão de acumulação*, que demarca uma nova fase, e as características da expansão delineiam um *processo de industrialização pesada*, porque este tipo de desenvolvimento implicou um crescimento acelerado da capacidade produtiva do setor de bens de produção e do setor de bens duráveis de consumo antes de qualquer expansão previsível de seus mercados. (Mello, 1990: 117, destaques do original)

Para Ianni (1991), também ocorreu nesse período uma transformação qualitativa na economia brasileira, no sentido de que não houve apenas substituição de importações, mas diferenciação interna do sistema econômico. A opção do Estado foi acelerar o desenvolvimento econômico, particularmente a industrialização, e impulsionar o setor privado nacional e estrangeiro. Mas essa transformação qualitativa, longe de significar um desenvolvimento econômico autossustentado, ampliou e aprofundou a internacionalização da economia e, conseqüentemente, as relações de dependência externa. A expansão verificada foi comandada fundamentalmente pelo Estado e pelo “novo” capital estrangeiro, que se transfere na forma de capital produtivo, com o

apoio do capital industrial nacional, que também experimentou uma forte expansão. O Estado atua nessa fase investindo maciçamente em infraestrutura e nas indústrias de base sob sua responsabilidade, ou seja, atuando como empresário e estabelecendo as bases de associação com a grande empresa oligopólica estrangeira por meio da definição do esquema de acumulação e concedendo generosos favores.

O Plano de Metas de Juscelino Kubitschek visava transformar a estrutura econômica do país pela criação da indústria de base e a reformulação das condições reais de interdependência com o capitalismo mundial. Surgiu de várias confluências, abrangendo os setores de energia, transportes, alimentação e indústria de base. Ao todo, somavam-se trinta metas, incluindo o programa de formação de pessoal técnico, particularmente para a indústria automobilística, empreendimento que sobrepujou todos os outros. Contudo, com o desenvolvimento do modo de produção capitalista no Brasil, desenvolveram-se também tanto as relações de produção ou as forças produtivas – capital, força de trabalho, tecnologia e a divisão social do trabalho – como o conjunto da estrutura social, particularmente a estrutura de classes sociais. A própria cultura transformou-se com o desenvolvimento de novas formas de pensar e agir, fazendo avançar assim a hegemonia da cultura urbana sobre a cultura agrária.

Essas mudanças qualitativas também reconfiguram o setor Saúde. Nesse processo começa a se organizar o complexo médico-industrial, ou a tendência de integração entre o Estado, as empresas médicas e as empresas industriais em saúde, o que corresponderá a uma avançada organização capitalista do setor.

O que define a *capitalização da medicina* é exatamente o processo pelo qual o Estado, com os recursos previdenciários, assegura a ampla predominância da empresa privada (clínicas e hospitais particulares) na prestação dos serviços de saúde, o que leva à constituição de empresas capitalistas no setor e conseqüentemente à maior tecnificação do ato médico, ao assalariamento em larga escala dos trabalhadores da saúde e a uma maior divisão técnica do trabalho. A articulação da medicina com o mundo da produção de mercadorias se aprofunda com a ampla utilização dos medicamentos produzidos pela indústria farmacêutica, com seus produtos sempre renovados e a incorporação de uma variedade de equipamentos, máquinas e insumos produzidos por diversos setores industriais, que ao serem consumidos completam o ciclo de valorização do capital.

Essa articulação iria permitir que o setor de atenção médica no Brasil aumentasse de importância econômica, mobilizando um volume cada vez maior de recursos e uma crescente acumulação de capital em seu interior, e ao mesmo tempo o aumento da dependência externa, na forma de controle do capital, da tecnologia empregada e da importação de equipamentos e matérias-primas.

Segundo Braga e Paula (1981), no período de dez anos (1956-1966) cresce de maneira importante o volume de recursos para a assistência médica com financiamento baseado fundamentalmente na arrecadação previdenciária; a assistência médica é

cada vez mais realizada por instituições privadas; o padrão de organização centrado no hospital segue o das sociedades industrializadas, com elevado grau de utilização de equipamentos e fármacos, e com a especialização crescente de mão de obra; e a tecnologia incorporada, tanto na produção dos serviços como na produção de insumos, é uma tecnologia de ponta. Portanto, a partir desse momento, a prática médica vai deixando de ser artesanal ou manufatureira – prestada pelo médico isolado e por serviços bastante simplificados – e passa a assumir características de grande indústria – papel desempenhado pelo hospital moderno.

Trata-se, assim, de um processo que configura, antes mesmo do golpe militar de 1964, não só a privatização, mas também a legitimação da segmentação das demandas, segundo a condição de renda e não quanto aos problemas de saúde dos segurados (Bahia, 2005). Nesse processo, podem-se identificar dois marcos institucionais importantes, a partir dos quais se radicaliza a integração entre Estado, empresas de serviços médicos e empresas industriais: a unificação dos IAPs no INPS (decreto n. 72, de 21 de novembro de 1966), e a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) (lei n. 6.025, de 25 de junho de 1974). Esses marcos institucionais estão na base da formação e consolidação, respectivamente, do que Oliveira e Teixeira (1986) denominam *burguesia empresarial nacional na área da saúde* e que aqui está sendo tratada como *burguesia de serviços de saúde*.

Com a criação do INPS, essa fração burguesa organiza seus interesses empresariais em torno da Federação Brasileira de Hospitais (hospitais privados), da Associação Brasileira de Medicina de Grupo (empresas médicas) e da Associação Médica Brasileira (cooperativas médicas), capazes de moldar a política de saúde desde então. Esses aparelhos privados de hegemonia disputam o mercado entre si, mas no decorrer do tempo vão sendo adotadas pelo Estado políticas conciliatórias de interesses desses diversos segmentos do complexo médico-empresarial. O objetivo é consolidar a ocupação capitalista na prestação da assistência médica, por meio da integração entre o Estado e o setor privado, tanto no nível do financiamento como no da própria produção dos serviços, criando condições de escala para a expansão capitalista da rede de serviços.

Essa expansão avança a partir das medidas e instrumentos criados para viabilizar o empresariamento da saúde: o convênio-empresa, a contratação de hospitais privados e as cooperativas médicas. A primeira modalidade foi, à época, o segmento mais nitidamente capitalista do complexo médico-empresarial, isto é, o polo mais dinâmico de penetração das relações capitalistas de produção na organização da prática médica. Nessa modalidade, o INPS estabelece convênio com uma empresa contratante pelo qual esta fica responsável pela atenção médica a seus empregados, desobrigando teoricamente o INPS da prestação direta de tais serviços. Ela recebe um subsídio e compra os serviços de uma empresa médica especializada chamada *medicina de grupo*, *grupo médico* ou *empresa médica de pré-pagamento*.

A segunda modalidade – contratação dos hospitais privados – é uma forma de articulação em que os serviços privados de saúde são credenciados para atenderem aos segurados, recebendo pagamento pelos serviços prestados na base de unidades de serviço, a partir de uma tabela de preços elaborada pelo INPS. Essa modalidade passa a ser o principal esteio para a expansão da cobertura, ao mesmo tempo que o seu privilegiamento deu condições para que a prática médica se tornasse altamente lucrativa, além de inserir tal prática na órbita da reprodução do capital das indústrias farmacêutica e de equipamentos médicos. Desse modo, o que ocorre no período é a elevação do número dos hospitais privados, “operados com finalidade lucrativa: 14,4% em 1960; 44% em 1971 e 45,2% em 1975; ao mesmo tempo, vai se dissolvendo – especialmente depois da unificação dos institutos – a diferença entre lucrativos e não lucrativos” (Braga & Paula, 1981: 110).

Finalmente, a última modalidade – cooperativas médicas – é inicialmente uma reação da corporação médica à medicina empresarial. Entretanto, progressivamente, essa modalidade evoluiria para a adoção dos convênios-empresa, gerindo e repassando recursos de forma semelhante às empresas médicas. “Portanto, pretendendo-se colocar à margem da ‘medicina capitalista’, ainda assim, passava a integrar o complexo médico-empresarial e previdenciário” (Cordeiro, 1984: 71), disputando o mercado da clientela potencial – empresas industriais e de serviços – com a mesma lógica assistencial e modalidade de financiamento – o pré-pagamento, com ou sem a interveniência da previdência social.

A consolidação da *burguesia de serviços de saúde*, entretanto, só iria ocorrer após a criação do MPAS. Numa conjuntura internacional e nacional marcada pela recessão dos países capitalistas centrais e pelo esgotamento do “milagre econômico brasileiro” (1968-1973), respectivamente, o Estado brasileiro, por intermédio do MPAS, amplia a cobertura da medicina previdenciária e acelera a política de privatização da assistência médica, tentando contornar, ao mesmo tempo, a crise política do regime militar e a crise social com a crescente incorporação de grupos sociais antes excluídos do cuidado médico. Os instrumentos utilizados para isso foram a criação do Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e do Plano de Pronto Ação (PPA).

O FAS foi criado para dar apoio financeiro aos programas e projetos de caráter social do II Plano Nacional de Desenvolvimento Social (II PND), envolvendo recursos na ordem de 5,6 bilhões de cruzeiros, destinados aos órgãos públicos e empresas privadas, gerenciados pela Caixa Econômica Federal. Na área da saúde, atuou em consonância com a política governamental para o setor, principalmente a partir da criação do PPA.

Segundo levantamento de Braga e Paula (1981), em 1977, considerando as duas áreas sociais mais importantes, do total de recursos destinados à área da educação, 88% destes foram dirigidos ao setor público, enquanto na área da saúde, ao contrário, 79,7% foram para o setor privado, funcionando assim como um importante fundo de financiamento à iniciativa privada. Com empréstimos a juros baixos, o FAS proporcionou

grande impulso à modernização, aquisição de equipamentos e ampliação dos hospitais privados, distorcendo assim um fundo que, destinado a financiar projetos prioritários de interesse coletivo, foi utilizado segundo a lógica da lucratividade.

Com o FAS, fecha-se o ciclo do apoio financeiro governamental ao setor privado de assistência à saúde: com os recursos das contribuições à previdência, paga-se a parte mais substancial do custeio dos serviços de saúde; estes recursos, entretanto, não podem ser usados para financiar a expansão da oferta ou a modernização e melhoria do padrão tecnológico das unidades *privadas*. Definindo-se (...) a prioridade do atendimento via rede privada de saúde, estava posta a necessidade de mobilizar financiamentos. É claro que se poderia apelar para os mecanismos já existentes de financiamento ao capital; entretanto, a carga política que assume a questão da saúde, adicionada à força dos interesses empresariais específicos, levou a que o FAS, na área de saúde, tivesse uma função e comportamento oposto às demais áreas, no que se refere ao corte público/privado dos tomadores de empréstimos. (Braga & Paula, 1981: 131-132, destaque do original)

O PPA, por sua vez, é um conjunto de portarias e regulamentos que visam disciplinar e organizar o funcionamento das diversas modalidades de prática médica vinculadas à previdência social, com o objetivo de viabilizar a expansão de cobertura. Aos hospitais públicos, especialmente os universitários, destinou a prestação de assistência de alta especialização, a pesquisa e o aperfeiçoamento técnico-profissional. A assistência médica em geral seria realizada por meio de convênios com as empresas e por credenciamento de médicos particulares nos subúrbios dos grandes centros urbanos e ainda por cooperativas médicas, além dos convênios com a União, estados e prefeituras (Oliveira & Teixeira, 1986; Cordeiro, 1984).

Com a aprovação do PPA, foi possível tornar uma política já dominante – a assistência médica curativa individual – uma prática universal e predominante. Uma de suas principais resoluções foi garantir o direito de qualquer pessoa, beneficiário ou não da previdência, ao atendimento em caso de emergência em qualquer hospital, cobrindo esses gastos de acordo com a tabela de atos médicos. O PPA facultou ainda ao segurado a opção por instalações especiais nos hospitais particulares contratados, custeadas pelo próprio diretamente, atendendo assim às reivindicações dos produtores privados para incorporar à previdência o consumo das camadas médias.

Mais que isso, com o PPA também ocorre uma mudança na dinâmica da lucratividade do setor privado com a expansão da assistência ambulatorial e dos serviços complementares, do que resulta um novo padrão no desenvolvimento do complexo médico-industrial. Isso porque, todo o processo de *capitalização da medicina*, que ocorre desde os anos 1960, incentivou o hospital – tanto privado como público – a criar uma base técnica cada vez mais articulada com a rede de serviços complementares (dentro e fora do hospital) e com todo o complexo tecnológico do processo de diagnóstico e terapêutica, resultando daí o que Braga e Paula (1981) chamam de *assis-*

tência ambulatorial transformada. Paulatinamente, o setor ambulatorial se torna um segmento dinâmico de acumulação de capital no interior do setor Saúde, fazendo com que as taxas de crescimento de dispêndio com esse tipo de assistência superassem aos poucos os dispêndios com os serviços hospitalares. Entre 1969 e 1976, enquanto os gastos com assistência hospitalar cresceram 184,7%, na assistência ambulatorial a expansão foi de 400%.

Esse crescimento da assistência ambulatorial, após o PPA, ocorreu fundamentalmente nos serviços privados e veio substituindo parcialmente para as empresas médicas a dinâmica da lucratividade, pois é um tipo de assistência que tem um custo menor que a hospitalar, mas não necessariamente uma rentabilidade menor. Portanto, com a constituição de uma base técnica hospitalar, a assistência ambulatorial passou a ser incorporada, em novos termos, à dinâmica capitalista da prestação de serviços, integrando técnica e economicamente o hospital e a rede laboratorial, radiológica etc.

É com base nessas mudanças qualitativas e quantitativas no padrão de organização dos serviços de saúde, e da formação e consolidação da *burguesia de serviços de saúde*, que deve ser entendido o *boom* da regulamentação educacional dos técnicos de saúde que ocorre a partir da década de 1970. De acordo com Girardi (1994) e Girardi, Fernandes Júnior e Carvalho (2000), nessa década, por iniciativa da burocracia sanitária e educacional, das profissões dominantes correlatas ou dos próprios grupos de nível médio, o que se verifica é uma intensa regulamentação no âmbito educacional em diversas áreas: administração hospitalar, análises clínicas, enfermagem, farmácia, nutrição e dietética, radiologia, ótica, reabilitação, saneamento e saúde bucal. No levantamento efetuado sobre a legislação relativa aos trabalhadores de grau médio, os autores constataram que, das 43 profissões de saúde, 33 (77%) obtiveram a regulamentação educacional na década de 1970 e 10 (23%) no fim da década de 1980 ou início dos anos 1990. Tais regulamentações, em sua maior parte, foram emitidas na forma de pareceres do antigo Conselho Federal de Educação (CFE), que, entre outras funções, definia o currículo mínimo profissional e autorizava a abertura de cursos, estabelecendo cargas horárias mínimas, níveis de escolaridade e conteúdos de ensino. O certificado e/ou diploma era emitido para os alunos que cumprissem as exigências profissionalizantes, baseadas, à época, na lei n. 5.692/1971.

