

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL**

SHEILA MARIA PARREIRA ALVES

**A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DA
ENFERMAGEM NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
(1988 - 1998)**

VITÓRIA - ES

2013

SHEILA MARIA PARREIRA ALVES

**A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DA
ENFERMAGEM NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
(1988 -1998)**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Mestrado Profissional do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de concentração Cuidado e Administração em Saúde.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Carlota de Rezende Coelho.

VITÓRIA – ES

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca Setorial de Ciências da Saúde,
Universidade Federal do Espírito Santo, ES, Brasil)

A474f Alves, Sheila Maria Parreira, 1961-
A flexibilização das relações de trabalho da
enfermagem no hospital universitário da Universidade Federal do
Espírito Santo (1988 – 1998) / Sheila Maria Parreira Alves. – 2013.

162 f.

Orientadora: Maria Carlota de Rezende Coelho.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Espírito
Santo, Centro de Ciências da Saúde.

1. História da enfermagem. 2. Hospitais. 3. Trabalho. I.
Coelho, Maria Carlota de Rezende. II. Universidade Federal do
Espírito Santo. Centro de Ciências da Saúde. III. Título.

CDU:61


SHEILA MARIA PARREIRA ALVES

**A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DA
ENFERMAGEM NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO
(1988 – 1998)**


Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 25 de outubro de 2013.


COMISSÃO EXAMINADORA




Prof.^a Dr.^a Maria Carlota de Rezende Coelho
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora




Prof. Dr. César Albenes de Mendonça Cruz
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Membro Externo



Prof.^a Dr.^a Pauletê Maria Ambrósio Maciel
Universidade Federal do Espírito Santo
Membro Interno



Prof. Dr. Luiz Henrique Borges
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Suplente Externo



Prof.^a Dr.^a Leila Massaroni
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente Interno

À força de trabalho da enfermagem do HUCAM, em especial aos depoentes
que possibilitaram este estudo.

À minha mãe, ao meu companheiro Soli, aos meus filhos, André Luiz e Carol, pois sonho
que se sonha junto se transforma em realidade.

AGRADECIMENTOS

A decisão pelo ingresso nesta jornada acadêmica foi um momento bastante conflituoso para mim. Pude perceber como foi gratificante a infinidade de *contribuições* que possibilitaram a consecução deste trabalho. Por isso inicio estes agradecimentos com um *beijo no coração* para cada um dos familiares, amigos, parceiros, professores, colegas de trabalho e tantos outros que, de diferentes formas e intensidade, me ajudaram a atravessar esta *científica e tumultuada* fase de minha vida.

Aos *trabalhadores de enfermagem*, por se disponibilizarem a ser entrevistados contribuindo com seus depoimentos para este estudo.

Aos *professores do Mestrado Profissional em Enfermagem*, pelos momentos preciosos de reflexão e por partilharem seus saberes e experiências, fundamentais para o nosso crescimento.

Em especial, às professoras doutoras *Leila Massaroni e Maria Helena Amorim*, pela coragem e ousadia em instituir o Mestrado Profissional em Enfermagem, nos presenteando com essa nova oportunidade de pós-graduação. É assim que se faz a história!

Aos *colegas de turma*, pela convivência e pelo companheirismo que marcaram nossa caminhada e transformaram os momentos de cansaço e estresse em prazer e diversão. Adorei estar com vocês!

A todos *aqueles que me possibilitaram o acesso aos documentos* e materiais que se constituíram em fontes para a realização deste estudo.

A *Diana e a Dona Néia*, pelo apoio e por estarem por perto sempre que precisávamos.

À *Coordenação de Enfermagem do HUCAM*, por me apoiar neste período.

A uma pessoa especial, *professora Carlota*, muito mais que orientadora, uma grande amiga e parceira, pelo período de convivência e pela certeza de poder contar com seu apoio e valiosa orientação, imprescindíveis para que eu chegasse até aqui.

Aos professores doutores *César Albenes de Mendonça Cruz e Luiz Henrique Borges* e às professoras doutoras *Paulete Maria Ambrósio Maciel e Leila Massaroni*, por contribuírem com seus conhecimentos para a realização deste estudo e por aceitarem participar da Comissão que o examinou.

Às minhas irmãs, *Tania e Marcia*, e a todos os *agregados*, pelo incentivo e pela constante torcida, em especial ao *Thiago*, pela disponibilidade e apoio.

De forma muito especial à minha mãe, *Armezinda*, ao meu companheiro, *Soli*, e aos meus filhos, *André Luiz* e *Carolina*, por partilharem comigo mais essa importante etapa de vida e, principalmente, por me sustentarem nos momentos de ansiedade, cansaço e impaciência, sempre transbordando carinho e incentivo:

À *minha mãe*, meu maior exemplo de vida, pelo apoio incondicional e por facilitar de todas as formas possíveis para que eu tivesse tranquilidade e algum tempo livre para estudar.

Ao *Soli*, pela infindável paciência e solidariedade.

À *Carol*, minha linda princesa, pelo carinho e apoio, principalmente “psicológico”.

Ao *André Luiz*, pelos jantares que desfrutamos nas madrugadas de estudo.

ESTA VITÓRIA É NOSSA!

RESUMO

A pesquisa trata da flexibilização das relações de trabalho em saúde e seus desdobramentos no âmbito dos serviços de enfermagem em um hospital universitário, na delimitação temporal de 1988 a 1998. Fundamentada nas exposições sobre o trabalho na dinâmica do capitalismo, tem por objetivo contextualizar a flexibilização das relações de trabalho e suas repercussões para o serviço público a partir da Reforma do Estado de 1990, focalizando os hospitais universitários. Utiliza a metodologia da história oral temática para a realização de um estudo histórico de cunho social mediante a análise de depoimentos orais, buscando compreender a percepção do corpo social da enfermagem de um hospital universitário sobre o significado da flexibilização das relações de trabalho. Conclui que esse processo, consubstanciado principalmente na terceirização, praticada para a reposição dos trabalhadores, acarretou desestruturação e descontinuidade dos serviços prestados, rotatividade de profissionais, dificuldades na gestão pela convivência em um mesmo ambiente organizacional de diferentes vínculos, salários e vantagens, com prejuízos para a Instituição em suas funções de assistência e ensino e, principalmente, para os trabalhadores, que são afetados pela desproteção social e pela precarização do trabalho e identifica que a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, apontada como medida de solução pelo Governo Federal, assume a administração dos hospitais universitários com uma nova proposta de gestão, mas ainda se apresenta como uma incógnita para a força de trabalho da Instituição, traduzindo-se em uma motivação para novos estudos.

Palavras-chave: Trabalho. História da Enfermagem. Reforma do Estado. Hospital.

ABSTRACT

A study on the flexibilisation of labour relationships in Health, and its consequences on the nursing work in a university hospital between the years of 1988 and 1998. Describing labour in the dynamics of capitalism, it contextualises the flexibilisation of labour relationships and its repercussions on the public service since the 1990 State Reform, concentrating on the university hospitals. The methodology of thematic oral history is adopted, resulting in a social historical study, with the analysis of oral testimonials being used to comprehend the perception by the social body of the nurse staff of a university hospital, of the meaning of the flexibilisation of labour relationships; the conclusion is that this process, embodied mainly by the outsourcing used for replacement of workers, has resulted in disruption and discontinuity of the services held by the hospital, in staff turnover, and in difficulties of administration due to the coexistence within the same organisational environment of different bonds, wages and advantages, causing losses to the institution's functions of assistance, teaching, and mostly to the workers which are affected by social insecurity and the deterioration of the working conditions. The Brazilian Company for Healthcare Services, which assumes administration of the university hospitals with a new proposal of management, is identified as a still unknown alternative for the institution's workforce, thus providing motivation for new studies.