Romanelli (2002), no âmbito da discussão sobre o sistema regular de ensino antes da lei n. 5.692/1971, particularmente sobre a oferta de cursos de auxiliares de enfermagem no primeiro ciclo (curso ginásial, atualmente incorporado no ensino fundamental) e no segundo ciclo (curso colegial, atual ensino médio), aponta que, entre 1969 e 1971, o número de cursos do primeiro ciclo praticamente dobra (de 19 para 35 cursos) e ocorre uma expansão da matrícula de quase três vezes (de 877 para 2.590). Os cursos do segundo ciclo aumentam em sete vezes (de dois para 14 cursos), e o número de matrículas se expande em quase seis vezes (de 94 para 546). Verifica-se também que, apesar de em termos absolutos o número de cursos de auxiliares de enfermagem e de matrículas ser bem inferior ao quantitativo dos outros ramos de

ensino, a expansão destes é proporcionalmente muito superior ao que se observa nos cursos dos ramos comercial, normal, industrial e agrícola, nesses dois anos.

Além disso, ainda em 1966, são aprovados os dois primeiros cursos de técnicos de enfermagem no país: o da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) (parecer CEPM n. 171, de 11 de março de 1966) e, logo após, o da Escola de Enfermagem Luiza de Marillac da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio) (parecer CEPM n. 224, de 14 de abril de 1966). Ambos os cursos tinham currículo que abrangia disciplinas de cultura geral e específicas com carga horária aproximada de duas mil horas para todo o curso. Em sua pesquisa, Médici e Paim (1987) indicam que entre 1976 e 1980 houve uma incorporação importante de técnicos de enfermagem, principalmente no setor privado: os postos de trabalho para essa categoria aumentaram de 3.831 para 7.203, ou um incremento bruto de quase 90% acima dos auxiliares e atendentes de enfermagem no período.

Outros estudos, como de Nogueira (1986, 1987), também indicam aumento de escolaridade entre os operadores de equipamentos médicos e os laboratoristas. Mas, ao contrário da área da enfermagem, ocorre uma redução na incorporação desses trabalhadores que pode ser atribuída às modificações na base técnica do trabalho, isto é, ao incremento da produtividade mediante a incorporação de máquinas de revelação automática de filmes de raios X e a automação de testes laboratoriais, respectivamente.

Esse aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos da saúde não foi determinado exclusivamente pelo processo de trabalho, mas pelas mudanças nas relações sociais que acompanharam o processo de *modernização conservadora* no país, exigindo o domínio do saber científico do conjunto da população. Com o golpe militar de 1964, o desenvolvimento do sistema educacional brasileiro esteve profundamente marcado tanto pela expansão e aprofundamento do emprego diretamente produtivo do conhecimento científico quanto pela capacidade de pressão popular de acesso ao saber sistematizado. Para Neves (1991), mesmo que o emprego diretamente produtivo da ciência tenha se combinado com as estratégias de superexploração da força de trabalho por meio do arrocho salarial, o que reduziu a necessidade do domínio do saber abstrato sistematizado pela escola, o avanço das forças produtivas no país demandou a elevação do patamar mínimo do saber científico pela escola. Em suas palavras,

A racionalidade do trabalho invadiu aceleradamente e de modo abrangente, no pós-64, os setores público e privado da produção, a burocracia hipertrofiada do Estado, os serviços industriais e de consumo coletivo e o setor terciário moderno. No campo, pela intermediação do Estado, os históricos latifúndios se transformaram progressivamente em empresas agropecuárias, estabelecendo novas relações de produção que, por sua vez, passaram a exigir novas e diferentes capacidades de trabalho. Dessa forma a lógica científica foi-se espalhando mais intensamente no conjunto das relações sociais, exigindo do conjunto maior de trabalhadores o domínio de novos códigos culturais – a cultura técnico-científica – mesmo que tanto a hete-

rogeneidade estrutural da nossa economia e a fragilidade da organização das massas populares, agora amordaçadas pela ditadura, ainda pusessem à margem desse processo um contingente significativo da nossa população. (Neves, 1991: 95)

No âmbito do processo de trabalho em saúde e, particularmente, no de enfermagem, a progressiva introdução de novos equipamentos médicos de base eletromecânica complexificou o trabalho em alguns setores (cirurgia cardíaca, cirurgia plástica, centro de tratamento intensivo etc.), determinando a necessidade de conhecimentos mais especializados e o aumento do patamar da escolaridade para compreensão de códigos e sinais. Entretanto, a introdução de equipamentos sofisticados na área da saúde não ocorre de forma generalizada em todos os setores, exceto no de material descartável. De maneira geral também não substitui, necessariamente, o trabalho vivo, exceto entre os operadores de equipamentos médicos e os laboratoristas. Ao contrário, muitas vezes cria novas demandas e novos perfis de trabalhadores técnicos da saúde.

Nessa medida, uma análise global da incorporação da força de trabalho em saúde revela que, a partir dos anos 1960, ocorre uma incorporação maciça de trabalhadores de nível elementar, isto é, detentores do ensino primário ou das cinco primeiras séries do atual ensino fundamental. Esse fenômeno não pode ser compreendido dissociado do modelo de desenvolvimento capitalista adotado no Brasil pós-64 esboçado anteriormente, da formação e consolidação da burguesia de serviços de saúde e, conseqüentemente, da grande expansão dos hospitais privados, das profundas alterações verificadas no trabalho em saúde e de certa orientação expressa na IV Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1967 (Brasil, 1967).

A natureza do trabalho em saúde é *trabalho intensivo*, isto é, depende para sua realização do trabalho vivo. Os estudos sobre mercado de trabalho em saúde realizados desde década de 1980 são unânimes em afirmar que os serviços de saúde foram um importante polo de criação de empregos e absorção de mão de obra desde os anos 1960, decorrente dessa natureza e da expansão dos serviços públicos e privados de saúde. Entre 1960 e 1984, a capacidade instalada de leitos hospitalares no país passa de 257.371 para aproximadamente 520 mil leitos. Destes, 22.976 (8,93%) e 211.802 (40,7%) leitos são, respectivamente, do setor público e do setor privado lucrativo, o que revela o dinamismo das instituições privadas no período.

Em 1977, do total de 454.285 trabalhadores em atividades nos estabelecimentos hospitalares (excetuando-se os trabalhadores administrativos), 35,20% eram de nível superior, 19,96% do nível médio e 44,84% de nível elementar. No nível superior, os médicos representavam 72,84% e, no nível elementar, os atendentes representavam 68,86% (Nogueira, 1987). Dessa forma, configura-se, à época, uma polarização das qualificações no mercado de trabalho setorial, pois os principais postos de trabalho criados nos estabelecimentos públicos e privados privilegiaram, de um lado, a absorção de médicos e, de outro, os atendentes de enfermagem e outros trabalhadores de nível elementar com escolarização e qualificação profissional precárias.

Na medicina, além da crescente especialização e fragmentação do ato médico, assiste-se entre 1966 e 1972 a uma grande expansão do número de profissionais graduados pelas escolas médicas, o que, segundo Cordeiro (1984), leva a um aumento da oferta de médicos no mercado de trabalho, nesse último ano, da ordem de 42,5%, contribuindo conseqüentemente para o processo de assalariamento médico. Para Cordeiro, essa expansão representou uma concessão às pressões das camadas médias por acesso ao ensino universitário, mas ela se deu fundamentalmente pelo que denomina *empresariamento da escola médica*. Em 1960, das 28 escolas médicas existentes, apenas quatro eram particulares (14%); em 1979, de 75 instituições, quarenta (53,3%) eram privadas.

Para Nogueira (1986: 336), “essa rápida elevação da oferta de médicos se ajustava à política francamente expansionista dos serviços de saúde, baseada no aumento da rede privada financiada com recursos públicos”. Mais que isso, essa expansão teve papel decisivo na fixação de certos padrões de compra e venda da força de trabalho mais qualificada, generalizando, por exemplo, o uso do salário mínimo para médicos e seu emprego em tempo parcial, frequentemente com expediente de quatro horas diárias. Em 1980, 78% dos médicos trabalhavam sob esse regime, o que, segundo a avaliação de Nogueira (1986: 344), à época dificultava

o funcionamento permanente e adequado dos serviços de saúde de tal modo que as necessidades da clientela deixam de ser atendidas com a presteza e a urgência indispensáveis, além de criar inúmeros problemas para a organização interna dos serviços e a utilização dos demais profissionais, a grande maioria trabalhando [em] tempo integral. Por outro lado, sabe-se que raramente o tempo parcial contratado costuma ser cumprido efetivamente.

Na área da enfermagem, a burguesia de serviços de saúde encontrou uma massa de trabalhadores disponíveis, principalmente mulheres, que se deslocaram para os grandes centros urbanos – Rio de Janeiro e São Paulo – em busca de melhores condições de vida e de trabalho. Elas encontram no setor Saúde uma alternativa rápida para conquistar um emprego e uma profissão; e os produtores privados de saúde, uma forma de baratear os custos da atenção à saúde usando um amplo contingente de profissionais de enfermagem com baixa qualificação e facilmente substituível, mas que precisava ser treinada.

Desse último ponto de vista, uma das orientações da IV CNS, realizada em 1967 com o tema central “Recursos Humanos para as Atividades de Saúde”, sob inspiração da teoria do *capital humano*, era que enquanto os trabalhadores técnicos médios deveriam passar por uma formação regular e tecnológica, abrindo-lhes a possibilidade de uma futura formação de nível superior, os trabalhadores de nível elementar deveriam ser qualificados por treinamento em serviço com o suficiente para prepará-los a exercer determinadas tarefas. E, de fato, essa foi a forma encontrada pela burguesia de serviços de saúde, mas também pelos serviços públicos, para a formação técnico-profissional de um grande contingente de trabalhadores cuja admissão não

dependia necessariamente de certificado de conclusão de curso e que se caracteriza exatamente pelo treinamento em serviço para aquisição de habilidades manuais. Tendo experiência de trabalho hospitalar anterior, melhor; não tendo, aprendia no próprio trabalho por *educação em serviço* ou *treinamento planejado*, ou mero treinamento, nas *escolas* de enfermagem dos próprios hospitais, e/ou com enfermeiros, médicos e atendentes/práticos de diversas áreas com experiência de trabalho.

Em síntese, pode-se dizer que nos anos 1970 ocorrem dois movimentos contraditórios que eram resultado de um mesmo processo, isto é, do próprio desenvolvimento capitalista ou das mudanças que então se operavam nas relações sociais no país. De um lado, a exigência do aumento da escolaridade de um número crescente de trabalhadores e da população em geral e, de outro lado, a incorporação de uma massa de trabalhadores sem formação profissional em saúde como forma de baratear os custos dos serviços. Acompanhando o movimento do capital em outros setores, os lucros das empresas médicas aumentam na mesma medida em que rebaixa o salário dos trabalhadores da saúde.

No fim dos anos 1970, porém, a abertura de novas frentes de lucratividade aliada à baixa capacidade de controle sobre as contas hospitalares – particularmente com a abertura indiscriminada aos atendimentos de emergência e urgência por meio dos serviços médicos ambulatoriais – provoca um importante desequilíbrio orçamentário da previdência social. A denominada *crise da previdência* se configura como uma crise estrutural e irrompe na opinião pública, num contexto em que a sociedade civil e os partidos de oposição vinham progressivamente ocupando o cenário político nacional, movimentando-se com crescente determinação pelo fim do regime de exceção e pressionando em favor da aceleração do processo de abertura democrática. Nesse momento surgem propostas alternativas para o sistema de saúde sistematizadas no I Simpósio sobre Política Nacional de Saúde. Realizado na Câmara dos Deputados em outubro de 1979, o simpósio condena explicitamente a privatização e a mercantilização da medicina, e postula a canalização de recursos públicos para o sistema público, com base em documento elaborado pelo Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criado em 1976.

Portanto, nos anos 1980, entre os desafios do movimento da Reforma Sanitária brasileira, que então se organiza, estão a mudança da direção da política de saúde com privilegiamento do setor público e a qualificação do grande contingente de trabalhadores sem formação profissional no interior dos serviços de saúde. Nessa década, apesar da crise econômica e da falência do tripé que sustentava o Estado desenvolvimentista – Estado, capital estrangeiro e capital nacional –, o país se torna uma sociedade do tipo *ocidental*, isto é, com “uma sociedade civil forte e articulada, que equilibra e controla a ação do Estado *stricto sensu*” (Coutinho, 2006: 188).

Aglutinando em torno de si uma ampla frente de forças políticas – partidos políticos, movimentos sociais, sindicatos, estudantes e academia – e apoiado pela teoria social da saúde, que a concebe como determinada pelas condições de vida,

trabalho e renda, pelo dispêndio de energias físicas e mentais, segundo as classes e os grupos sociais, e pela necessidade de acesso e participação da população na riqueza nacional, o movimento da Reforma Sanitária brasileira consegue inscrever na Constituição Federal de 1988 o princípio de que “a saúde é direito de todos e dever do Estado”. A partir de então, é desnecessário ser contribuinte do sistema de seguridade social para ter direito garantido à saúde, o que representava no âmbito político-institucional operacionalizar o princípio de universalidade das ações de saúde através do Sistema Único de Saúde (SUS), com a aceleração do processo de municipalização que já vinha ocorrendo desde 1983. Mais que uma reforma setorial, a Reforma Sanitária, como pensada naquele momento, pressupunha também uma reforma social pautada por três elementos: a democratização da saúde, do Estado e da sociedade (Paim, 2008).

Por outro lado, no embate de forças com a burguesia dos serviços de saúde, o resultado foi uma solução negociada do artigo 199 da Constituição, que define que a assistência médica à saúde é livre à iniciativa privada, podendo participar de forma complementar do SUS, segundo as diretrizes deste e mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

As mudanças que ocorrem na arena política da saúde, o crescente processo de municipalização e o grande contingente de trabalhadores técnicos da saúde sem qualificação estão na base para a operacionalização do Projeto Larga Escala. Desse contingente se priorizam os atendentes de enfermagem, pois, com a aprovação da nova lei do exercício profissional de enfermagem (lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986), o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) determina a proibição de contratação de atendentes pelos serviços públicos e privados, estabelecendo o ano de 1996 como prazo para que só exercessem a profissão os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem.