Keywords: Labour. History of Nursing. State Reform. Hospital.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABRAHUE	Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APEES	Associação Profissional de Enfermeiros do Espírito Santo
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Colegiado dos Secretários Municipais de Saúde
DASP	Departamento Administrativo do Serviço Público
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EC	Emenda Constitucional
ENSP	Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca
FAHUCAM	Fundação de Apoio ao Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
FASUBRA	Federação de Sindicatos de Trabalhadores Técnico-Administrativo em Instituições de Ensino Superior Públicas do Brasil
FEDP	Fundações Estatais de Direito Privado
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
HU	Hospital Universitário
HUF	Hospital Universitário Federal
HUCAM	Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
MEC	Ministério da Educação
MP	Medida provisória
MPF	Ministério Público Federal
MPOG	Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão
MS	Ministério da Saúde
NASTH	Núcleo de Atenção à Saúde do Trabalhador do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde

OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PMV	Prefeitura Municipal de Vitória
POA	Plano Operativo Anual
REHUF	Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais
RJU	Regime Jurídico Único
RPA	Recibo de Prestação de Serviço Autônomo
SAHUCAM	Sociedade dos Amigos do HUCAM
SEMOR	Secretaria de Modernização
SEMUS	Secretaria Municipal de Saúde
SESA	Secretaria de Estado da Saúde
SESu	Secretaria de Educação Superior
SGTES	Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SSPE	Solicitação de Serviços de Pessoa Externa
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UTIN	Unidade de Terapia Intensiva Neonatal

SUMÁRIO

1	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	12
2	OBJETIVOS.....	16
3	ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	17
4	O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA E A GÊNESE DA FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO.....	25
	4.1 O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA: aspectos históricos e filosóficos.....	25
	4.2 O TRABALHO EM SAÚDE: aspectos históricos e suas especificidades.....	31
	4.3 O TRABALHO NA MODERNIDADE: a crise do capitalismo e as origens da flexibilização das relações de trabalho.....	37
5	A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NA SAÚDE E A REFORMA DO ESTADO.....	43
	5.1 A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO MUNDO CONTEMPORÂNEO.....	43
	5.2 A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO CONTEXTO DAS REFORMAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA.....	47
	5.3 APROFUNDANDO A REFORMA DO ESTADO DA DÉCADA DE 1990.....	52
	5.3.1 O cenário político econômico que acolheu a Reforma do Estado.....	52
	5.3.2 Os princípios da Reforma: o Plano Diretor da Reforma do Estado.....	55
	5.4 A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO E A EXPANSÃO DO MERCADO DE TRABALHO NO SETOR SAÚDE.....	60
6	O CENÁRIO DO HUCAM DIANTE DA FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO.....	64
	6.1 OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NO CONTEXTO DO SUS.....	64
	6.2 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH.....	69
	6.3 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES.....	73
	6.3.1 Um pouco de sua história.....	73

6.3.2	A força de trabalho do HUCAM: um enfoque para a enfermagem.....	77
6.3.3	A trajetória da terceirização da força de trabalho do HUCAM.....	80
7	A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO PARA A ENFERMAGEM NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES.....	87
7.1	CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	88
7.2	O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA.....	88
7.3	A INSERÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO HUCAM: os elos que inspiram o pertencimento.....	92
7.4	A SUBJETIVIDADE DO TRABALHO NA ENFERMAGEM.....	94
7.5	A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO HUCAM: seus significados e repercussões.....	99
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	117
9	REFERÊNCIAS.....	126
	APÊNDICE A - Roteiro para estimular a fala dos sujeitos sobre o objeto.....	140
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	142
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Institucional.....	144
	ANEXO A - Força de Trabalho HUCAM/2012.....	146
	ANEXO B - Resumo distribuição de leitos por área – HUCAM.....	156
	ANEXO C - Tabela de estrutura e de vencimento básico do Plano de Carreira dos cargos técnico-administrativos em educação.....	158
	ANEXO D - Parecer Consubstanciado do Conselho de Ensino e Pesquisa.....	160

1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O trabalho sempre fez parte da vida dos seres humanos, gerando conhecimentos, riquezas materiais, satisfação pessoal e desenvolvimento econômico, sendo um fator fundamental para a evolução das civilizações. Para Navarro e Padilha (2007), a atividade laboral, além de um meio para satisfação das necessidades básicas, é também fonte de experiência psicossocial, ocupando parte importante do espaço e do tempo em que se desenvolve a vida humana contemporânea.

O objeto deste estudo é a flexibilização das relações de trabalho em saúde e seus desdobramentos sobre o trabalho da enfermagem no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (HUCAM).

A delimitação temporal do estudo tem seu marco inicial no ano de 1988, época em que foi promulgada a Constituição Federal, determinando, entre outras questões, que o acesso aos cargos públicos se desse por meio de concurso¹, com trabalhadores regidos pelo Regime Jurídico Único (RJU)². A delimitação temporal final foi o ano de 1998, quando foi instituída a Emenda Constitucional n.º 19, de 4 de junho de 1998, que estabeleceu o Regime Jurídico Múltiplo, admitindo os regimes estatutário ou celetista para vincular o servidor público ao Estado, proporcionando uma evidente flexibilização na disciplina das relações que o Poder Público estabelece com quem lhe presta serviços, sem extinguir o concurso e o RJU (COSTALDELLO, 1999).

O que define a delimitação temporal na historiografia é o problema a ser investigado no movimento sincrônico do tempo histórico, que não tem a preocupação de colocar em primeiro plano os aspectos da cronologia em si (BARROS, 2004). Portanto, a delimitação temporal neste estudo foi definida, em função da mudança do regime de vinculação aos cargos públicos ocorrida entre 1988 e 1998.

¹ Art. 37, § II - A investidura em cargo ou emprego público depende de aprovação prévia em concurso público de provas ou de provas e títulos, ressalvadas as nomeações para cargo em comissão declarado em lei de livre nomeação e exoneração (BRASIL, 1988, p. 36).

² Art. 39 - A União, os Estados, o Distrito Federal e os Municípios instituirão, no âmbito de sua competência, regime jurídico único e planos de carreira para os servidores da administração pública direta, das autarquias e das fundações públicas (BRASIL, 1988, p. 39).

A flexibilização na gestão de pessoas no Sistema Único de Saúde (SUS) é hoje aceita conceitualmente como uma imposição da governabilidade diante da rigidez introduzida pelo RJU (NOGUEIRA, 1996). A flexibilidade é o vale-tudo do mercado na desregulamentação do social. É um modelo de acumulação que se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Essa flexibilidade garante a exploração total da natureza e da força de trabalho (ANTUNES; MORAIS, 2009).

O hospital universitário, cenário deste estudo, é uma instituição vinculada a um estabelecimento de ensino em saúde, reconhecido oficialmente como hospital de ensino com supervisão direta das autoridades competentes, propiciando atendimento médico de alta complexidade aos usuários e formação de trabalhadores na área da saúde. Dessa forma, exerce importante papel político na sociedade (MEDICI, 2001).

Na década de 1990, através da Lei Orgânica da Saúde, os hospitais universitários (HUs) foram incorporados ao SUS como hospitais de alta complexidade. Esses hospitais, por sua vinculação aos Ministérios de Saúde (MS) e da Educação (MEC), em função das características inerentes aos hospitais de ensino, vivenciaram momentos de profundas crises de gestão. Em 2010, no apagar das luzes do governo Lula, a proposta de mudança na figura jurídica dessas instituições de públicas para públicas com direito privado se concretizou com a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares³ (EBSERH).

Incorporado à Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) desde 1967, o HUCAM constitui-se em campo de prática para vários cursos na área da saúde. Para atender as demandas dos avanços da ciência e da tecnologia, garantindo qualidade na formação dos profissionais de saúde e no atendimento aos usuários do SUS, houve necessidade de expansão de diversos serviços e incorporação de diferentes especialidades (SILVA, 2008).