O PROJETO LARGA ESCALA E A CONCEPÇÃO POLITÉCNICA DE ENSINO: ALTERNATIVAS EXCLUDENTES?

Tributário da experiência do Programa de Preparação Estratégica de Pessoal de Saúde (PPREPS), o Larga Escala torna-se responsável pela institucionalização da formação profissional em saúde no âmbito das secretarias estaduais de saúde. Progressivamente, vai se configurando como a alternativa pública e político-pedagógica para resolver o problema de trezentos mil trabalhadores empregados sem qualificação profissional específica que representavam aproximadamente 50% da força de trabalho em saúde naquele momento, tanto na administração (gerência de material, de pessoal e de finanças) como na assistência (enfermagem, nutrição, odontologia, laboratório, fisioterapia e vigilância sanitária e meio ambiente) (Santos & Souza, 1989).

Em 1985, a Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação, por meio da resolução n. 15, de 14 de novembro, aprova o Larga Escala como estratégia prioritária na preparação dos recursos humanos no âmbito das Ações Integradas de Saúde. Em 1986, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

(Inamps), criado com o desmembramento do INPS em 1977 e extinto pela lei n. 8.689, de 27 de julho de 1993, regulamenta a formação profissional de pessoal de nível médio dentro da sistemática do projeto, mediante a resolução n. 118, de 7 de abril de 1986. Nesse mesmo ano, a I Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS), realizada de 13 a 17 de novembro, em Brasília, também aprova o projeto como estratégia para a formação de pessoal de nível médio e elementar já engajado na força de trabalho em saúde. Possivelmente, as articulações políticas necessárias para a sua institucionalização tenham contribuído para aprovar na Constituição de 1988 o artigo 200, inciso III, que reserva ao SUS a competência de “ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde”.

Para superar o que considerava uma inadequação das instituições de ensino que ministravam o ensino regular profissionalizante ou a desarticulação entre as unidades de formação e as de prestação de serviço, assim como o caráter utilitarista dos cursos de treinamento que atendem apenas aos fins imediatistas das instituições de serviço, o Larga Escalapro põe a organização de *centros de formação multiprofissional* específicos da área da saúde. Mais conhecidos como Centros de Formação Multiprofissional (Cefor), destinam-se à qualificação e habilitação profissional, por via supletiva, dos trabalhadores de nível médio e elementar engajados na força de trabalho ou em processo de admissão, com base na estratégia de integração ensino-serviço e na descentralização dos cursos para os diversos municípios brasileiros.

Aos poucos e com dificuldade, entre 1982 e 1984, o projeto foi implantado em quatro estados – Piauí, Rio Grande do Norte, Alagoas e Minas Gerais – e, na gestão Hésio Cordeiro no Inamps, nos estados do Maranhão, Pernambuco, Bahia, Goiás, Rio de Janeiro e São Paulo, com a transformação das escolas de enfermagem do Inamps em Cefor.

O Larga Escala tinha três preocupações centrais. A primeira era a flexibilidade em termos de carga horária, do tempo de formação e do corpo docente dos cursos – por isso, a opção pela via supletiva para acesso à formação escolar e o conseqüentemente aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos da saúde, assegurada pelo parecer CFE n. 99/1972 e mais tarde pelo parecer CFE n. 170/1983. A segunda preocupação era a inclusão dos trabalhadores. Com base no entendimento de que grande parcela dos trabalhadores sem qualificação foi marginalizada do sistema formal de educação, era necessário reconhecer e legitimar o processo de profissionalização técnica, pois “no plano social estes trabalhadores não possuem identidade de categoria profissional, dificultando sua organização em entidades de classe, enquanto no plano institucional a sua inserção nos planos de cargos e carreiras é precária” (Santos & Souza, 1989: 61). Por último, a autonomia relativa dos trabalhadores técnicos da saúde, por considerar que sendo o trabalho em saúde um trabalho coletivo, as categorias de nível médio e elementar não participam apenas como executores de tarefas de caráter manual delegadas ou indicadas pelos profissionais de nível superior, principalmente nas zonas rurais.

Com efeito, assumem, adicionalmente, certo grau de autonomia, expresso pela realização de atos que exigem capacidade de observação, juízo e decisão, em face dos problemas de saúde de maior prevalência e resolúveis por meios simples. Neste sentido, não se comportam como meros auxiliares, dotados de papel acessório, como ocorre na tradicional divisão do trabalho de tipo hospitalar, pois gozam de uma autonomia de intervenção que é tanto maior quanto menos complexa for a unidade de saúde, ainda que suas atividades requeiram supervisão por parte de profissionais de formação universitária. Este é um fator relevante para o aumento da produtividade social dos recursos investidos na extensão de cobertura, contribuindo para a elevação do poder resolutivo dos serviços e fazendo-os alcançar locais que, por suas características econômico-sociais, não comportem a presença em caráter permanente de médicos e outras categorias de nível superior. (Brasil, 1982: 7)

Tomando por base essas referências, formou-se a infraestrutura de apoio nos estados e municípios concomitantemente à construção do projeto político-pedagógico. A infraestrutura abrange a estruturação dos centros formadores em cada estado, reconhecidos pelo sistema de ensino, a formação de instrutores e supervisores e a elaboração de material pedagógico. O projeto político-pedagógico se expressa na construção do currículo integrado e na metodologia da problematização, tendo como ponto de partida do processo ensino-aprendizagem a experiência e a vivência dos trabalhadores no processo de trabalho.

De início, optou-se por não usar o termo escola, para estabelecer distinção entre as escolas de educação geral, que não tinham nenhuma ligação com os serviços de saúde. Além disso, do ponto de vista político, a denominação *escola técnica* criava resistência nos secretários de saúde em razão dos custos de sua criação e manutenção. A ideia era que as secretarias estaduais de saúde destinassem verbas orçamentárias específicas para a formação profissional dos seus trabalhadores técnicos e assumissem a responsabilidade financeira pela formação do pessoal leigo, uma vez que os gestores eram responsáveis também pela diminuição dos riscos da atenção à saúde para a população. Santos (2006: 35) diz, porém, que a denominação *centro formador* não foi a melhor opção, pois “os gestores confundiam como centro de treinamento e não como escola. (...) Então, a gente começou a trabalhar a ideia de chamar escola técnica”.

O projeto inicial era construir uma escola técnica de saúde exclusivamente profissionalizante em cada estado da federação como unidade orçamentária e financeira das secretarias de saúde, ou seja, com autonomia administrativa, pedagógica e financeira. No fim dos anos 1980, porém, na gestão do ministro da Educação Carlos Sant’Anna (16/1/1989 a 14/3/1990), abriu-se a possibilidade de integrar o ensino médio e a formação técnica, com a perspectiva de criação de escolas técnicas de saúde no âmbito do setor público nas três esferas de governo (federal, estadual e municipal), com financiamento do Programa de Expansão e Melhoria do Ensino Técnico (Protec). O Ministério da Educação, com o apoio da equipe técnica do acordo MEC/MS/MPAS/Opas, instituiu em 1989, no âmbito da Secretaria de Ensino de

Segundo Grau, um grupo técnico de saúde para criar, nas estruturas organizacionais das escolas técnicas federais e centros federais de educação tecnológica, as unidades descentralizadas para o ensino técnico de saúde.

A concepção de escola se pautava pela “reflexão sobre o trabalho como princípio educativo e de criatividade, não se limitando ao exercício da mera reprodução de técnicas, mas proporcionando meios para estimular inovações”, propondo a formação de “cidadãos empreendedores, capazes de gerar novas tecnologias [e] promover o desenvolvimento” (Brasil, 1989: 18). As escolas a serem criadas se caracterizavam pela multiprofissionalidade, por se mostrarem flexíveis (para atender alunos nas modalidades regular e supletiva, ou seja, formar novos quadros e trabalhadores já engajados), abrangentes (oferecendo tanto educação geral como formação profissional), extensivas quanto à cobertura (com cursos descentralizados) e experimentais (desenvolvendo pesquisas nas áreas de metodologias, currículos, materiais didáticos e capacitação docente).

A justificativa apresentada no documento do MEC para a criação das escolas revela a grande dificuldade do Larga Escala em manter, no âmbito das secretarias estaduais de saúde, tanto centros formadores quanto escolas técnicas de saúde, com independência administrativa e financeira.

No desenvolvimento desse Projeto, surgiram situações que impediram que o andamento das atividades alcançasse a repercussão que se pretendia. Quando o Centro Formador funcionava nas instalações físicas de uma unidade de prestação de serviços, tão logo surgia a necessidade de espaço, a área do Centro Formador era ocupada e seus trabalhos interrompidos. O mesmo fato repetia-se quando o Centro Formador estava localizado nas dependências administrativas do sistema de saúde. (Brasil, 1989: 8-9)

Agregue-se a isso o fato de que o setor privado de ensino também disputa e, se possível, impede a abertura dessas escolas, conforme indicado no relatório final da I CNRHS, em 1986. O relatório aponta que “a lógica privatizante do setor educacional tem bloqueado, em alguns estados, a consolidação de centros formadores de RH criados pelo setor Saúde a partir de sua necessidade e realidade” (Brasil, 1986b: 23).

De fato, apesar da ausência de dados, é plausível supor que o empresariamento na educação tenha se expandido para a educação profissional em saúde nos anos 1960 e 1970, pois, segundo Santana (2001), as iniciativas do Estado brasileiro voltadas para o setor sempre foram coadjuvantes do trabalho desenvolvido pelas instituições privadas de ensino, particularmente pelo Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (Senac). “Essa política significou uma quase total ausência de investimentos públicos oriundos do sistema educacional destinados à formação de técnicos e auxiliares para os serviços de saúde” (Santana, 2001: 12). Mais recentemente, os dados do Censo Escolar da Educação Profissional realizado anualmente pelo MEC desde 2001 vêm demonstrando inequivocamente que a educação profissional em saúde, no Brasil, é

eminentemente privada. Segundo levantamento do Censo Escolar de 2002, 79,5% dos estabelecimentos e 81,4% dos cursos técnicos de saúde são vinculados e ofertados por instituições privadas. Nas regiões Norte e Sul, o número de estabelecimentos privados chega a representar, em média, 84% da capacidade instalada, enquanto no Nordeste abarca 72%. Esses dados indicam a forte presença do setor privado na área do ensino técnico em saúde, sendo responsável também pela oferta de maior número de cursos em todas as regiões brasileiras (Lima *et al.*, 2004).

Mas interessa ressaltar também que a proposta acima é muito próxima de outra matriz de formação de trabalhadores que se organiza na segunda metade dos anos 1980, no interior da Fundação Oswaldo Cruz, mas com atuação voltada principalmente para a formação de novos quadros para o nascente SUS e para o campo da ciência e tecnologia em saúde. A organização dessa matriz é inspirada nos debates, travados à época na área trabalho-educação da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação e nas Conferências Brasileiras de Educação, sobre a natureza do segundo grau de ensino e a profissionalização dos trabalhadores em nossa sociedade.

Para superar o movimento pendular que ora valoriza a dimensão propedêutica, ora valoriza a dimensão técnica, as perguntas centrais nesse momento, sob inspiração marxiana, eram: Como se produz a existência humana? Como o homem se produz? Em Marx (1988), o que define a existência humana é o trabalho, e o homem se constitui como tal à medida que necessita produzir continuamente a sua própria existência, adaptando a natureza às suas necessidades, às finalidades humanas, isto é, agindo sobre a natureza e transformando-a junto com outros homens. Isso o diferencia dos outros animais na medida em que estes se adaptam à natureza e não são guiados por objetivos, não antecipam mentalmente o que irão realizar. O trabalho constitui assim a realidade humana, ao mesmo tempo que define a existência histórica dos homens, num movimento em que ao produzir as condições de sua existência o homem também produz cultura, incluindo aí os conhecimentos necessários para a produção do mundo humano, que vai mudando e se ampliando ao longo do tempo, conforme mudam os modos de trabalhar.

Entendo, pois, que o ensino médio deveria já se organizar na forma de uma explicitação da questão do trabalho. Nessa etapa, o trabalho já aparece não apenas como uma condição, como algo que ao constituir, ao determinar a forma da sociedade, determina, por consequência, também o modo como a escola se organiza, operando, pois, como um pressuposto de certa forma implícito. Agora, trata-se de explicitar o modo como o trabalho se desenvolve e está organizado na sociedade moderna. Aí é que entra, então, a questão da politecnia. (Saviani, 2003: 136)

Assim, a noção de politecnia se encaminha na direção da superação da persistente dicotomia do grau médio de ensino entre formação profissional e formação geral, entre aqueles que executam e aqueles que pensam, entre trabalho manual e trabalho intelectual.

Trata-se de uma proposta contra-hegemônica, porque simultaneamente exige a generalização do conhecimento sistematizado em razão da crescente incorporação da ciência tanto ao trabalho produtivo quanto à sociedade de maneira geral e evidencia a dupla e concomitante ordem de contradições pelas quais a sociedade moderna é marcada, quais sejam: “a contradição entre socialização do trabalho e apropriação privada do trabalho social e a contradição entre socialização da política e apropriação individual ou grupista do poder” (Neves, 2005: 22). É no bojo dessas contradições que se dá a disputa entre um projeto no qual o conhecimento do trabalhador seja apenas o suficiente para ele se tornar eficiente nas atividades requeridas pelo mercado de trabalho, ou polivalente, e outro projeto no qual, tomando-se o trabalho como princípio educativo ou politécnico, o trabalhador seja “capaz de pensar, de estudar, de dirigir ou de controlar quem dirige” (Gramsci, 2000: 49).

Portanto, a noção de politecnia se contrapõe a uma concepção de profissionalização que tem como pressuposto a fragmentação do trabalho em especialidades autônomas, a divisão entre os que executam e aqueles que concebem e controlam o processo de trabalho e a polivalência do trabalhador que domina uma multiplicidade de técnicas fragmentárias. Ao contrário, postula que o processo de trabalho desenvolva uma unidade indissolúvel entre os aspectos manuais e intelectuais e que o trabalhador domine os fundamentos científicos das diferentes técnicas da produção moderna no ensino médio. Não se trata de formar um trabalhador adestrado para executar determinada tarefa requerida pelo mercado de trabalho, mas na perspectiva de um desenvolvimento multilateral em todos os seus aspectos: físico, intelectual, prático, político, ético, estético, combinando estudo e trabalho.