Portanto, tornou-se imperativo, entre outras medidas, o ajuste na sua força de trabalho. No entanto, nas duas últimas décadas, os concursos públicos de acesso a essa Instituição ocorreram de forma esporádica e com limitada oferta de vagas. Assim, como os demais HUs do Brasil, o HUCAM, apoiado na direção política que conduziu a Reforma do Estado do

³ A EBSERH foi criada pela Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011, e tem por finalidade a prestação de serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade inseridos integral e exclusivamente no âmbito SUS (BRASIL, 2011).

Governo Federal da década de 1990, aderiu ao Regime Jurídico Múltiplo e estabeleceu diferentes convênios e contratos⁴ para suprir suas necessidades de serviço.

Em 2012, o Núcleo de Controladoria⁵ do HUCAM atualizou os dados relativos à sua força de trabalho (ANEXO A). Observa-se que 53,35% dos profissionais são trabalhadores vinculados ao MEC, 30,23% são terceirizados pelo próprio Hospital, 8,31% são trabalhadores terceirizados por outros órgãos públicos e 8,11% são trabalhadores cedidos pela Secretaria de Estado da Saúde do Espírito Santo (SESA-ES), pelo MS e voluntários.

A terceirização, segundo Di Pietro (2008, p. 211), é considerada uma forma especial de privatização de que a Administração Pública se utiliza para transferir parcialmente a responsabilidade da produção de alguns de seus serviços, através da contratação de terceiros, realizada por contratos de obras e prestação de serviços, convênios, contratos de gestão, termos de parceria.

Essa questão não se limita ao HUCAM; é uma realidade na área da saúde que vem ganhando destaque nas discussões sobre gestão do trabalho em saúde, sobretudo porque indica a ausência dos direitos sociais⁶ de trabalhadores do SUS (BRASIL, 2006, p. 5). Essa multiplicidade de vínculos nas instituições públicas em geral e no HUCAM, em particular, persiste até os dias atuais com repercussão direta na força de trabalho da enfermagem, cujo contingente inclui trabalhadores contratados por diversificados regimes de trabalho. Isso implica que, em um mesmo setor, existam trabalhadores exercendo as mesmas funções com diferentes jornadas de trabalho, salários, direitos e vantagens nas carreiras.

Esse cenário justifica a realização do presente estudo, na medida em que pretende compreender as transformações que ocorreram no trabalho da enfermagem a partir da flexibilização das relações de trabalho na saúde, com um olhar sobre o HUCAM.

⁴ Esses contratos e convênios podem ser firmados com outra entidade pública, particular ou com pessoa jurídica de direito privado e tem como principal diferença os interesses das partes integrantes. Enquanto, no contrato, a empresa contratada visa a lucro, nos convênios, os interesses são recíprocos, tendo como elemento fundamental a cooperação (CAMPOS, 2009). São apoiados na legalidade da terceirização de serviço a partir do Decreto n.º 6.170, de 25 de julho de 2007, que dispõe sobre a transferência de recursos da União para pagamento de convênios e contratos (BRASIL, 2007a).

⁵ O Núcleo de Controladoria Técnico-Assistencial foi criado em 2003 e se constitui em um órgão de assessoria da Diretoria do HUCAM.

⁶ A proteção social do trabalhador passa a não existir no momento em que o Direito do Trabalho sofre os influxos das demandas por flexibilização jurídico-laboral. Assim, o Direito do Trabalho passa a não ter como função principal proteger o empregado, mas sim regular as relações de trabalho (SILVA, 2010).

A motivação para desenvolver esta pesquisa está diretamente relacionada à minha trajetória na enfermagem. Primeiro, pela experiência de 30 anos trabalhando como enfermeira no cuidado direto ao paciente, atividade que traduz minha principal identificação com a profissão e me traz realização a partir dos significados que a enfermagem tem para mim como oportunidade de desenvolvimento das potencialidades humanas e de participação na transformação da sociedade. Segundo, pelo meu envolvimento na militância sindical da categoria, quando, em 1983, no início de minha vida profissional, participei da criação da Associação Profissional de Enfermeiros do Espírito Santo (APEES). Tal fato me fez ter maior aproximação com questões como a precarização do trabalho da enfermagem no HUCAM, situação que entendo estar diretamente relacionada à flexibilização das relações de trabalho ocorrida a partir do contexto socioeconômico da década de 1990.

Para o MS, a precariedade do trabalho está relacionada com alguma irregularidade. Trabalho precário é “[...] uma situação de desproteção social, quando exercido na ausência dos direitos inerentes ao tipo de contrato firmado”. Na administração pública, a cobertura social não é suficiente para caracterizar o trabalho como regular, devendo ser consideradas outras exigências, como, por exemplo, o concurso público (BRASIL, 2009b, p. 18).

Como funcionária dessa Instituição, vivencio esse processo e observo que os direitos e vantagens dos trabalhadores regidos pelo RJU são superiores, quando comparados aos dos trabalhadores das diferentes modalidades de contratos que perduram no HUCAM há mais de duas décadas. Mas ocorre, na prática, que os trabalhadores de enfermagem exercem suas atribuições conforme a Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986 (BRASIL, 1986), que rege a profissão e portanto, independente das diferentes remunerações e/ou vantagens, as funções são as mesmas no âmbito da categoria em que estão inseridos, configurando-se assim um quadro de desigualdades.

Partindo da problematização do objeto e de minhas inquietações, pretendo investigar como os profissionais de enfermagem do HUCAM percebem os significados do trabalho e da flexibilização das relações de trabalho na enfermagem. Para responder a esse questionamento foram elaborados quatro objetivos.

2 OBJETIVOS

Discorrer sobre o trabalho como atividade humana na dinâmica do capitalismo e suas especificidades no setor saúde.

Contextualizar a flexibilização das relações de trabalho e suas repercussões para o serviço público a partir da Reforma do Estado da década de 1990.

Discorrer sobre os HUs no contexto do SUS e a flexibilização das relações de trabalho no HUCAM.

Analisar os significados do trabalho e da flexibilização das relações de trabalho para o corpo social da enfermagem no HUCAM.

3 ASPECTOS METODOLÓGICOS

Estudo descritivo de cunho histórico-social que busca compreender a percepção do corpo social da enfermagem sobre o significado do trabalho e da flexibilização das relações de trabalho para essa categoria profissional no HUCAM.

A realidade é sempre carregada de história na medida em que pessoas, por meio de suas relações sociais, políticas e econômicas, vivenciaram os processos produtores dos fatos. Segundo Minayo (2007, p. 39-40), toda investigação social precisa registrar a historicidade humana, considerando-se que não é somente o investigador que dá sentido ao trabalho intelectual, mas também os seres humanos, os grupos e a sociedade que interpretam suas ações e construções dando-lhes significado e intencionalidade.

O historiador Henry Rousso parte do entendimento de que é preciso produzir a história do nosso próprio tempo tentando obter uma reflexão que permita um recuo relativo, pois a história social valoriza a proximidade do investigador com o seu objeto de estudo (AREND; MACEDO, 2009, p. 39), conforme explicado pelos autores quando afirmam que

[...] o historiador investiga um tempo que é seu próprio tempo com testemunhas vivas e com uma memória que pode ser a sua. A partir de uma compreensão sobre uma época que não é simplesmente a compreensão de um passado distante, mas uma compreensão que vem de uma experiência da qual ele participa como todos os outros indivíduos (AREND; MACEDO, 2009, p. 209).

Nesse sentido, a aproximação com o objeto de estudo pode auxiliar para o maior entendimento da realidade na medida em que supera a descontinuidade que geralmente separa o instrumental intelectual, afetivo e psíquico do historiador daqueles que fazem a história (CHARTIER, 1993, apud FERREIRA, 2000). Além disso, de acordo com Minayo (2007), essa modalidade de pesquisa fornece subsídios para entender o processo histórico em seu dinamismo, provisoriedade e transformação.