No campo da saúde, a discussão sobre a formação politécnica também foi influenciada pelas reformas da docência médica média em Cuba, após a vitória da revolução cubana em 1959, e na Nicarágua, após a revolução nicaraguense nos anos 1970. O extraordinário avanço de Cuba na elevação do nível de saúde e no acesso à educação da população não pode ser visto exclusivamente como expressão do trabalho nesses dois setores, mas é resultado também (ou principalmente) das profundas mudanças que se operaram nas estruturas econômica, política e social dessa sociedade, após a revolução cubana. Na área da saúde, a organização e a estruturação do Sistema Nacional de Saúde, baseado num modelo de atenção à saúde integral, regionalizado, contínuo, com inscrição de usuários, trabalho em equipe e participação ativa da comunidade, envolveram de início um grande esforço em face da ausência de bases materiais para a expansão de cobertura, principalmente nas zonas rurais, e do pequeno número de escolas de medicina, enfermagem, odontologia e técnicas médias de saúde, o que se agravou com o êxodo de mais de 50% dos profissionais da saúde, principalmente médicos, entre 1960 e 1962.

Nesse contexto, a expansão de cobertura tanto para as zonas rurais como para as cidades exigiu não só a construção/reestruturação de policlínicas e hospitais, por exemplo, mas também um incremento importante na formação de trabalhadores da

saúde, particularmente de técnicos médios. Assim como na Nicarágua, exigiu a elaboração de um plano de estudos emergencial, que de forma descentralizada fosse capaz de formar um grande número de técnicos, principalmente auxiliares de enfermagem, em cursos de seis meses de duração. Dessa *fase de arranque*, como ficou conhecida, foi-se realizando a ampliação do tempo de formação profissional, a articulação dos planos de estudos dos técnicos médios com o ensino geral de adultos, em face do grande número de analfabetos, a criação de escolas de enfermagem nas províncias e a acreditação de unidades assistenciais e de investigação como áreas docentes ou com a função de docência para a formação de todos os profissionais e técnicos da saúde. Concomitantemente, realizou-se também a formação de instrutores-supervisores e a assessoria técnico-pedagógica a todas as escolas do país, o desenvolvimento de outros cursos técnicos e a abertura de vagas para os estudantes egressos do nono grau de ensino (secundário básico equivalente ao nosso ensino fundamental).

Como resultado desse processo, a partir da segunda metade dos anos 1970, suprimiu-se progressivamente a formação de auxiliares de enfermagem, os cursos técnicos passaram a ter três anos de duração e, principalmente, integrou-se o ensino médico médio com a formação geral secundária, com a construção dos primeiros institutos politécnicos de saúde e politécnicos de enfermagem em todo o país, além da articulação desse nível de ensino com as carreiras universitárias (Cebes, 1984).

Essa rápida síntese permite verificar, em primeiro lugar, que a prioridade dada à formação técnica na área da enfermagem, em Cuba, não prescindiu de estratégias de formação em massa dos auxiliares de enfermagem, em articulação com a formação geral de adultos, para rapidamente viabilizar a extensão de cobertura e o acesso da população à atenção médica. Em segundo lugar, essa estratégia emergencial e conjuntural estava subordinada à emergência de uma nova estrutura na perspectiva da formação integral e politécnica, com base na combinação estudo-trabalho na formação dos profissionais da saúde.

Portanto, pode-se levantar a hipótese de que a proposta encaminhada pela equipe técnica do acordo MEC/MS/MPAS/Opas, em 1989, feita ao MEC, tinha um caráter estrutural no sentido de construir uma alternativa pública que, sem deixar de atender àqueles sem qualificação específica já engajados no setor, tivesse a perspectiva de uma formação politécnica em saúde, ou de integração entre ensino médio e formação técnica. Além disso, a ideia de formar “cidadãos empreendedores” não deve ter o mesmo sentido da noção de “empreendedorismo” que emerge nos anos 1990 associada à noção de competência, mas tem relação com o desenvolvimento da criatividade para potencializar com base na combinação estudo e trabalho a resolução de problemas da produção dos serviços e da realidade social.

Entretanto, essa iniciativa não se realizou na conjuntura dos anos 1990, após a eleição de Fernando Collor de Melo. Na sua maioria, os centros formadores/escolas técnicas de saúde continuaram funcionando e ainda funcionam como uma extensão do

setor de desenvolvimento de recursos humanos, sem identidade própria, sem quadro próprio de pessoal, com uma equipe mínima para coordenar os cursos descentralizados e com poucos recursos materiais para o desenvolvimento dos trabalhos. Em outras palavras, mesmo a criação de uma escola técnica exclusivamente profissionalizante vinculada às secretarias de saúde encontrou e ainda encontra resistências políticas no interior do setor Saúde. Entre os obstáculos, estão as objeções ao papel formador dos serviços de saúde e a vulnerabilidade das equipes locais de supervisão às injunções políticas locais que criavam dificuldades para mudanças mais consistentes nas práticas e nos serviços (Pires-Alves & Paiva, 2006).

Apesar desses limites, ao longo do tempo, as escolas técnicas do SUS foram consideradas como a solução e não uma transição necessária para superar o problema da baixa escolaridade e da falta de profissionalização técnica dos trabalhadores incorporados aos serviços de saúde. Nos marcos da discussão em torno da integração ensino-serviço e da transformação dos espaços de trabalho em espaços de formação, o Larga Escala não logrou contribuir para a discussão sobre a natureza do ensino de segundo grau, atual ensino médio, em nossa sociedade, assim como da formação profissional realizada pelas escolas públicas e privadas no país, por considerar que isso é de responsabilidade do setor educação e não da saúde. Com isso, o projeto abandonou qualquer perspectiva de regular a formação técnica em saúde de maneira ampla, segundo as necessidades do SUS, e acabou colaborando indiretamente com os interesses do mercado educativo à medida que a forma e o conteúdo da formação técnica foram determinadas pelo livre jogo do mercado.

Em síntese, a perspectiva esboçada ao fim dos anos 1980 de construir uma rede pública de formação profissional em saúde exclusivamente por meio de escolas técnicas de saúde vinculadas às secretarias estaduais de saúde e/ou às escolas técnicas federais não se realizou pelas resistências políticas no interior do setor Saúde, pelos interesses do capital ou pelo empresariamento da educação profissional em saúde e pelas profundas mudanças que se verificam na década de 1990.

A partir desse momento, no Brasil e no mundo, o impacto do novo modo de acumulação do capital sob a hegemonia do capital financeiro e da nova base técnica de produção microeletrônica, frustra de modo geral as tentativas de se implantarem políticas de saúde e de educação na ótica do trabalho. Ademais, por ser um contexto também marcado pelo refluxo dos movimentos sociais, a adesão às perspectivas progressistas de uma reforma educacional pautada pelo ideário da politécnica e de um sistema de saúde público universal, integral, com equidade e resolutivo, perdeu o vigor e o entusiasmo que apresentava nos anos 1980. No campo educacional, a pedagogia histórico-crítica permaneceu atuante, “ainda que na forma de resistência” (Saviani, 2008: 424), mas perdeu muito espaço diante das reformas educativas neoconservadoras implementadas no governo Fernando Henrique Cardoso, particularmente com a emergência da pedagogia das competências.

No âmbito da saúde, houve um retrocesso importante no processo de operacionalização do SUS. Nessa conjuntura, o movimento sanitário também se reconfigurou, daí surgindo tensões e conflitos que acompanharam a municipalização dos serviços de saúde, o aprofundamento das identidades partidárias, a crise econômica e a reconfiguração da relação público-privada nos anos 1990. No que diz respeito à educação profissional em saúde, o Larga Escala dá lugar ao Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (Profae), que amplia em escala o que o primeiro não alcançou e contribui para difundir a pedagogia das competências no interior do setor.

A NOVA BURGUESIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE E A FORMAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE NO SÉCULO XXI

A matriz neoliberal se desenvolve nos anos 1980, após as eleições de Margareth Thatcher (1979-1990) na Inglaterra e, em seguida, Ronald Reagan (1981-1989) nos Estados Unidos. Esses dirigentes preparam o capitalismo para sua nova fase, quando se verificou uma mudança de poder da produção para o mundo das finanças. Suas características, detidamente analisadas por Paulani (2006), são a exacerbação da valorização financeira, a retomada da força do dólar americano como meio internacional de pagamento, a intensificação do processo de centralização de capital e a eclosão da denominada terceira revolução industrial, que tem sua base material apoiada na substituição da tecnologia eletromecânica pela microeletrônica e na aceleração da difusão de TICs.

O processo de centralização de capital na forma financeira é, num primeiro momento, um subproduto da acumulação industrial que ocorre durante a “era de ouro” do capitalismo, da criação do mercado *offshore* na City londrina, também chamado de *mercado de eurodólares*, e das elevadas somas resultantes do aumento do preço do petróleo na década de 1970. Num segundo momento, ocorre com a reciclagem dos *petrodólares* na forma de empréstimos e linhas de crédito dos bancos internacionais para os países dependentes, mas principalmente com o ressurgimento do mercado de obrigações em face das necessidades de financiamento dos déficits orçamentários dos grandes países industrializados e que tem como *locus* de suas transações as bolsas de valores.

A reciclagem dos petrodólares lança as bases das dívidas dos países dependentes na década de 1980 e, com elas, um mecanismo de transferências maciças de recursos para os credores internacionais, ao mesmo tempo que inaugura a era dos *ajustes estruturais* capitaneada pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), com a falência de muitos desses países principalmente após a alta do dólar e das taxas de juros americanas em 1979-1981. O ressurgimento do mercado de obrigações, por sua vez, permitiu a titularização ou securitização dos compromissos da dívida pública, principalmente a americana, isto é, permitiu o financiamento do déficit orçamentário pela aplicação de bônus do Tesouro e outros compromissos da dívida no mercado financeiro.

Nesse contexto, no qual os títulos da dívida pública se tornam um mecanismo cada vez mais importante de transferência da riqueza para a esfera financeira, assumindo então a forma de rendimentos financeiros dos quais vivem camadas sociais rentistas, assiste-se ao terceiro momento de acumulação financeira. Nessa etapa, nasce o governo de empresa contemporâneo, que impõe, sob a pressão “impessoal” dos “mercados” sobre os grupos industriais, “novas normas de rentabilidade, que geram pressões bastante acentuadas sobre os salários, tanto em termos de produtividade e de flexibilidade do trabalho, como de mudanças nas formas de determinação dos salários” (Chesnais, 2005: 42).

São mudanças associadas ao advento de uma *nova cultura empresarial*, marcada pela disseminação de conceitos e práticas como *business school*, *human resource management*, *total quality management*, *employee involvement* e *empowerment*. É o momento da criação de novas formas de gerenciamento e novas técnicas de administração da produção, da exacerbação do individualismo, da expansão do trabalhador autônomo e do incremento do trabalho *part-time*, da redução e/ou do enxugamento das empresas derivadas do toyotismo (ou ohnismo ou modelo japonês de organização do trabalho; também chamado de *lean production* ou sem gorduras de pessoal; *just-in-time* ou no momento exato), das terceirizações e da diminuição da estrutura burocrática gerencial, acompanhada de seu corolário, o aumento do desemprego, e de mudanças na estrutura e nas relações de classe (Antunes, 2000).

Assim, a maneira pela qual o capital financeiro conseguiu alojar a exterioridade da produção no próprio cerne dos grupos industriais talvez seja, para Chesnais (2005), um dos traços mais originais da contrarrevolução social contemporânea. A alavanca para isso foi a transformação do mercado de obrigações em mercado de empresas, com a possibilidade de os acionistas minoritários se desfazerem das ações a qualquer momento.

O poder administrativo torna-se assim cada vez mais forte no seio das empresas, e os objetivos do administrador-financeiro são muito diferentes daqueles do administrador-industrial que ele substituiu. Seu veículo são os títulos, sua obsessão é a rentabilidade aliada à liquidez, e seu agente é um administrador anônimo de um fundo de pensão com ativos financeiros de várias dezenas de bilhões de dólares, que personifica o *novo capitalismo* de fins do século XX. “É na produção que se cria a riqueza, a partir da combinação social de formas de trabalho humano, de diferentes qualificações. Mas é a esfera financeira que comanda, cada vez mais, a repartição e a destinação social dessa riqueza” (Chesnais, 1996: 15).

Ao contrário do período anterior, a internacionalização passaria a ser ancorada no investimento ditado pelas instituições bancárias e financeiras globais e não mais no capital produtivo ou no comércio exterior. Os dois principais fatores que, na década de 1980, aceleraram essa mudança na forma de internacionalização foram a desregulamentação financeira e o desenvolvimento das TICs, que funcionam ao mesmo tempo como condição permissiva e fator de intensificação da mundialização do capital.

Nesse contexto, o dado novo para Chesnais (1996) é que as empresas passaram a recorrer a novas combinações entre investimentos internacionais, o comércio e a cooperação internacional entre empresas coligadas para assegurar tanto sua expansão internacional como a racionalização das operações, o que passou a permitir um alto grau de coordenação e diversificação das operações. As alianças internacionais tornaram-se assim uma das características da mundialização do capital, visando ao fornecimento de suprimentos internacionais de produtos semielaborados e produtos acabados, organizados com base em terceirizações internacionais e de empresas-rede que buscam conciliar a centralização do capital e a descentralização das operações explorando as possibilidades proporcionadas pela teleinformática e pela automatização.

Em suma, nas palavras de Harvey (2008: 41), a “neoliberalização significou a ‘financeirização’ de tudo”, para submeter todos os campos da vida social e abrir novas fronteiras de investimento à valorização do capital privado. O neoliberalismo, então, passa não só a dominar a economia e o Estado, mas também a vida cotidiana, criando uma volatilidade sempre crescente nas relações globais de troca, a expressão mais acabada da mundialização do capital.

No campo da saúde, particularmente, na década de 1980 surgem dois fenômenos associados: a proposta de *managed competition* ou *competição administrada* e a organização da grande empresa médica corporativa, ou da indústria hospitalar de alta capitalização, fenômenos que estão na base da formação da nova burguesia de serviços de saúde e das novas propostas de educação profissional em saúde para o século XXI. Nos anos 1990, a entrada do capital financeiro no setor na forma de seguros de saúde, com base na criação das organizações de atenção gerenciada – *managed care organizations* (MCOs) – provoca, ao mesmo tempo, a instalação de uma disputa pelos recursos econômicos entre o capital financeiro e o capital do complexo médico-industrial e um movimento de centralização e concentração das empresas médicas, associado à ampliação e diversificação das suas operações para outras áreas. Mais que isso, assiste-se principalmente à entrada do capital financeiro na administração dos fundos mútuos e de pensão (Almeida, 1996; Iriart, 2008; Laurell, 1997; Starr, 1991).

No campo educativo e da qualificação, o ajuste neoliberal se manifesta “por um revisitar e ‘rejuvenescer’ a *teoria do capital humano*, com um rosto, agora, mais social” (Frigotto, 1995: 145, destaque do original), tendo em vista os problemas e contradições do capital na busca da redefinição de um novo padrão de acumulação com a crise de organização e de relação fordista. É no contexto de intensa exclusão dos trabalhadores manifestada pelo crescente desemprego estrutural que se dá a súbita valorização da dimensão humana do trabalhador, de sua qualificação e participação, fundamentando-se na *sociedade do conhecimento* e na *pedagogia das competências*.

A ideologia da *sociedade do conhecimento* ou *sociedade da informação* passa a ideia de que o grande diferencial entre riqueza e pobreza – seja das nações, seja dos indivíduos – é o conhecimento, uma vez que as economias estão se baseando cada

vez menos no trabalho e cada vez mais no conhecimento. É um conceito que cresce à sombra das teses do fim das ideologias, do trabalho e da história, e se firma na medida em que, tal qual a teoria do capital humano – embora de forma mais sutil e, nesse sentido, mais violenta –, omite as relações de classe e de poder que determinam como esse conhecimento/informação se produz, processa e distribui.

Esse *rejuvenescimento* está intimamente associado à nova materialidade das relações intercapitalistas, particularmente as transformações que começariam a se operar nas grandes corporações transnacionais desde os anos 1970, baseadas em novas estratégias de acumulação de capital. A mudança na base técnico-científica do processo e no conteúdo do trabalho, mediante sobretudo a recomposição orgânica do capital com a substituição de tecnologia fixa por tecnologia flexível; o acelerado aumento do trabalho morto em detrimento do trabalho vivo; a reestruturação empresarial; a combinação das forças de trabalho e estruturas financeiras; a ampla difusão das TICs; e a generalização da utilização diretamente produtiva da ciência e da tecnologia que permeariam, cada vez mais, as atividades cotidianas estão entre os elementos que fazem emergir a categoria de *sociedade do conhecimento*.

Os estudos de Hirata (1994) e Ramos (2001) indicam também que o surgimento do modelo de competência tem relação direta com as transformações produtivas, principalmente com a generalização do modelo japonês de produção flexível, que impulsionaria novas estratégias competitivas, incluindo a inovação em tecnologia, a gestão de recursos humanos e a mudança de perspectivas dos atores sociais da produção. Ao mesmo tempo, vem acompanhado de um reordenamento social das profissões, que suscita dúvidas quanto à sobrevivência de profissões bem delimitadas num contexto de instabilidade e insegurança social, associado a novas concepções do trabalho baseado na flexibilidade e na reconversão permanente do emprego.

Enquanto o desemprego é determinado pelo conjunto de mudanças econômico-políticas engendradas pela doutrina neoliberal, deslocam-se as possibilidades de sua superação pelo aumento da escolaridade e da qualificação, ou especialmente pela aquisição permanente e renovável de competências verificáveis na ação do trabalho. Competência, empregabilidade e empreendedorismo são noções que caminham juntas e cumprem uma função ideológica na medida em que ocultam a essência do fenômeno do desemprego, da pobreza, da desigualdade e da exclusão social. A noção de empregabilidade põe sob a responsabilidade do indivíduo a manutenção das suas competências para se manter ou obter outro emprego. O empreendedor é aquele que mobiliza suas competências e habilidades para criar a própria empresa, abrir seu próprio negócio, inovar e se tornar um capitalista.

O Brasil ingressa definitivamente no circuito internacional de valorização financeira com o Plano Real, ao permitir a atração de capitais externos de curto prazo com o controle do processo inflacionário, além de abrir espaço para aprofundar medidas anteriores como a abertura econômica e financeira e as privatizações de empresas, bem

como dos serviços públicos. Com o Plano Real, Fernando Henrique Cardoso se habilita perante a burguesia para conduzir a coalizão capaz de restaurar o poder de classe e superar a crise de hegemonia no país, assim como dar sustentação ao programa de estabilização do FMI e viabilizar as reformas preconizadas pelo Banco Mundial.

Nos dois períodos de governo (1995-1998 e 1999-2002), Fernando Henrique Cardoso incorpora os postulados da Terceira Via sistematizados por Anthony Giddens: a radicalização da democracia, a construção da sociedade civil ativa e a concertação social. Por isso, alguns autores (Neves, 2005; Martins, 2005; Melo & Falleiros, 2005) cunharam o termo “neoliberalismo da Terceira Via”, para caracterizar essa nova etapa em que não existe nem o Estado de bem-estar social, nem o neoliberalismo radical, mas o *Estado gerencial* ou *Estado social-liberal* ou *Estado necessário*.

É um período caracterizado, sobretudo, pelas iniciativas em torno da reestruturação do Estado nas suas funções econômicas e ético-políticas. Segundo Neves (2005: 92),

De produtor direto de bens e serviços, o Estado passou a coordenador de iniciativas privadas. A privatização se impôs como a principal política estatal. Na área social, a privatização, complementada por políticas de descentralização, fragmentação e focalização (...), constituiu-se em importante instrumento viabilizador das estratégias governamentais de coesão social e da educação de uma nova cidadania, “ativa e responsável”, baseada na prestação pelos indivíduos e grupos de “serviços sociais”.

O governo Fernando Henrique Cardoso inaugura entre nós o discurso da *governança*, produzido pela social-democracia inglesa sob o comando de Tony Blair, e o de *competição administrada*, conforme o modelo inglês mesclado com o modelo americano. Ambas as ideias estavam implicadas na reforma da aparelhagem estatal que começa a ser operacionalizada no primeiro mandato: a primeira, para justificar a redefinição do papel do Estado, que deixa de ser o responsável direto pela produção de bens e serviços para exercer as funções de regulação e coordenação das políticas econômicas e sociais, na medida em que transfere para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado e descentraliza para os níveis estadual e municipal as funções executivas; a segunda, para viabilizar a transformação dos serviços públicos em organizações públicas não estatais de um tipo especial: as organizações sociais.

A concepção que orientou a reforma do Estado brasileiro não foi nem a ideia de minimização do Estado, como queriam os neoliberais, nem a de expandi-lo conforme a política anterior da social-democracia mundial. A ideia era *reconstruir o Estado*, estruturando-o como um *Estado necessário* para gerenciar a transferência das empresas estatais e serviços públicos para o mercado e delegar à sociedade civil a execução de algumas políticas, enquanto realiza outras de natureza focal. Coerente com essa concepção, o Plano Diretor da Reforma do Estado, em 1995 (Brasil, 1995), elabora um modelo conceitual caracterizado por três formas de propriedade: pública, pública não estatal e privada, que se relacionam com quatro setores do aparelho do

Estado então identificados – o núcleo estratégico, as atividades exclusivas, os serviços não exclusivos e o setor de produção de bens e serviços para o mercado. O primeiro setor é responsável pela definição das leis, a formulação das políticas públicas e a cobrança dos resultados. Pode ser compreendido como o setor responsável pela formulação do sistema de *competição administrada* que direciona a demanda e o financiamento por meio de contratos de gestão com as instituições públicas e/ou privadas, separando assim as funções de formulação/financiamento e execução ou entre demanda e oferta.

Para o neoliberalismo da Terceira Via, o Estado é o lugar da política, o mercado é o da economia, e a sociedade civil, ou terceiro setor, o espaço do social, “das relações sociais baseadas na solidariedade e no altruísmo, que promoveria a participação da ‘comunidade’” (Melo & Faleiros, 2005: 183). A democracia é entendida como *regime de governo* (democracia formal) combinada com formas de *participação* popular (democracia dialógica), em que se deve buscar conciliar os inconciliáveis interesses históricos das classes para consolidar a legitimação social. Ela pressupõe a mobilização e o alargamento da confiança entre os indivíduos, um maior intercâmbio de emoções, ideias e reflexões, ao mesmo tempo que ressignifica as formas de participação e o sentido histórico da política e das lutas sociais.

Nesse sentido, a *sociedade civil ativa*, tal qual se expressou no Programa Comunidade Solidária, é o lugar da ajuda mútua, da solidariedade, da colaboração e da harmonização social, por meio de novos organismos sociais como as ONGs e instituições nacionais e internacionais. Cabe ao Estado dirigir a sociedade civil, ou o terceiro setor – idealizado como esfera autônoma do mercado e do Estado –, segundo certas diretrizes, como desenvolver ações em parceria, incentivar a auto-organização por grupo de interesses, potencializar as comunidades na resolução dos seus problemas e promover um pacto social para a solução pacífica dos conflitos.

Tal formulação está na base da elaboração do conceito de público não estatal, que vai naturalizando a privatização das políticas públicas nesse período. Ao contrário da visão gramsciana, portanto, a sociedade civil é apresentada como um espaço sem antagonismos e disputas de projetos de sociedade, é *despoliticizada*, livre dos vícios do Estado em sentido restrito e do mercado. Sua missão é implementar/executar as políticas sociais, já que o Estado e o mercado fracassaram; não é um espaço autoritário, como o primeiro, nem busca o lucro, como o segundo.

Nessa perspectiva, o Estado só iria atuar naquelas atividades consideradas exclusivas, isto é, naqueles setores que prestam serviços que só o Estado pode executar e que tem o poder de regulamentar, fiscalizar e fomentar, como a segurança pública, a cobrança e fiscalização dos impostos, a previdência social básica, o subsídio à educação básica, a compra de serviços de saúde, entre outros. As atividades desses dois setores – núcleo estratégico e atividades exclusivas –, por serem eminentemente públicas, são administradas num misto de gestão burocrática e gerencial. O setor de produção de bens e serviços para o mercado corresponde às empresas estatais que estão no interior

do aparelho de Estado, mas correspondem a atividades econômicas tipicamente voltadas para o lucro, logo seriam privatizadas e guiadas fundamentalmente pela administração gerencial.

Por fim, os serviços não exclusivos estão implicados diretamente nas novas formas de privatização no setor Saúde e, conseqüentemente, no próprio fortalecimento da nova burguesia de serviços de saúde e suas demandas de formação para o trabalho. Também denominados serviços sociais competitivos, trata-se de setores em que o Estado atua em *parceria* com organizações da sociedade civil, como as de ensino, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, meio ambiente, cultura e saúde. Nesse caso, a melhor forma de propriedade seria a *pública não estatal*, porque nem é propriedade estatal – já que as instituições não exercem o poder de Estado –, nem é propriedade privada – pois, como oferece serviços que envolvem direitos humanos fundamentais, como os de educação e saúde, o Estado participa por meio de subsídios. Como se trata de serviços *competitivos*, a melhor forma de administração é a gerencial.

Os governos Lula da Silva (2003-2009) e Dilma Rousseff (2010-2014) não romperam com esse modelo conceitual. Ao contrário, reafirmam-no como no projeto de lei n. 92, de 4 de junho de 2007, que trata da criação da fundação pública de direito privado, caracterizando-a como instituição “autorizada para o desempenho de atividade estatal que não seja exclusiva de Estado” (artigo 1º, parágrafo 2º). Entre essas atividades, incluem-se saúde, assistência social, cultura, desporto, ciência e tecnologia, ensino e pesquisa, meio ambiente, previdência complementar do servidor público, comunicação social, promoção do turismo nacional, formação profissional e cooperação técnica internacional.

As mudanças operadas no modo de acumulação de capital e a tendência daí resultante de *financeirização* de tudo, a reforma do Estado brasileiro e o arcabouço conceitual e operacional esboçado neste capítulo, ainda em vigor, estão na base da flexibilização do SUS. Essa flexibilização foi posta em execução a partir do Programa Nacional de Publicização aprovado oficialmente com a lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, ou Lei das Organizações Sociais. Esse programa justificou daí em diante um amplo processo de privatização e terceirização das instituições de saúde com o argumento de que a gestão de unidades hospitalares e, atualmente, na Estratégia Saúde da Família, por ser uma atividade não exclusiva, pode ser transferida à *iniciativa privada sem fins lucrativos*, ou em parceria com organizações da sociedade civil, conseqüentemente implicado na expansão e fortalecimento da nova burguesia de serviços de saúde e suas demandas de formação para o trabalho.

Martins (2005), ao estudar a reorganização política da burguesia e a redefinição das relações de poder no país desde o governo Collor, detecta uma intensa mobilização política da fração não monopolista do capital, organizada em torno da entidade Pensamento Nacional das Bases Empresariais, criada em 1990, com base na proposta de “entendimento nacional” formulada pelo governo Collor. Para esse

autor, ela inaugura um “extraordinário processo de ‘oxigenação’ da cultura e da ação política burguesa no país – fatores decisivos que serviram de base para a definição das novas estratégias burguesas de obtenção do consenso alguns anos mais tarde” (Martins, 2005: 139). Baseando-se na concepção política de que no mundo atual só há espaço para soluções negociadas, aquela fração empenhou-se em difundir na sociedade e junto com o Partido dos Trabalhadores, a Central Única dos Trabalhadores e a Força Sindical as ideias de que no lugar dos antagonismos de classe devem prevalecer as *diferenças de interesse* e que o confronto político deve ser convertido em *colaboração social*.

Portanto, pode-se supor que a reorganização política dos empresários da saúde nos anos 1990 fez parte de um movimento mais amplo de redefinição das relações de poder que no setor Saúde se expressou na criação da Confederação Nacional de Saúde (CNSa), em 1994. Enquanto uma entidade sindical de terceiro grau, passa a representar os interesses de todos os prestadores privados de saúde no país (lucrativos e filantrópicos), tais como hospitais, clínicas e serviços de diagnóstico, imagem e fisioterapia, assim como as operadoras de planos de saúde e as operadoras de planos de saúde. Além do objetivo de manter a *saúde financeira* das empresas, parece que essa associação foi sendo tecida contra uma eventual *estatização progressiva* na área da saúde tal qual formulada na VIII CNS, em 1986, e representa o esforço no interior dessa fração burguesa de superar antigas disputas de interesses e divergências que marcaram principalmente as trajetórias da Associação Brasileira de Medicina de Grupo e da Federação Brasileira de Hospitais, em nome de um projeto empresarial coeso para a área, conforme demonstra o estudo de Braga (2012).