A inserção no ambiente onde o estudo se reproduz vem ao encontro dos pressupostos apresentados e constitui, de fato, o interesse em compreender os significados da flexibilização das relações de trabalho nessa Instituição, onde desenvolvemos atividades profissionais.

Portanto, não só vivenciamos como também compartilhamos os desdobramentos advindos desse processo.

A análise dos depoimentos foi realizada através de uma abordagem qualitativa, modalidade de pesquisa que se preocupa com uma realidade que não pode ser quantificada ou reduzida a uma operacionalização de variáveis, mas busca se aprofundar no mundo dos significados das ações e relações humanas (MINAYO, 1994, p. 21-22). O que se busca “[...] é compreender uma realidade particular na sua complexidade – influência mútua dos atores sociais na construção de sua realidade” (FRASER; GONDIM, 2004, p. 142).

Segundo Ferreira (2000), a última década registrou importantes transformações na pesquisa histórica, como a valorização da análise qualitativa e o resgate das experiências individuais. Nesse mesmo período, incorporou-se o estudo do contemporâneo, havendo também uma expansão dos debates sobre as relações da memória com a história, possibilitando uma abertura para a valorização dos testemunhos diretos.

Na medida em que se ampliaram os objetos de estudo no campo da história, ampliaram-se também as suas fontes. Para o paradigma da história tradicional, somente os documentos emitidos pelo Estado ou por seus representantes legais tinham valor como fonte de pesquisa. Já na história social, no bojo da nova história, as fontes de pesquisa se diversificaram, valorizando-se o depoimento oral, as imagens, os documentos não oficiais, ou seja, qualquer fragmento relativo a um determinado fenômeno deveria ser considerado fonte de pesquisa (BARROS, 2004).

Com a ampliação das fontes de pesquisa na história social, consideram-se fontes primárias de pesquisa aquelas que fazem referência direta ao objeto de estudo e fontes secundárias aquelas que contextualizam o objeto (ABRÃO, 2002, p. 21).

Neste estudo em particular, as fontes primárias preferenciais de pesquisa foram os depoimentos dos trabalhadores de enfermagem que, direta ou indiretamente, vivenciam ou vivenciaram os momentos da flexibilização das relações de trabalho nessa Instituição. Ainda como fontes primárias foram analisados os processos ou outros documentos que tratam dos contratos e convênios celebrados entre o HUCAM e as empresas de terceirização do serviço

de enfermagem. As fontes secundárias utilizadas para contextualizar o objeto foram literaturas contemporâneas que versam sobre o tema.

O cenário para o desenvolvimento do estudo foi o HUCAM, situado no município de Vitória/ES, que oferece a totalidade de seus serviços aos usuários do SUS, certificado pela Portaria Interministerial n.º 1.005/MEC/MS, de 27 de maio de 2004, e integrado à esfera administrativa federal como hospital de grande porte, desenvolvendo atividades nas áreas de ensino, pesquisa e assistência (SILVA, 2008; HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 2011).

Vinculado ao Centro de Ciências da Saúde da UFES, o HUCAM está organizado administrativamente, em escala decrescente de hierarquia, pelos seguintes segmentos: Conselho de Deliberação Superior; Diretoria; Departamentos: Médico, de Enfermagem, Administrativo, de Planejamento e Finanças e de Ensino e Pesquisa, aos quais se subordinam dezesseis Divisões que regem 72 serviços (LITTIKE, 2012).

Com relação à capacidade da Instituição, em julho de 2011 havia somente 192 leitos ativados. A causa prioritária para o fechamento de 105 leitos foi o *deficit* de profissionais do quadro efetivo, principalmente de enfermagem, cuja reposição depende da realização de concurso público pelo Governo Federal (LITTIKE, 2012). Os dados atualizados pelo Núcleo de Controladoria do HUCAM, em fevereiro de 2013 (ANEXO B), registram uma capacidade instalada atual de 287 leitos com mais 22 planejados, o que totaliza 309 leitos operativos, dos quais 238 (77%) estão ativos e 49 (15,8%) se encontram bloqueados.

O Departamento de Enfermagem é constituído apenas por uma divisão onde estão lotados os profissionais de enfermagem que integram a população do presente estudo e representam a maioria da força de trabalho da Instituição (LITTIKE, 2012).

A composição do corpo social da enfermagem no HUCAM apresenta-se em diferentes momentos históricos com variados vínculos, desde cessão de trabalhadores efetivos da rede estadual e municipal, até convênios e contratos, o que pode ser verificado nos dados do Núcleo de Controladoria Técnico-Assistencial (ANEXO A). Vale ressaltar que os convênios são parcerias com órgãos públicos e os contratos são firmados com empresas privadas, porém ambos com vínculos de trabalho temporário.

A Divisão de Enfermagem conta com um total de 563 trabalhadores, sendo 94 enfermeiros, 176 técnicos de enfermagem, 286 auxiliares de enfermagem e ainda sete atendentes de enfermagem (ANEXO A), que se distribuem nos diversos setores da Instituição em jornada ininterrupta de serviço, com carga horária e turnos diferenciados.

Considerando-se o vínculo empregatício da força de trabalho, verificou-se que os profissionais de enfermagem lotados no HUCAM são distribuídos da seguinte forma: 423 estatutários da UFES (75,13%); 57 terceirizados pela Instituição (10,12%); 81 cedidos pela SESA-ES, dos quais seis são estatutários (1,06%) e 75 também terceirizados por contrato dessa Secretaria (13,32%), constando ainda dois voluntários (0,35%) pela Sociedade de Amigos do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (SAHUCAM).

Os depoimentos que constituíram as fontes primárias de natureza oral foram coletados nos meses de maio e junho de 2013 e totalizaram 27 profissionais de enfermagem, sendo treze enfermeiros, onze técnicos e três auxiliares de enfermagem. Nesse período a pesquisadora percorria os diversos setores do HUCAM nos diferentes turnos e convidava os trabalhadores de enfermagem para participarem da pesquisa.

Quanto ao critério de inclusão, foram convidados para coleta do depoimento os trabalhadores de enfermagem lotados na Divisão de Enfermagem do HUCAM, independente do regime de contratação, desde que estivessem atuando na Instituição por pelo menos dois anos, período considerado suficiente para que eles tenham vivenciado, direta ou indiretamente, o processo de flexibilização das relações de trabalho. Com relação aos enfermeiros, a pesquisa buscou contemplar tanto os que atuavam na assistência direta aos pacientes, como aqueles que atuavam em cargos de gerência, com o intuito de apreender a percepção desses trabalhadores pelos diferentes olhares.

Foram excluídos os trabalhadores de enfermagem que estavam de férias ou ausentes por motivo de licença ou de outras formas de afastamento do serviço no período de coleta dos dados e os trabalhadores que atualmente prestam serviço no HUCAM, mas são regidos pelo RJU, vinculados a outros órgãos das instâncias federal, municipal e estadual.

O procedimento para a coleta dos depoimentos aconteceu a partir de uma entrevista norteadada por um roteiro com perguntas abertas (APÊNDICE A), cujo objetivo foi estimular o depoente

a dar a sua interpretação sobre o objeto de estudo, com base nos pressupostos da técnica da história oral temática.

A história oral temática é um método de investigação que proporciona a aproximação do depoente com o objeto de estudo, pois valoriza o testemunho dos participantes que vivenciaram os acontecimentos, as conjunturas, as visões de mundo, os movimentos, os grupos sociais, proporcionando assim ampliação do conhecimento do passado, valorizando experiências e versões individuais bem como estabelecendo relações entre o geral e o particular, ao analisar e comparar as diferentes manifestações (ALBERTI, 2005, p. 18-19).

A história oral é uma prática de apreensão de narrativas que utiliza recursos de gravação para o registro dos testemunhos e, segundo Meihy (2005, p. 17-19), é marcada como “história viva”, porque tem como pressuposto uma “[...] percepção do passado como algo que tem continuidade hoje e cujo processo histórico não está acabado”.