Como representante máxima dos interesses sindicais patronais na área, a confederação disputa na sociedade civil e no Estado a leitura socializante da saúde a favor da liberdade de mercado; e também disputa no interior do bloco dominante o seu espaço de atuação. Particularmente, com a Confederação Nacional do Comércio (CNC) tem disputado o controle da formação dos trabalhadores da saúde com a proposta de constituição do Sistema S da Saúde.

A CNSa junto com a Associação Nacional de Hospitais Privados (ANAHP), criada em 2001, representando dos interesses dos hospitais de alto nível, também conhecidos como hospitais-hotel, e com o conjunto de hospitais privados filantrópicos reconhecidos, em 2009, como *hospitais de excelência a serviço do SUS* pelo Ministério da Saúde na gestão de José Gomes Temporão estão na base da organização política da nova burguesia de serviços de saúde no país.

Segundo Boito Júnior (1999), a fração burguesa de serviços ocupa uma posição singular no bloco do poder, pois o imperialismo e todas as frações burguesas estão unidos na pressão pela redução dos gastos sociais do Estado e, nessa medida, convergem na defesa, mesmo que indireta, dos interesses dessa nova burguesia que atua nas áreas de educação, saúde e previdência social. Além da consolidação

econômica daí decorrente, a política neoliberal acaba conferindo legitimidade social a essa fração na medida em que a apologia do mercado estigmatiza os serviços públicos, legitimando assim a mercantilização nessas áreas.

Porém, adverte o autor, essa convergência de interesses não significa que essa fração burguesa seja uma fração hegemônica e que as vantagens que obtém decorram de sua própria força. Na realidade, a sua existência depende diretamente da supressão dos direitos sociais e da degradação dos serviços públicos. Em outras palavras, “vive das sobras da guerra que o neoliberalismo trava contra os trabalhadores” (Boito Júnior, 1999: 72). Daí, dependendo da recuperação dos movimentos sociais, o imperialismo e o grande capital podem fazer concessões e sacrificar parte maior ou menor do mercado de serviços em detrimento dos interesses dessa fração.

Em síntese, com a superação da crise de hegemonia burguesa e a rearticulação do seu poder de classe durante o governo Fernando Henrique Cardoso, e considerando-se a complexa reconfiguração da relação público-privado no interior do SUS nos anos 1990, a racionalidade do mercado se impôs à ideia de um Estado que não abdicasse de ser o prestador direto de serviços de saúde, tal qual a defendida pela Reforma Sanitária nos anos 1980 (Campos, 2006).

Concomitante à reorganização política da burguesia de serviços de saúde, observa-se uma vigorosa reestruturação das empresas médicas que acompanha ao longo desse período a tendência internacional de financeirização, de diversificação dos ativos, a concentração do mercado por meio de fusões e incorporações, ao mesmo tempo que expande a sua rede própria, como o caso emblemático da Amil, que em 2007 lança suas ações na Bolsa de Valores de São Paulo (Bovespa). Para Bahia (2012), não foi a mobilidade social ascendente ocorrida no governo Lula que alavancou a reestruturação produtiva das empresas de saúde, mas a continuidade do pacto que, desde o governo Fernando Henrique Cardoso, envolve juros altos, liberdade de movimento dos capitais e corte dos gastos públicos.

Os hospitais privados ou hospitais-empresa também passam por uma reestruturação importante, particularmente aqueles cujo projeto é especializar-se como hospital de alto nível, com tecnologia sofisticada e atenção à saúde personalizada para quem tem capacidade de pagar pelos serviços. Essa reestruturação envolve novas formas de organização do trabalho assistencial e a incorporação de novas TICs, que acompanham a difusão do paradigma de acumulação flexível no Brasil (Pires, 2008).

Como parte do cenário de avanço da financeirização e mercantilização na área da saúde, o capital instalado no setor conseguiu aprovar no Congresso Nacional a lei n. 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que permite a participação de empresas multinacionais e do capital estrangeiro na oferta de serviços de saúde. Essa lei altera o art. 23 da lei orgânica da saúde (lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990) e inclui o art. 53-A, produzindo as seguintes alterações:

Art. 23. É permitida a participação direta ou indireta, inclusive controle, de empresas ou de capital estrangeiro na assistência à saúde nos seguintes casos:

I – doações de organismos internacionais vinculados à Organização das Nações Unidas, de entidades de cooperação técnica e de financiamento e empréstimos;

II – pessoas jurídicas destinadas a instalar, operacionalizar ou explorar:

a) hospital geral, inclusive filantrópico, hospital especializado, policlínica, clínica geral e clínica especializada; e

b) ações e pesquisas de planejamento familiar;

III – serviços de saúde mantidos, sem finalidade lucrativa, por empresas, para atendimento de seus empregados e dependentes, sem qualquer ônus para a seguridade social; e

IV – demais casos previstos em legislação específica.

Art. 53 – A. Na qualidade de ações e serviços de saúde, as atividades de apoio à assistência à saúde são aquelas desenvolvidas pelos laboratórios de genética humana, produção e fornecimento de medicamentos e produtos para saúde, laboratórios de análises clínicas, anatomia patológica e de diagnóstico por imagem e são livres à participação direta ou indireta de empresas ou de capitais estrangeiros.

A atuação do capital estrangeiro na saúde foi vedada pela Constituição Federal, porém desde a aprovação da Lei dos Planos de Saúde (lei n. 9.656, de 3 de junho de 1998) foi permitida a sua entrada na área da assistência suplementar. Por outro lado, diferentemente do setor de planos e seguros de saúde, aos quais é permitido abrir suas ações na bolsa de valores por se considerar que não são prestadores diretos de serviços, os hospitais privados estão impedidos por mandato constitucional. Porém, essa restrição não impediu que a rede D'Or do Rio de Janeiro e o grupo Vita de Santa Catarina, por exemplo, se associassem a investidores estrangeiros por meio das transações com debêntures, contando com o apoio da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), do Conselho de Defesa da Concorrência e da Secretaria de Direito Econômico do Ministério da Justiça (Bahia, 2012).

Portanto, o setor Saúde já estava parcialmente aberto a investidores internacionais nas empresas de planos e seguros de saúde, nos grupos hospitalares ligados a eles e em laboratórios de exames diagnósticos. Nos dois últimos casos, atuavam de modo não autorizado, mas com o consentimento dos órgãos governamentais. Com a abertura irrestrita à participação do capital estrangeiro na saúde possibilitada pela lei n. 13.097/2015 combinada com o subfinanciamento público do Sistema Único de Saúde (SUS), a tendência será impulsionar a privatização e mercantilização do setor como defende as lideranças do setor privado, aqui denominada de nova burguesia de serviços de saúde (Scheffer, 2015).

Entre as principais características da nova burguesia de serviços de saúde, pode-se citar a organização baseada num complexo assistencial em saúde que agrega em torno de si serviços próprios e terceirizados, com atuação e especialização na área de alta complexidade; a multiconveniência com planos de saúde em nível nacional e internacional; a incorporação do modelo de gestão baseado na *governança corporativa*, com a perspectiva de abertura de capital na bolsa de valores e torná-las atraentes para o mercado; as iniciativas baseadas no conceito de responsabilidade social; a busca do processo de acreditação visando agregar valor ao empreendimento e abrir novos nichos de mercado, como o *turismo em saúde*; e o desenvolvimento da pesquisa e de ações de ensino no interior dos hospitais-empresa (Lima, 2010).

Todas essas mudanças que passam a ocorrer no interior dos hospitais privados inclusive filantrópicos, nas empresas de planos de saúde, na relação público-privado no interior do SUS e, de maneira geral, nas relações sociais mais amplas com base na reforma do Estado, na financeirização da economia e na acelerada difusão das TICs, passam a exigir o aumento da escolaridade do conjunto da população e especialmente dos trabalhadores técnicos de saúde nas duas primeiras décadas do século XXI.

Não se trata de coincidência que um dos fenômenos mais relevantes no período recente no campo da educação profissional em saúde seja a incorporação acelerada de trabalhadores de enfermagem com escolaridade equivalente ao ensino médio, tanto nos serviços públicos como privados. Durante sessenta anos (1923-1983) de institucionalização da enfermagem moderna no país, o patamar de escolarização para o trabalho na área, nos anos 1980, era de quatro anos, com a presença maciça dos atendentes de enfermagem como a principal força de trabalho. No entanto, em vinte anos (1983-2003), em que pese a presença de um grande contingente de auxiliares de enfermagem no mercado de trabalho setorial, verifica-se a tendência de extinção desta categoria profissional tal qual ocorreu com os atendentes a partir da aprovação da lei do exercício profissional em 1986 (lei n. 7.498/1986), pelo estabelecimento do ensino médio como patamar mínimo de escolarização para registro no conselho profissional e de ingresso no mercado de trabalho (Cofen, 2003). Essas mudanças indicam que a tendência de aumento da escolaridade vai progressivamente tornar o técnico de enfermagem e o enfermeiro de nível superior como as duas únicas categorias profissionais da área. O primeiro teoricamente responsável pelo trabalho simples e o enfermeiro pelo trabalho complexo (Lima, 2010).

O Profae (2000-2007), elaborado inicialmente com o objetivo de (re)qualificar os atendentes em auxiliares, acabou também assumindo a (re)qualificação dos auxiliares para técnicos de enfermagem. Financiado com recursos do Banco Interamericano de Desenvolvimento (185 milhões de dólares) e do Fundo de Amparo do Trabalhador (185 milhões de dólares), o Profae foi um projeto ambicioso de formação profissional em saúde de âmbito nacional que ganhou repercussão internacional por sua concepção, seu formato de organização e pelos resultados alcançados. Baseando-se na experiência do Projeto Larga Escala, usou da estratégia de integração ensino-

serviço, descentralização dos cursos e articulação com o ensino supletivo, dentro do quadro referencial da modalidade de educação de jovens e adultos, conforme o parecer do Conselho Nacional de Educação (CNE) n. 10/2000.

Com o Profae, o setor Saúde assume a tarefa de ordenar a formação de auxiliares de enfermagem, como prevê o artigo 200 da Constituição Federal, acionando diversos dispositivos de regulação e normatização da formação profissional perante a Câmara de Educação Básica do CNE e no interior do Ministério da Saúde, além de institucionalizar a Rede de Escolas Técnicas de Saúde, denominada RET-SUS, rede governamental que congrega atualmente 36 ETSUS, existentes em 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, em sua maioria vinculadas às secretarias estaduais de Saúde.

Mas, ao contrário do Larga Escala, que buscou o compromisso financeiro do setor público com a oferta da formação profissional por meio das ETSUS, o Profae foi um bom exemplo de organização da *competição administrada* no interior do Ministério da Saúde (MS), ao fazer das ETSUS integrantes de um sistema de oferta de serviços educacionais competindo indistintamente com as escolas privadas, com base nas demandas do MS. Do ponto de vista da concepção educacional, tornou-se o principal projeto de difusão da pedagogia das competências em nosso meio e contribuiu para que a área da saúde incorporasse, mais que outras áreas, essa diretriz (Ramos, 2007).

O Profae, no entanto, foi um projeto circunstancial e emergencial. Após a sua extinção o MS começou a discutir a ampliação da experiência para outras áreas por meio do Programa de Formação na Área de Educação Profissional (Profaps). Ao mesmo tempo, porém, apoia a criação do Sistema S da Saúde, isto é, do Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (SENASS) e do Serviço Social da Saúde (SESS), proposta pela CNSa no projeto de lei do Senado n. 131, de 7 de agosto de 2001. Segundo o relatório elaborado pelo senador Sérgio Guerra (PSDB-PE), em 2008, o MS avalia que essa iniciativa contribui para a construção da relevância social da saúde e oferece um instrumento importante para o cumprimento da missão constitucional do SUS (Brasil, 2008).

Arquivado no fim da legislatura de 2010 por pressão do Sistema Senac/Sesc, a estimativa de arrecadação, considerando o desconto de 2,5% sobre a folha de pagamento dos estabelecimentos de saúde, em 2010, era da ordem de 250 milhões de reais por ano. Ou seja, parece que a disputa entre a CNC e a CNSa é fundamentalmente pelo acesso e controle do fundo público formado com base nas empresas de saúde.

As principais justificativas para a criação desse sistema baseiam-se no fato de que a saúde não é comércio e na falta de prioridade e investimento do sistema Senac/Sesc em ações de saúde (Brasil, 2005). Os cursos previstos são auditoria e faturamento hospitalar; gestão em *home care*; hotelaria hospitalar; ouvidoria em saúde; gestão do atendimento; gestão dos custos em saúde; elaboradorista. Isto é, cursos que, na sua maioria, potencializam a realização da cadeia de valor das

empresas de saúde e hospitais-empresa, sendo todos de graduação tecnológica ou cursos superiores de tecnologia.

Aliás, a abertura desse tipo de curso na área da saúde é outra forte tendência a partir do ano 2000. Com base nos censos de educação superior do MEC/Inep, verifica-se que entre 2001 e 2003 explode a oferta de cursos de graduação tecnológica em todas as áreas de conhecimento, mas essa expansão é mais expressiva na área da saúde. Nesse período, enquanto o total de cursos superiores de tecnologia se expande 22,8%, 42,3% e 79,6%, respectivamente, os de tecnólogos em saúde crescem 88,9%, 177% e 100,0%, respectivamente (Campello & Lima, 2007).

Outro dado é que, no período 1991-1999, a oferta de cursos se concentrava nas áreas de equipamentos médico-hospitalares, radiologia e saúde visual. A partir dos anos 2000, a oferta se amplia para as áreas de educação física, estética, gestão em saúde, nutrição e dietética, reabilitação, saúde bucal, saúde pública e segurança do trabalho. Essa expansão se deu à revelia do parecer do Conselho Nacional de Saúde, de 2002, sobre a não pertinência de cursos tecnológicos na área da saúde.

Campello e colaboradores apontam que a explosão de cursos tecnológicos na área da saúde é decorrente fundamentalmente do aumento da oferta de vagas nas instituições privadas, pois “enquanto no setor público observa-se um crescimento de 404% entre 2000 e 2006, no privado a oferta cresce mais de 5.800%” (2009: 180). Isso indica um processo progressivo de *flexibilização* do ensino superior associado a uma intensa privatização dessa modalidade de ensino, que decorre do caráter privatista das políticas educacionais que foram adotadas a partir do fim dos anos 1990 e que tem continuidade no governo Lula da Silva.