Essa técnica privilegia a realização da entrevista que proporciona uma relação intersubjetiva do pesquisador com o depoente e permite a apreensão dos significados, que não se expressam direta ou intencionalmente, através das trocas verbais e não verbais que se estabelecem nessa interação, favorecendo assim a compreensão das motivações, significados e valores das opiniões dos depoentes a respeito de situações e vivências pessoais (FRASER; GONDIM, 2004; ALBERTI, 2005). Ou seja, a entrevista temática prioriza o envolvimento do depoente no tema em questão e, na medida em que as falas são gravadas e transcritas, seu registro é considerado documento, pois representa uma versão do passado (ALBERTI, 2005, p. 19-20).

Atendendo a essa prerrogativa, os depoimentos foram gravados, transcritos e enviados para aprovação dos depoentes pelo endereço eletrônico e, somente depois de aprovado o teor da transcrição realizada, passaram a ser utilizados como fontes primárias de pesquisa. Com o objetivo de preservar a identidade dos participantes, os depoimentos foram identificados a partir do seguinte código: a letra ‘D’ (de depoimento), acompanhada da letra ‘U’, para os trabalhadores estatutários da UFES, ou da letra ‘T’ para os terceirizados, seguidas pelo número que representa a ordem sequencial da coleta dos depoimentos.

Após o consentimento dos depoentes, os conteúdos foram detalhadamente estudados, identificando-se os fragmentos que estabeleciam uma relação direta com o objeto do estudo.

Foram também valorizadas outras questões que emergiram dos depoimentos, consideradas pelo significado que tiveram para o trabalhador.

Para a análise dos fragmentos dos depoimentos foi aplicado o método dialético. Traduzido como a arte do diálogo na Grécia Antiga, na acepção moderna tem como significado “[...] o modo de pensarmos as contradições da realidade, o modo de compreendermos a realidade como essencialmente contraditória e em permanente transformação” (KONDER, 1981, p. 5).

Com o marxismo, sob a égide do materialismo histórico, o método dialético passou a interpretar o mundo, os fatos históricos e econômicos e as próprias ideias de maneira mais dinâmica, traduzindo-se numa forma de abordagem da realidade que busca

[...] desvendar as relações múltiplas e diversificadas das coisas entre si; explicar o desenvolvimento do fenômeno dentro de sua própria lógica; evidenciar a contradição interna no interior do fenômeno; compreender o movimento de unidade dos contrários; trabalhar com a unidade da análise e da síntese numa totalização das partes; co-relacionar as atividades e as relações (MINAYO, 2007, p. 340).

Dessa forma, os depoimentos foram analisados em conexão com o contexto histórico social em que se inseriam, pois, segundo Minayo (1994, p. 77), “a ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta”.

Neste estudo, os depoimentos se constituíram nas fontes históricas, portanto, foi esse material que colocou o pesquisador em contato com o problema. Essas fontes foram consideradas em duas funções: primeiro, como uma fonte de informações sobre o passado, traduzindo-se como meio de acesso aos fatos históricos que se pretendeu reconstruir e interpretar; segundo, como o próprio fato histórico e, nesse caso, o texto que se tomou já era aquilo que deveria ser analisado como discurso de época a ser decifrado, compreendido e questionado (BARROS, 2004, p. 134-135).

Quanto aos procedimentos éticos, no momento do convite para participar do estudo, os trabalhadores eram informados sobre o teor da pesquisa e, antes da realização da entrevista, assinavam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). O estudo foi submetido ao Comitê de Ética do Centro de Ciências da Saúde da UFES sob o CAAE 04354612.5.0000.5071 e obteve aprovação em 19 de dezembro de 2012 (ANEXO D).

Esta pesquisa foi estruturada em quatro capítulos. No primeiro capítulo, partimos de uma reflexão sobre as questões históricas e filosóficas que envolvem o trabalho como uma atividade humana, no intuito de compreendermos as transformações que ocorreram com o trabalho ao longo do tempo, considerando o contexto das políticas macroeconômicas ditadas pelo modo de produção capitalista. Na sequência, exploramos autores que conceituam e teorizam sobre as especificidades do trabalho em saúde como atividade dinâmica, de intensa interação entre o trabalhador e o produto do seu trabalho. Diante das modificações que o trabalho vem sofrendo ao longo da história, foi necessário discutirmos fatores que contribuíram para desencadear a flexibilização das relações de trabalho, no contexto das políticas econômicas e sociais.

No segundo capítulo, fizemos uma reflexão sobre a flexibilização das relações de trabalho, objeto de nosso estudo, que se tornou uma realidade no século XX em consequência de todo esse processo desencadeado pelo fenômeno da globalização e da reestruturação da economia capitalista, determinando a configuração de mutações no mundo do trabalho, com sérias perdas dos direitos conquistados pelos trabalhadores ao longo de uma trajetória de lutas. Em sequência, abordamos a chegada do capitalismo à América Latina, com enfoque no Brasil, onde uma sequência de reformas objetivando uma mudança do paradigma gerencial culminou com a Reforma do Estado na década de 1990, idealizada por Bresser Pereira, que visava tornar o Estado mais eficiente, ágil e desburocratizado para atender ao ideário neoliberal e à necessidade de inserção do Brasil no mundo globalizado, instituindo medidas que afetaram de maneira estrutural o serviço público e a saúde.

O terceiro capítulo foi dedicado aos hospitais universitários federais (HUFs) como complexos espaços de ensino e assistência à saúde, focalizando sua inserção no SUS e a crise decorrente da falta de investimentos e da política recessiva de recursos humanos da Administração Pública desde a Reforma do Estado da década de 1990, que afetou diretamente essas instituições e impulsionou a flexibilização das relações de trabalho. Apresentamos a medida apontada como solução pelo Governo Federal, que transferiu a gerência dos HUFs para uma empresa pública de direito privado, a EBSEH, e descrevemos a trajetória do HUCAM, cenário de nosso estudo, nesse contexto, com os diversos contratos e convênios celebrados para a terceirização de mão de obra.

Finalmente, no quarto capítulo, analisamos os depoimentos transcritos a partir dos pressupostos da história oral, retratando o contexto da flexibilização das relações de trabalho no HUCAM, relatado por quem vivenciava esta situação e todas as consequências referentes à precarização do trabalho e às perdas gradativas dos direitos conquistados pela classe trabalhadora. Buscamos entender o que os depoentes traduziam como significados para o trabalho e para o fato de trabalhar na enfermagem, correlacionando com a revisão de literatura que embasou o estudo. Em seguida, focalizamos o pertencimento desses trabalhadores ao HUCAM, as suas motivações, os conflitos e os prejuízos para a assistência aos usuários e para a Instituição, decorrentes do processo de terceirização da força de trabalho que se estabeleceu com a flexibilização das relações de trabalho.

4 O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA E A GÊNESE DA FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO

Neste capítulo, inicialmente partimos de uma reflexão sobre as questões históricas e filosóficas que envolvem o trabalho como atividade humana no intuito de compreendermos as transformações que ocorreram com o trabalho ao longo do tempo, considerando o contexto das políticas macroeconômicas ditadas pelo modo de produção capitalista. Na sequência, exploramos autores que conceituam e teorizam sobre as especificidades do trabalho em saúde como atividade dinâmica, de intensa interação entre o trabalhador e o produto do seu trabalho. Em razão das modificações que o trabalho vem sofrendo ao longo da história, foi necessário discutirmos fatores que contribuiriam para desencadear a flexibilização das relações de trabalho, no contexto das políticas econômicas e sociais.

4.1 O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA: ASPECTOS HISTÓRICOS E FILOSÓFICOS

O trabalho é uma das mais expressivas manifestações do ser humano. Através dele o homem transforma e é transformado. Diferente de uma simples atividade, o trabalho possibilita ao homem desenvolver uma habilidade e externá-la num produto ao qual se percebe conectado. Seu significado transcende a necessidade de sobrevivência, sendo também fonte de identificação, de autoestima, de desenvolvimento das potencialidades e uma forma de alcançar sentimento de participação nos objetivos da sociedade.