Portanto, são duas as principais tendências que se esboçam para a educação profissional em saúde para o século XXI: 1) aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos de saúde, tendo o ensino médio completo como o patamar mínimo para o ingresso no mercado de trabalho; 2) abertura, ampliação e diversificação dos cursos de graduação tecnológica, sob a ótica do capital instalado no setor Saúde.

Ademais, a potencial criação do Sistema S da Saúde pode vir a esvaziar ou mesmo extinguir a RET-SUS, ou subordinar a sua atuação aos imperativos do mercado privado de saúde. O desafio que está posto para a sociedade, criando ou não o Sistema S da Saúde, é discutir a função social desse sistema, a natureza da formação profissional oferecida, quem a define e a sua efetiva democratização. Na medida que é sustentado pelo fundo público compulsório, o Estado e a sociedade têm a obrigação de discutir a tendência crescente de transformação do Sistema S em *unidades de negócio*. Como aponta Frigotto (2007: 1.147-1.148),

Os movimentos sociais, as organizações ligadas à classe trabalhadora e o Estado brasileiro devem exercer o controle para que os recursos públicos arrecadados pelo Sistema S tenham um fim claramente público. (...) Os tempos em que vivemos não permitem que a [formação profissional] seja efetivada na perspectiva unidimensional de “adestrar as mãos e aguçar o olho” (...).

A questão ética, política e jurídica é a seguinte: se o Sistema S ou parte dele quer ser empresa (unidade de negócio), até para que não haja concorrência desleal no mercado, é preciso que renuncie ao fundo público compulsório, devolva o patrimônio construído ao longo de mais de cinquenta anos e pague pela marca ou mude de nome. Em outros termos, ou o Sistema S utiliza o fundo público que recebe para políticas públicas orientadas pelo Estado, ou o Estado tem o dever político, social, econômico e ético de rever a legislação que cria este sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir dos anos 1950, a necessidade de escolarização e formação profissional dos trabalhadores técnicos de saúde torna-se um fenômeno irreversível em razão das profundas mudanças nas relações sociais capitalistas que se verificam tanto no plano internacional, como internamente. No primeiro caso, uma nova divisão internacional do trabalho começa a solapar a antiga, com a crescente oligopolização e internacionalização da economia, acompanhada da difusão mundial do modelo de produção fordista, que encontra nesse momento as condições para sua consolidação, e da revolução tecnológica que então se verifica com a produção de novos produtos, particularmente da indústria farmacêutica e de equipamentos médico-hospitalares. A ideologia desenvolvimentista que então se dissemina na América Latina e no Brasil, cuja maior expressão é a teoria do *capital humano*, não pode ser dissociada desse contexto.

No plano interno, o capitalismo monopolista se instala no contexto de uma industrialização pesada e acelerada pela execução do Plano de Metas do governo Juscelino Kubitschek (1956-1961), determinando opções econômicas comprometidas com a internacionalização da economia, a inovação tecnológica, a produção em larga escala e a competitividade dos produtos no mercado externo, porém ampliando e aprofundando as relações de dependência externa. O desenvolvimento das relações de produção capitalista e do conjunto da estrutura social no Brasil transforma a estrutura das classes sociais, faz avançar a hegemonia da cultura urbana sobre a cultura agrária e reconfigura o setor Saúde. Nesse âmbito começa a se organizar tanto o complexo médico-industrial como o médico-empresarial, o que corresponderá a uma avançada organização capitalista do setor e possibilitará a *capitalização da medicina* com o apoio do Estado.

Esse processo vai permitir que o setor de atenção médica no Brasil aumente de importância econômica, mobilizando um volume cada vez maior de recursos e uma crescente acumulação de capital no seu interior, e ao mesmo tempo o aumento da dependência externa, na forma de controle do capital, da tecnologia empregada e da importação de equipamentos e matérias-primas. Concomitante à maior tecnificação do ato médico, assiste-se ao assalariamento em larga escala dos trabalhadores da saúde e a uma maior divisão técnica do trabalho. Nesse processo, é possível identificar dois marcos institucionais importantes a partir dos quais se radicaliza a capitalização da medicina no país: a criação do INPS, em 1966, e do MPAS, em 1974. Esses marcos

estão implicados na formação e consolidação da *burguesia de serviços de saúde* e suas demandas de formação para o trabalho em saúde.

É a partir das mudanças nas relações sociais capitalistas e, particularmente das mudanças qualitativas e quantitativas no padrão de organização dos serviços de saúde ou da emergência do hospital moderno no Brasil que deve ser entendido o *boom* da regulamentação educacional dos técnicos de saúde que ocorre desde os anos 1970, assim como a incorporação maciça de trabalhadores de nível elementar sem qualificação profissional em saúde como forma de baratear os custos dos serviços médicos. Esse último fenômeno vai configurar, à época, uma polarização das qualificações no mercado de trabalho setorial na medida em que os estabelecimentos públicos e privados privilegiaram, de um lado, a absorção de médicos e, de outro, os atendentes de enfermagem e outros trabalhadores de nível elementar com precária escolarização e qualificação profissional.

Portanto, nos anos 1980, para o movimento da Reforma Sanitária brasileira que então se organiza no contexto de redemocratização da sociedade estavam postos dois desafios: a mudança da direção da política de saúde com privilegiamento do setor público e a qualificação do grande contingente de trabalhadores sem formação profissional no interior dos serviços de saúde. Esse contingente está na base para a operacionalização do Larga Escala. Reconhecido como alternativa pública e político-pedagógica para a formação dos técnicos de saúde, ou de trezentos mil trabalhadores empregados sem qualificação específica que representavam aproximadamente 50% da força de trabalho em saúde naquele momento, o Larga Escala tinha três preocupações centrais: a flexibilidade da carga horária, do tempo de formação e do corpo docente dos cursos; a inclusão dos trabalhadores; e a autonomia relativa dos técnicos de saúde.

Responsável pela organização dos Cefor e/ou das ETSUS nos estados brasileiros, o Larga Escala sofreu desde o início grandes dificuldades e resistências políticas em criar essas estruturas no âmbito das secretarias estaduais de saúde com independência administrativa e financeira. Entre os obstáculos, podem-se enumerar as objeções quanto ao papel formador dos serviços de saúde, a ocupação do espaço e consequente interrupção dos trabalhos diante de outras prioridades e a vulnerabilidade das equipes locais de supervisão às injunções políticas locais. Agregue-se a isso a disputa ou mesmo o bloqueio do setor privado de ensino, que impedia em nome dos seus interesses a abertura dessas escolas. Diante dessas dificuldades, a equipe do projeto tentou no fim dos anos 1980 criar uma alternativa estrutural com a proposta de criação de escolas técnicas de saúde no âmbito do setor público nas três esferas de governo com base no financiamento do Protec do governo Sarney.

No setor público federal previa-se criar nas escolas técnicas federais e nos centros federais de educação tecnológica, as unidades descentralizadas para o ensino técnico de saúde. A concepção de escola se pautava pela noção do *trabalho como princípio educativo* e se caracterizava pela multiprofissionalidade, flexibilidade (para atender alunos nas modalidades regular e supletiva), abrangência (oferecendo tanto

educação geral como formação profissional), extensivas quanto à cobertura (com cursos descentralizados) e experimentais. Portanto, mesmo sem explicitar, a proposta incorporava a discussão dos setores progressistas da área de educação que defendiam a organização do então ensino de segundo grau na forma de uma explicitação da questão do trabalho baseado na noção de politecnia, tal qual a outra matriz de formação de trabalhadores que se organiza na segunda metade dos anos 1980, no interior da Fundação Oswaldo Cruz.

Entretanto, a perspectiva progressista de uma reforma educacional pautada pelo ideário da politecnia e de um sistema de saúde público universal, integral, com equidade e resolutivo perdeu o vigor nos anos 1990 sob o impacto da doutrina neoliberal, do novo modo de acumulação de capital sob hegemonia do capital financeiro e da nova base técnica de produção microeletrônica. Como afirma Harvey (2008: 41), a “neoliberalização significou a ‘financeirização’ de tudo”, no sentido de submeter todos os campos da vida social e abrir novas fronteiras de investimento à valorização do capital privado. Nesse sentido, o neoliberalismo passa não só a dominar a economia e o Estado, mas também a vida cotidiana, criando uma volatilidade sempre crescente nas relações globais de troca, a expressão mais acabada da mundialização do capital. No campo da saúde assiste-se à emergência das propostas de *competição administrada* e da indústria hospitalar de alta capitalização. No campo educativo, o ajuste neoliberal se manifesta por meio do rejuvenescimento da teoria do capital humano, fundamentando-se na *sociedade do conhecimento* e na *pedagogia das competências*.

O Brasil ingressa definitivamente no circuito internacional de valorização financeira com o Plano Real, que habilita o governo Fernando Henrique Cardoso (1995-1998 e 1999-2002) perante a burguesia para conduzir a coalizão de poder capaz de restaurar o poder de classe e superar a crise de hegemonia no país, assim como dar sustentação ao programa de estabilização do FMI e viabilizar as reformas preconizadas pelo Banco Mundial. É um período caracterizado pelas iniciativas em torno da reestruturação do Estado, que de produtor direto de bens e serviços passa a ser o coordenador de iniciativas privadas ou um Estado gerencial. O governo Fernando Henrique Cardoso inaugura entre nós o discurso da *governança* para justificar essa redefinição do papel do Estado e o de *competição administrada* para viabilizar a transformação dos serviços públicos em organizações públicas não estatais ou serviços não exclusivos do Estado.

Essa forma de propriedade, não abolida nos governos Lula da Silva (2003-2009) e Dilma Rousseff (2010-2014), está implicada diretamente nas novas formas de privatização no setor Saúde que daí em diante passam a ocorrer por meio das parcerias público-privadas, entre as quais as mais conhecidas são as organizações sociais, bem como no próprio fortalecimento da nova burguesia de saúde e suas demandas de formação para o trabalho em saúde. A flexibilização do SUS foi posta em execução no plano federal a partir do Programa Nacional de Publicização aprovado oficialmente

pela lei n. 9.637, de 15 de maio de 1998, ou Lei das Organizações Sociais. Contudo, como parte de um movimento mais amplo de redefinição das relações de poder no país, assiste-se desde 1994 à reorganização política dos empresários de saúde que se expressou na criação da CNSa, entidade sindical de terceiro grau que passa a representar os interesses de todos os prestadores privados de saúde (lucrativos e filantrópicos) e as operadoras de planos de saúde, cujo ex-presidente ocupa atualmente a presidência da ANS.

Como representante máxima dos interesses patronais na área, a CNSa disputa na sociedade civil e no Estado a leitura socializante da saúde a favor da liberdade de mercado; e também disputa no interior do bloco dominante o seu espaço de atuação. Particularmente, com a CNC tem disputado o controle da formação dos trabalhadores de saúde com a proposta de criação do Sistema S da Saúde, desde 2001. Sob a justificativa de que a saúde não é comércio e a falta de prioridade do Sistema Senac/Sesc em ações de saúde, parece que essa disputa é fundamentalmente pelo controle do fundo público arrecadado com os impostos cobrados com base na folha de pagamento das empresas privadas de saúde, além de outros recursos do Tesouro Nacional.

A análise efetuada nesse trabalho permite afirmar que a CNSa, a ANAPH e as empresas de planos privados de saúde estão na base da organização da nova burguesia de serviços de saúde e suas demandas de formação para o trabalho. A ANAPH representa os interesses dos hospitais de alto nível, também conhecidos como hospitais-empresa e/ou hospitais-hotel. Esses estabelecimentos detêm tecnologias sofisticadas, a atenção à saúde é personalizada para aqueles com capacidade de pagamento, avançam na reestruturação da organização do trabalho assistencial associado à incorporação de novas TICs e encontram formas de valorização do capital com aplicações no mercado financeiro, apesar da proibição constitucional. Pelo contrário, ao setor de planos e seguros de saúde é permitido abrir suas ações na bolsa de valores por se considerar que não são prestadores diretos de serviços, como o exemplo da Amil, que, em 2007, lança suas ações na Bovespa.

A nova burguesia de serviços de saúde pode ser caracterizada como aquela que se organiza em torno de um complexo assistencial em saúde, agregando em torno de si serviços próprios e terceirizados, com atuação e especialização na área de alta complexidade; fazem multiconveniência com planos de saúde em nível nacional e internacional; incorporam o modelo de gestão baseado na *governança corporativa*, com a perspectiva de abertura de capital na bolsa de valores para torná-las atraentes no mercado; se baseiam em iniciativas inspiradas no conceito de responsabilidade social; buscam a acreditação hospitalar visando agregar valor ao empreendimento e a abertura de novos nichos de mercado, como o *turismo em saúde*; e desenvolvem pesquisa e ações de ensino no interior dos hospitais-empresa.

Como parte desse cenário de avanço da financeirização e mercantilização na área da saúde, o capital instalado no setor conseguiu aprovar no Congresso Nacional a lei n. 13.097, de 19 de janeiro de 2015, que permite a atuação do capital estrangeiro na

assistência à saúde e serviços laboratoriais de exames diagnósticos, o que tende a impulsionar a privatização no setor.

Todas essas mudanças que passam a ocorrer no interior dos hospitais privados, inclusive filantrópicos, nas empresas de planos de saúde, na relação público-privado no interior do SUS e, de maneira geral, nas relações sociais mais amplas a partir da reforma do Estado, da financeirização da economia e da acelerada difusão das TICs, passam a exigir o aumento da escolaridade do conjunto da população e especialmente dos trabalhadores técnicos da saúde.

Desse último ponto de vista, pode-se dizer que as duas principais tendências no campo da educação profissional em saúde para o século XXI atualmente são o aumento da escolaridade dos trabalhadores técnicos da saúde, particularmente na área de enfermagem, tendo o ensino médio completo como o patamar mínimo para o ingresso no mercado de trabalho setorial, tanto no setor público como privado; e a abertura, ampliação e diversificação dos cursos de graduação tecnológica, sob a ótica do capital instalado no setor, isto é, da nova burguesia de serviços de saúde. Uma fração burguesa que, como diz Boito Júnior (1999), não é uma fração hegemônica, cujas vantagens não decorrem da sua própria força e que depende para existir da supressão dos direitos sociais e da degradação dos serviços públicos. Daí que, dependendo da recuperação dos movimentos sociais, o imperialismo e o grande capital podem fazer concessões e sacrificar parte maior ou menor do mercado de serviços, em detrimento dos interesses dessa fração.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. Os modelos de Reforma Sanitária dos anos 1980: uma análise crítica. *Saúde e Sociedade*, 5(1): 3-53, 1996.
- ANTUNES, R. *Os Sentidos do Trabalho*. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2000.
- BAHIA, L. O SUS e os desafios da universalização do direito à Saúde: tensões e padrões de convivência entre o público e o privado no sistema de saúde brasileiro. In: LIMA, N. T. (Org.). *Saúde e Democracia: história e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- BAHIA, L. Financeirização da assistência médico-hospitalar no governo Lula. In: MACHADO, C. V.; BAPTISTA, T. W. F. & LIMA, L. D. (Orgs.). *Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- BOITO JÚNIOR, A. *Política Neoliberal e Sindicalismo no Brasil*. São Paulo: Xamã, 1999.
- BRAGA, I. F. *Entidades Empresariais e a Política Nacional de Saúde: da cultura de crise à cultura da colaboração*, 2012. Tese de Doutorado em Saúde Pública, Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz.
- BRAGA, J. C. S. & PAULA, S. G. *Saúde e Previdência: estudos de política social*. São Paulo: Cebes, Hucitec, 1981.
- BRASIL. *IV Conferência Nacional de Saúde*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 1967.

BRASIL. *Recursos Humanos para Serviços Básicos de Saúde: formação de pessoal de níveis médio e elementar pelas instituições de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1982.

BRASIL. Lei n. 7.498, de 25 jun. 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, p. 9.273, 26 jun. 1986a. Seção 1.

BRASIL. I Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. *Relatório Final*. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b.

BRASIL. Ministério da Educação. *Escolas Técnicas de Saúde: subsídios para sua implantação*. Brasília: Ministério da Educação, 1989.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado. *Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado*. Brasília: Presidência da República, 1995.

BRASIL. Senado Federal. Relatório da audiência pública do projeto de lei do Senado n. 131/2001 que cria o Sistema S da Saúde. Brasília: Senado Federal, 2005.

BRASIL. Senado Federal. Minuta do parecer da Comissão de Assuntos Sociais sobre o projeto de lei do Senado n. 131, de 2001, que cria o Serviço Social da Saúde (Sess) e o Serviço Nacional de Aprendizagem da Saúde (Senass). Brasília: Senado Federal, 2008. Disponível em: <<http://legis.senado.leg.br/mateweb/arquivos/mate-pdf/63788.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2015.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 13.097, de 19 jan. 2015. Reduz a zero as alíquotas da contribuição para o PIS/PASEP, da Cofins, da Contribuição para o PIS/Pasep-Importação e da Cofins-Importação incidentes sobre a receita de vendas e na importação de partes utilizadas em aerogeradores. *Diário Oficial da União*, Brasília, 20 jan. 2015. Disponível em: <www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13097.htm>. Acesso em: 20 jan. 2016.

CAMPELLO, A. M. B. & LIMA, J. C. F. Formación de tecnólogos en salud en Brasil: tendencias y situación actual. In: CONGRESO DE TECNOLOGÍA DE LA SALUD, 1, maio 2007, Havana.

CAMPELLO, A. M. B. *et al.* O ensino como negócio: a expansão da oferta dos cursos de formação de tecnólogos em saúde no Brasil. *Trabalho, Educação e Saúde*, 7, supl. 1: 175-190, 2009.

CAMPOS, G. W. S. Efeitos paradoxais da descentralização no Sistema Único de Saúde no Brasil. In: FLEURY, S. (Org.). *Democracia, Descentralização e Desenvolvimento: Brasil e Espanha*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2006.

CARVALHO, A. C. *Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976*. Documentário. Brasília: Aben, 1976.

CENTRO BRASILEIRO DE ESTUDOS DE SAÚDE (CEBES) (Org.). *Saúde e Revolução: Cuba – antologia de autores cubanos*. Rio de Janeiro: Achiamé, Cebes, 1984.

CHESNAIS, F. *A Mundialização do Capital*. São Paulo: Xamã. 1996.

CHESNAIS, F. (Org.). *A Finança Mundializada: raízes sociais e políticas, configuração, consequências*. São Paulo: Boitempo, 2005.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (CFE). Resolução Cofen n. 276/2003. Regula a concessão de inscrição provisória ao Auxiliar de Enfermagem. Rio de Janeiro: Cofen, 16 jun. 2003.

CORDEIRO, H. A. *As Empresas Médicas: as transformações capitalistas da prática médica*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

COUTINHO, C. N. O Estado brasileiro: gênese, crise, alternativas. In: LIMA, J. C. F. & NEVES, L. M. W. (Orgs.). *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

FERNANDES, F. *Capitalismo Dependente e Classes Sociais na América Latina*. 4. ed. rev. São Paulo: Global, 2009.

FRIGOTTO, G. *Educação e a Crise do Capitalismo Real*. São Paulo: Cortez, 1995.

FRIGOTTO, G. A relação da educação profissional e tecnológica com a universalização da educação básica. *Educação e Sociedade*, 28(100): 1.129-1.152, 2007.

GIRARDI, S. Aspectos gerais da regulação: notas em torno do estado da arte. In: SANTANA, J. P. (Org.). *Regulação do Trabalho em Saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 1994. Disponível em: <http://epsm.nescon.medicina.ufmg.br/epsm/Publicacoes/Aspectos%20gerais%20da%20regulacao_notas%20em%20torno%20do%20estado%20da%20arte.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2015.

GIRARDI, S.; FERNANDES JUNIOR, H. & CARVALHO, C. L. A regulamentação das profissões de saúde no Brasil. *Espaço para a Saúde*, 2(1), 2000. Disponível em: <www.uel.br/ccs/espacoparasaude/v2n1/Doc/RPSB.doc>. Acesso em: 10 jul. 2015.

GRAMSCI, A. *Cadernos do Cárcere*. v. 2. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2000.

HARVEY, D. *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Loyola, 1998.

HARVEY, D. *O Neoliberalismo: história e implicações*. São Paulo: Loyola, 2008.

HIRATA, H. Da polarização das qualificações ao modelo de competência. In: FERRETI, C. J. et al. (Orgs.). *Novas Tecnologias, Trabalho e Educação: um debate interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes, 1994.

IANNI, O. *Estado e Planejamento Econômico no Brasil*. 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1991.

IRIART, C. Capital financiero versus complejo médico-industrial: los desafíos de las agencias regulatorias. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(5): 1.619-1.626, 2008.

LAURELL, A. C. A privatização seletiva na seguridade social e na saúde. In: MALAGUTI, M. L.; CARCANHOLO, M. D. & CARCANHOLO, R. A. (Orgs.). *A Quem Pertence o Amanhã? Ensaios sobre o neoliberalismo*. São Paulo: Loyola, 1997.

LIMA, J. C. F. *Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem*, 2010. Tese de Doutorado em Educação, Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

LIMA, J. C. F. Breve história das disputas em torno do processo de regulamentação profissional e educacional das profissões em saúde: do Brasil colonial à Primeira

- República. In: MOROSINI, M. V. G. C. *et al.* (Orgs.). *Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2013.
- LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. & PRONKO, M. A. Trabalho complexo. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009a.
- LIMA, J. C. F.; NEVES, L. M. W. & PRONKO, M. A. Trabalho simples. In: PEREIRA, I. B. & LIMA, J. C. F. (Orgs.). *Dicionário da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009b.
- LIMA, J. C. F.; RAMOS, M. N. & LOBO NETO, F. J. S. Regulamentação profissional e educacional em saúde: da década de 1930 ao Brasil contemporâneo. In: MOROSINI, M. V. G. C. *et al.* (Orgs.). *Trabalhadores Técnicos em Saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2013.
- LIMA, J. C. F. *et al.* Educação profissional em saúde: uma análise a partir do censo escolar 2002. In: BARROS, A. F. R. (Org.). *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. v. 2. Brasília: Ministério da Saúde, Opas, 2004.
- MARTINS, A. S. Estratégias burguesas de obtenção do consenso nos anos de neoliberalismo da terceira via. In: NEVES, L. M. W. (Org.). *A Nova Pedagogia da Hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.
- MARX, K. *O Capital*. 3. ed. v. 1 e 2. São Paulo: Nova Cultural, 1988.
- MÉDICI, A. C. & PAIM, E. R. Estrutura e dinâmica da força de trabalho em enfermagem. In: MEDICI, A. C. (Org.). *Textos de Apoio: Planejamento I. Recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Abrasco, 1987.
- MELLO, J. M. C. *O Capitalismo Tardio*. 8. ed. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- MELO, M. P. & FALLEIROS, I. Reforma da aparelhagem estatal: novas estratégias de legitimação social. In: NEVES, L. M. W. (Org.). *A Nova Pedagogia da Hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.
- NEVES, L. M. W. *A Hora e a Vez da Escola Pública? Um estudo sobre os determinantes da política educacional do Brasil de hoje*, 1991. Tese de Doutorado em Educação, Rio de Janeiro: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- NEVES, L. M. W. (Org.). *A Nova Pedagogia da Hegemonia: estratégias do capital para educar o consenso*. São Paulo: Xamã, 2005.
- NEVES, L. M. W. & PRONKO, M. A. *O Mercado do Conhecimento e o Conhecimento para o Mercado: da formação para o trabalho complexo no Brasil contemporâneo*. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008.
- NOGUEIRA, R. P. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde do Brasil, 1970-1983. *Educación Médica y Salud*, 20(3): 335-348, 1986.
- NOGUEIRA, R. P. A força de trabalho em saúde. In: MEDICI, A. C. (Org.). *Textos de Apoio: Planejamento I. Recursos humanos em saúde*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Abrasco, 1987.

OLIVEIRA, J. A. & TEIXEIRA, S. M. F. *(Im)previdência Social: 60 anos de história da previdência no Brasil*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, Abrasco, 1986.

PAIM, J. S. *Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica*. Salvador, Rio de Janeiro: Edufba, Editora Fiocruz, 2008.

PAULANI, L. M. O projeto neoliberal para a sociedade brasileira: sua dinâmica e seus impasses. In: LIMA, J. C. F. & NEVES, L. M. W. (Orgs.). *Fundamentos da Educação Escolar do Brasil Contemporâneo*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PIRES, D. *Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil*. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

PIRES-ALVES, F. A. & PAIVA, C. H. A. *Recursos Críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

RAMOS, M. N. *A Pedagogia das Competências: autonomia ou adaptação?* São Paulo: Cortez, 2001.

RAMOS, M. N. Referências teórico-metodológicas da educação profissional em saúde no Brasil. Rio de Janeiro, 2007. (Mimeo.).

ROMANELLI, O. O. *História da Educação no Brasil (1930/1973)*. 27. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

SANTANA, J. P. Dimensões políticas da RET-SUS. *Vox Poli*. Rio de Janeiro, jan.-mar. 2001.

SANTOS, I. Entrevista. In: *Projeto Memória da Educação Profissional em Saúde*. Rio de Janeiro: Observatório dos Técnicos em Saúde, Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2006.

SANTOS, I. & SOUZA, A. A formação de pessoal de nível médio pelas instituições de saúde: Projeto Larga Escala, uma experiência em construção. *Saúde em Debate*, 24: 61-64, 1989.

SAVIANI, D. O choque teórico da politécnica. *Trabalho, Educação e Saúde*, 1(1): 131-152, 2003.

SAVIANI, D. *História das Ideias Pedagógicas no Brasil*. 2. ed. rev. e ampl. Campinas: Autores Associados, 2008.

SCHEFFER, M. O capital estrangeiro e a privatização do sistema de saúde brasileiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 31(4):663-666, abr., 2015.

SILVA, G. B. *A Enfermagem Profissional: análise crítica*. São Paulo: Cortez, 1986.

STARR, P. *La Transformación Social de la Medicina en los Estados Unidos de América*. México: Fondo de Cultura Económica, 1991.

Formato: 16 x 23 cm

Tipologia: Caxton Lt Bt, Interstate Light Condensed e NewsGoth Cn Bt

Papel: Print Max 90g/m² (miolo)

Cartão Supremo 250g/m² (capa)

CTP, impressão e acabamento: Didática Editora do Brasil Ltda.

Rio de Janeiro, novembro de 2016.

Não encontrando nossos títulos em livrarias, contactar a Editora Fiocruz:

Av. Brasil, 4036, 1º andar, sala 112 – Manguinhos

21040-361 – Rio de Janeiro, RJ

Tel.: (21) 3882-9039 e 3882-9041 – Telefax: (21) 3882-9006

editora@fiocruz.br

www.fiocruz.br/editora

É tão sabido que o trabalho é o centro das coisas do mundo e que falar do mundo do trabalho é falar do mundo e todas as suas coisas. Também é sabido que somente com a plenitude da saúde, individual e coletiva, é possível usufruir das coisas boas do mundo e resistir com mais força às más. Sabido, mais ainda, é o quanto a educação é a única forma de entender as coisas do mundo e, só então, poder transformá-las nas boas coisas.

O que não é muito sabido é que, entre essas coisas, trabalho-saúde-educação, assim juntinhas e engrenadas na rota da luta pelas boas coisas do mundo, são as que sustentam a respiração na caminhada. Respiração do inconformismo, da indignação e do impulso à luta. Mas, se tal não bastasse, é preciso não ter papas na língua. É preciso contrariar, além de os de sempre (os que detêm o capital), os que no campo da esquerda abrigam sua luta no guarda-chuva de adesão à ordem. Especialmente quando esta ordem lhes favorece, ainda que contradiga sua trajetória histórica. Este livro nos mostra essas contradições. Nele respiramos a crítica inteligente de altíssimo nível, embasada e, principalmente, não alinhada às sucessivas ordens que vêm (des)construindo o Brasil em seu projeto de “país do futuro”, desde sempre.

E, mais que isso, este livro, pela singeleza das pessoas ilustres que o compõem, pela beleza de suas falas contra a exploração de classe e pelo compromisso de caminhar na luta por um mundo das coisas boas, é um belo apetrecho que nos ajuda a respirar. Vamos respirá-lo para que nos inspire a seguir a boa rota sem adesões àquilo que, como diria Bertolt Brecht, parece impossível de mudar.

Luiz Carlos Fadel de Vasconcellos

Pesquisador do Departamento de Direitos Humanos,
Saúde e Diversidade Cultural da Escola Nacional de
Saúde Pública Sergio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz

Editora Fiocruz

ISBN 978-85-7541-481-1



9 788575 141481 1

Escola Politécnica de Saúde
Joaquim Venâncio

ISBN: 978-85-98768-89-2



9 788598 176889 2