Assim, concordamos com Engels quando, em seu texto *Sobre o papel do trabalho na transformação do macaco em homem*, escrito em 1876, assegura que o trabalho é muito mais do que fonte de riqueza, como afirmam os economistas, pois ele é a condição básica e fundamental de toda vida humana (ANTUNES, 2004, p. 11).

Além disso, é no trabalho que criamos a nossa rede de relações que, de certa maneira, modificam a nossa forma de pensar e agir ante as demandas sociais, culturais, políticas, religiosas e jurídicas da sociedade em que vivemos. É através dessa rede de relações que o Ser trabalhador se desenvolve em nível individual, psíquico e subjetivo, buscando ser

compreendido como uma categoria que promove muito mais do que bens e serviços, acumulação de capital e mais-valia⁷ (SOUZA; LISBOA, 2006).

Marx (1982) define o trabalho como a interação do homem com a natureza visando produzir e suprir as suas necessidades. No entanto, esta não é uma ação passiva do homem, pois consiste em um

[...] processo em que o ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. Defronta-se com a natureza como uma de suas forças. Põe em movimento as forças naturais de seu corpo, braços e pernas, cabeça e mãos, a fim de apropriar-se dos recursos da natureza, imprimindo-lhes forma útil à vida humana. Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza (MARX, 1982, p. 202).

Ainda segundo o mesmo autor, o trabalho humano diferencia-se pela concepção que o homem tem daquilo que vai produzir, ou seja, quando realiza um trabalho, ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente planejado, e para tanto é necessário, além do esforço físico, a vontade que se manifesta pela atenção durante o trabalho.

No *Dicionário de Filosofia*, Abbagnano (2007, p. 1147) corrobora o pensamento de Marx quando conceitua o trabalho como “atividade destinada a utilizar as coisas naturais ou a modificar o ambiente para satisfação das necessidades humanas”.

O conceito de trabalho implica, então, a dependência do homem em relação à natureza, no que diz respeito à sua vida e aos interesses relativos às suas necessidades. A reação ativa a essa dependência consiste nas ações mais ou menos complexas, que se destinam à elaboração ou a utilização dos elementos naturais. Por fim, esse conceito também se refere ao grau mais ou menos elevado de esforço, sofrimento ou cansaço, que constitui o custo humano do trabalho.

Agostinho e Tomás de Aquino recomendavam que o trabalho deveria ser distribuído entre todos, o que implica então a obrigatoriedade de todos trabalharem (ABBAGNANO, 2007, p. 1147), e, em II Tessalonicenses 3, 10, o apóstolo Paulo estabelece o preceito: “Quem não

⁷ Indica a diferença entre o valor final da mercadoria produzida e a soma dos valores dos meios de produção e da força de trabalho nela contida (MARX, 1982, p. 211). O excedente econômico é gerado quando o trabalho efetivado excede o valor do salário pago, ocorrendo a produção da mais-valia, que configura o lucro do capitalista.

quiser trabalhar não tem o direito de comer”. Conclui-se que não se deve jogar sobre os ombros alheios o cansaço e o sofrimento do trabalho.

Na Antiguidade, para a sociedade greco-romana a palavra trabalho traduzia a conotação de fardo, de uma pena, e o trabalhador, que provia a manutenção da comunidade com sua atividade, era considerado socialmente inferior, pois a virtude humana estava atrelada à noção de ócio. Já na filosofia judaico-cristã, o trabalho representava um meio de dignificação, uma pena à qual o ser humano estava condenado pelo pecado. Essa concepção remete ao fato de Adão ter sido condenado a ganhar o pão com o suor de seu rosto quando perdeu a inocência original do paraíso (DORNELES, 2002, p. 17-18).

Os gregos desprezavam o trabalho, que era considerado uma degradação para o homem livre, competindo aos escravos e servos a realização do trabalho manual e, aos soberanos, a guerra, a caça e o mando. Essas reflexões remetem ao trabalho como atividade que leva ao sofrimento e confirmam a contraposição entre o trabalho manual e a atividade intelectual, cujo cerne se apoiava na concepção, vigente nesse período, de que o trabalho manual tinha menor valor quando comparado ao trabalho intelectual.

A partir do século XV, o trabalho manual passou a ser considerado digno por alguns autores. Galileu reconhecia o valor das observações feitas pelos artesões mecânicos, para fins de pesquisa científica. Bacon considerava indispensáveis as operações materiais e manuais para a construção de um saber que, ao mesmo tempo, é um poder sobre a natureza em vista das necessidades e dos interesses humanos. Descartes, por sua vez, dava pouca importância à parte técnica ou instrumental da ciência, ou seja, ao trabalho manual, enquanto Leibniz, ao contrário, insistia na importância do trabalho dos artesãos, marinheiros, mercadores e músicos, não só para fins da ciência, mas também para a vida e civilização da humanidade (ABBAGNANO, 2007, p. 1147).

O Iluminismo⁸, em geral, com Bacon, Locke, Rousseau, marcou a reivindicação do trabalho manual, mas foi no Romantismo⁹ que o trabalho manual, considerado atividade mais baixa e

⁸ Corrente filosófica caracterizada pelo empenho em entender a razão como crítica e guia a todos os campos da experiência humana (ABBAGNANO, 2007, p. 1147).

⁹ Movimento filosófico, literário e artístico que floresceu no século XIX, com valorização do sentimento que consiste na tentativa de superar os limites da razão humana reconhecida pelos iluministas (ABBAGNANO, 2007, p. 1147).

insignificante, foi valorizado como ação mais elevada. Nesse período, Hegel, utilizando os resultados alcançados por Adam Smith na economia, elaborou a primeira doutrina filosófica do trabalho e também trouxe para a discussão as questões da divisão do trabalho pela distinção entre classes sociais (ABBAGNANO, 2007, p. 1148).

Na concepção de Hegel, somente pela satisfação de suas necessidades por meio do trabalho é que o ser humano se configura, realmente, como humano, por se educar, tanto na teoria, pelo conhecimento que o trabalho exige, quanto na prática, pela aquisição de novas aptidões.

Esses princípios hegelianos foram aceitos por Marx que, no entanto, insistia no caráter material da relação que o trabalho estabelece entre os homens, contrapondo-se ao caráter espiritual defendido por Hegel. Para Marx, a característica de pena atribuída ao trabalho na filosofia antiga não estava vinculada à atividade em si, mas, sim, às relações sociais que se estabeleciam na sociedade industrial, alienando e mecanizando as ações do trabalhador (ABBAGNANO, 2007, p. 1147).

Como visto, a história do trabalho é tão antiga quanto a da humanidade e, em muitos momentos, elas se confundem. Homens e mulheres, vivendo em sociedade, realizam suas atividades em conjunto e, de acordo com Merhy e Franco (2008), o modo como o trabalho se organiza e sua utilidade são fatores importantes para o entendimento da sociedade em que vivemos, pois as sociedades e as formas de organização do trabalho variam no tempo, assim como nós.

O movimento da história mostra-nos que o homem, mediante o seu trabalho, sempre buscou garantir a subsistência. Nas comunidades primitivas, praticava-se a caça e a colheita de frutos silvestres. Com o passar do tempo, surgiu a agricultura, que ocorria de forma coletiva, cabendo a cada elemento da comunidade sua quota de produção, conforme suas necessidades. O desenvolvimento das forças produtivas e a melhoria das ferramentas de trabalho separaram a atividade pastoril da atividade agrícola, e surgiu a indústria artesanal. Além disso, ocorreram modificações no mundo social, uma vez que se iniciava o intercâmbio dos produtos oriundos do trabalho e a desintegração das comunidades primitivas em famílias, dando origem à propriedade particular (CARTES, 2006).

Com a mudança do sistema primitivo, as relações passaram a basear-se na propriedade privada, e surgiu a figura do trabalhador, configurando-se a escravidão. Introduzia-se a pirâmide social e os homens passaram a não ter mais igualdade de direitos. Aos menos favorecidos, os escravos, foram atribuídos trabalhos sem remuneração, e as pessoas da sociedade livre, que já não precisavam desenvolver trabalhos físicos, ficavam com tempo livre para se dedicar às artes e às ciências.

Durante a Idade Média prevalecia o feudalismo, com base na propriedade da terra pelos senhores feudais, de quem dependiam os camponeses que, por sua vez, eram obrigados a viver na propriedade como servos, trabalhando sob regime de opressão. As relações entre senhores e servos eram antagônicas, e os camponeses lutaram, com força cada vez maior, contra a opressão feudal para obter o direito de dispor livremente do produto de seu trabalho.

Nos séculos XVI e XVII, surgiram as empresas, que empregavam trabalhadores que não se submetiam à servidão. O comércio crescia progressivamente, realizavam-se inventos técnicos e científicos e, aos poucos, foi-se estruturando o novo sistema de produção capitalista. A necessidade de um mercado de trabalho livre defendida pela burguesia, classe dominante do capitalismo, e o descontentamento geral com o feudalismo impulsionaram as revoluções burguesas, culminando com a Revolução Francesa (1789), que influenciou fortemente os destinos da humanidade (CARTES, 2006).

Configurou-se então o capitalismo, caracterizado por duas classes sociais: a capitalista ou alta burguesia, que possuía os meios de produção e detinha a maior parte das riquezas, e a proletária ou trabalhista, que vendia seu trabalho a câmbio de um salário nem sempre condizente com as suas necessidades. As longas jornadas de trabalho eram definidas pelo capital e perdiam a relação natural com o movimento da Terra. Esse regime valorizava o capital com a transformação de insumos em produtos/mercadorias e em lucros. O tempo pertencia ao capital, que exigia trabalho (CORROCHANO; BRESCIANI, acesso em 5 abr. 2012).

Com a expansão do capitalismo e a industrialização, o trabalho perdeu seu caráter de ato criativo e passou a ser associado ao exercício de uma atividade produtiva e remunerada. O trabalhador integrou-se ao sistema de produção social por meio da venda de sua força de trabalho. Essa forma de trabalho é vista como “[...] garantia de uma nova ordem social, mais

justa e igualitária; reconhecida como uma atividade útil, essencial para a produção de mercadorias e a geração e acumulação de capital” (ARAÚJO et al., 2006).

Para a concretização de seu trabalho, o homem necessita, segundo Marx (DEVILLE, 2012, p. 84), de três elementos essenciais: a atividade pessoal, que se constitui no gasto da força humana empreendida física e mentalmente para a realização da atividade; o objeto em que se exerce o trabalho, que pode ser extraído diretamente da natureza ou aquele que já sofreu uma modificação efetuada por um trabalho prévio; e, por último, o meio pelo qual se exerce o trabalho, representado pelos instrumentos e condições materiais indispensáveis para a realização da atividade. Ocorre que, no modo de produção capitalista, os meios de produção e os objetos produzidos não pertencem ao trabalhador, ou seja, o trabalho não mais faz parte da natureza do trabalhador (PIMENTEL, 2007).

Na medida em que a finalidade do trabalho está sob o domínio da propriedade privada, sendo determinada não mais pelo trabalhador e sim pelo proprietário dos objetos de trabalho e meios de produção, o produto não mais é considerado apenas pelo seu valor de uso¹⁰ e se transforma em mercadoria¹¹, que se destina à troca e à venda, constituindo a forma elementar da riqueza nas sociedades capitalistas (DEVILLE, 2012, p. 51). O trabalhador passa a ser, segundo Iasi (2010, p. 70), mais um dos elementos materiais desse processo, apropriado pelo capital privado.

Para Marx (1982, p. 190), esse fato constitui um marco histórico da humanidade, pois, para o surgimento do capital, não basta a circulação de mercadorias e dinheiro, é preciso que o possuidor dos meios de produção e de subsistência encontre no mercado o trabalhador livre, vendendo sua força de trabalho.

O capitalista compra a força de trabalho considerando apenas o seu valor de uso, que é equivalente ao valor necessário à subsistência dessa força: o trabalhador, que necessita manter-se vivo e produtivo. Esse valor representa somente uma parte da jornada diária, mas o capitalista que a comprou e, portanto, a detém como sua propriedade, dispõe dela por uma

¹⁰ Segundo Marx (1982, p.41-42), o valor de uso de uma coisa é a sua utilidade para satisfazer uma necessidade humana, de forma direta como meio de subsistência ou objeto de consumo ou indiretamente como meio de produção; o valor de uso de um produto ou mercadoria só se realiza com a sua utilização ou consumo.

¹¹ Definida por Marx como “[...] um objeto externo, uma coisa que, por suas propriedades, satisfaz necessidades humanas, seja qual for a natureza [...]” (MARX, 1982, p.41)

jornada inteira de trabalho, por isso, o valor que sua utilização cria durante um dia é o dobro de seu próprio valor no mesmo dia – o trabalho excedente, que ultrapassa ao valor pago por ele, representa o ganho do capitalista (MARX, 1982, p. 218).

Configura-se, então, a associação do trabalho ao emprego, pois a atividade é produzida mediante uma remuneração, o salário, reduzido a uma abstração racional estreitamente vinculada ao dinheiro, à produtividade e ao desenvolvimento econômico, deixando muitas vezes de considerar os saberes e experiências de quem o executa. Além disso, a expansão da sociedade capitalista e de novas formas de organizar o trabalho gera relações muitas vezes conflituosas entre seus principais atores: os donos do capital, os trabalhadores e o Estado, que produz as leis sobre o trabalho (ARAÚJO et al., 2006, p. 156).

Considerando o movimento dinâmico do trabalho no contexto da história, verificamos que, para satisfazer as necessidades de ordem física, emocional ou social do homem, o trabalho se apresenta como várias especialidades úteis, com tarefas mais ou menos penosas de efetuar e com gêneros de trabalho de diferentes complexidades (DEVILLE, 2012, p. 55). Entre essas especialidades encontra-se o trabalho em saúde, de uma forma geral, e o da enfermagem, em particular, que, através de um amplo leque de atividades, buscam satisfazer as necessidades do ser humano efetuando a complexa missão de “cuidar do outro”.

4.2 O TRABALHO EM SAÚDE: ASPECTOS HISTÓRICOS E SUAS ESPECIFICIDADES

As práticas de saúde também se transformaram, ao longo da história, de acordo com as diferentes épocas e estruturas sociais, caracterizadas, em sua evolução, pelo desenvolvimento das nações, as relações de poder e a articulação da questão saúde, de acordo com as perspectivas culturais, sociais, econômicas e políticas (GIOVANINI, 2002, p. 5).

Segundo a autora, nos primeiros estágios da civilização essas práticas consistiam em ações que garantiam ao homem a manutenção da sua sobrevivência e estavam associadas ao trabalho feminino, uma vez que cabia à mulher, na divisão social do trabalho da estrutura familiar, o cuidado com as crianças, com os velhos e com os doentes. Com o evoluir dos tempos, o conhecimento dos meios de cura resultavam em poder, e o homem, associando-o ao

misticismo, apoderou-se dele, mas a mulher é a grande precursora do atendimento às necessidades de saúde da espécie humana.

Durante séculos as práticas de saúde estiveram vinculadas à religião, sob um aspecto caritativo, executadas por feiticeiros, sacerdotes e mulheres dotadas de aptidão e algum conhecimento sobre ervas e preparo de remédios. Os primeiros hospitais tinham como função assistir os pobres e separar os enfermos infectados pelas doenças epidêmicas, evitando sua disseminação; as atividades eram desempenhadas por religiosos ou leigos sem qualificação, que buscavam a salvação eterna através das obras de caridade (FOCAULT, 2008, p. 101-102). Nessa época, o hospital não era um instrumento terapêutico, e o atendimento aos doentes das classes sociais mais elevadas era realizado pelo médico no domicílio.

O fim do feudalismo e a revolução industrial provocaram a migração da população do campo para os centros industriais com intuito de vender sua força de trabalho aos donos dos meios de produção, mas, diante das condições econômicas desiguais e da exploração do trabalho, as pessoas tornaram-se susceptíveis às doenças, o que constituiu um obstáculo à força produtiva do trabalhador, representando queda na produção com transtornos econômicos e políticos. Para garantir a manutenção da produtividade, o Estado assumiu o controle da assistência à saúde e criou uma legislação de proteção ao trabalho, não por considerar uma necessidade do indivíduo, mas por desejar uma população sadia e produtiva (MELO, 1986, p. 37; GIOVANINI, 2002, p. 22).

Nesse sentido, Giovanini considera:

Além de ser um instrumento de manutenção e reprodução da força de trabalho, a saúde também funciona como meio de fortalecer o poder econômico, uma vez que consumirá bens, equipamentos e grande quantidade de medicamentos, o que resultará em produção direta de riqueza. Dessa forma, a saúde passa a ser vista, também, como objeto de consumo, já que, para uns, constitui uma necessidade ou um desejo e, para outros, constitui lucro (GIOVANINI, 2002, p. 23).

O século XVIII se constituiu como marco nas transformações das práticas médicas a partir das articulações da esfera produtiva, das aquisições científicas e tecnológicas geradas pela revolução industrial e da reorganização do hospital como uma instituição de assistência à saúde com o médico assumindo o monopólio desta atividade. A enfermagem, que até então atuava de forma independente, tornou-se atrelada a esse profissional, executando atividades

de suporte ao desempenho da prática médica. Nesse contexto, os hospitais passaram a assumir o papel de empresas produtoras de serviços e de agentes da manutenção da força de trabalho em saúde (GIOVANINI, 2002, p. 23).

A partir do momento em que o hospital perdeu sua característica de instrumento de repressão e hospedaria para velhos, mendigos e moribundos que necessitavam ser afastados da sociedade e se organizou como local de cura, ensino e fábrica de produzir serviços médicos, ocorreu também a reforma da enfermagem, que passou a assumir as diversas tarefas manuais da assistência direta ao paciente, pois, com as transformações no saber e na prática médica, tais atividades exigiam profissionais tecnicamente preparados, não mais se permitindo a atuação apenas de leigos e religiosas, como acontecia até então (MELO, 1986, p. 42).

Foi no século XIX, período marcado por descobertas científicas e incorporação de tecnologias com impacto nas ações de saúde, que ocorreu o surgimento da enfermagem moderna na Inglaterra, com a instituição de uma escola para formação de enfermeiras. A partir de então, pela apropriação do saber especializado, a enfermagem caracterizou-se como uma ocupação assalariada e passou a atender às necessidades de mão de obra dos hospitais, constituindo uma prática social, institucionalizada e específica (GIOVANINI, 2002, p. 26-27).

A institucionalização da enfermagem demarcou dois importantes fatos. O primeiro foi a reprodução da divisão social do trabalho entre duas categorias distintas: as *ladies nurses*, constituída por mulheres de classe social mais elevada, preparadas para supervisionar e ensinar, e as *nurses*, constituída por mulheres de origem socioeconômica inferior, que prestavam o cuidado direto ao paciente, após um curso realizado no próprio hospital, onde moravam e trabalhavam - reproduzia-se assim a separação do trabalho intelectual e manual, configurando a manifestação de diferentes formas de propriedade e de desigualdade social, que tendiam a se ampliar sob o modo de produção capitalista (MELO, 1986, p. 48-49, 55).

O segundo fato destacado pela autora diz respeito à execução do trabalho de enfermagem nos hospitais ser considerado inferior e tradicionalmente exercido por mulheres, o que ia ao encontro do interesse do capitalismo em utilizar a mão de obra feminina, amplamente manipulada pelo capital que a absorvia ou repelia, sempre com pagamento de salários inferiores (MELO, 1986, p. 48 e 81).

Nogueira, em seu texto *Introdução ao estudo do capital nos serviços de saúde*¹², relata que, nos segmentos que compõem a divisão social do trabalho, a assistência à saúde se designa como serviço ou prestação de serviço, estando enquadrada no setor terciário da economia, que inclui todas as atividades cuja produção não é mensurável em unidades físicas, não pode ser estocada e só existe durante o processo produtivo (ALMEIDA; SILVA, 1973, apud NOGUEIRA, acesso em 5 fev. 2013, p. 3). Dessa forma, compreendida como parte de um grupo de atividades econômicas, os serviços de consumo, a assistência à saúde tem inserção na dinâmica das sociedades capitalistas (NOGUEIRA, acesso em 5 fev. 2013, p. 1-2).

O trabalho em saúde categorizado como serviço também traduz, em muitos de seus setores, a característica da imaterialidade dos seus produtos, que guardam uma objetividade impalpável representada apenas pela força de trabalho humano gasta em sua produção, o que é descrito por Marx como trabalho humano abstrato (MARX, 1982, p. 44-45).

É a partir dos estudos de Marx que Nogueira (Acesso em 5 fev. 2013, p. 6) apresenta o conceito de serviço, numa determinação mais genérica, como sendo o consumo de um valor de uso que pode ser qualquer objeto ou atividade destinada a satisfazer alguma necessidade humana, ou seja, em seu aspecto mais abstrato, “[...] prestar serviço significa fazer que algo seja útil a alguém”. No entanto, numa determinação mais específica, os serviços de consumo¹³ produzem valores de uso estritos, não mercantis, e constituem uma forma particular de emprego e consumo do valor de uso da força de trabalho; “[...] é o trabalho que se consome como atividade útil por si mesma, devido ao conhecimento e capacidade técnica que o orientam [...]” (NOGUEIRA, acesso em 5 fev. 2013, p. 8).

Enfim, é no contato entre o trabalhador que presta assistência e o usuário do serviço que recebe a atenção que o trabalho em saúde se concretiza, apresentando especificidades, como o predomínio do cunho intelectual na maioria das ações realizadas, o corpo do indivíduo como objeto e produto final do trabalho simultaneamente e a prerrogativa de se materializar somente com a presença do trabalhador, uma vez que é a sua atividade que configura o

¹² Segundo informação por *e-mail* do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), este texto, produzido por Roberto Passos Nogueira, faz parte de uma coletânea de *e-books* que ainda serão publicados pelo CEBES. Foi acessado nos meios eletrônicos em fevereiro de 2013.

¹³ Segundo Nogueira (Acesso em 5 fev. 2013, p. 8), constituem um conjunto heterogêneo de atividades econômicas que tem como principal característica o fornecimento de trabalho como mero valor de uso, para um consumo privado, ocupando certos espaços na divisão social do trabalho e na esfera de especialização dos capitais. O autor explica que a expressão “consumo privado” não deve ser entendida como restrição a um indivíduo em particular, mas como uma oposição ao consumo produtivo.

produto final, ao contrário do que ocorre com a produção de uma mercadoria (SCHOELLER, 2002, p. 145-146).

Fortuna e outros (2002, p. 278-279) concordam com a autora, descrevendo que o trabalho em saúde se efetiva num ato contínuo de contato entre trabalhador e usuário, permeado pela história de vida de ambos e pelo trabalho anterior e posterior ao ato em si. O produto é algo da natureza do simbólico, que não se pode pegar, mas se consome no momento da produção.

Dessa forma, os serviços de saúde têm como base principal de sua estrutura a força de trabalho, ou seja, o próprio trabalhador que, utilizando as mercadorias necessárias como instrumentos de trabalho, concretiza o produto final em sua própria ação, visando à prevenção, promoção e/ou recuperação da saúde dos indivíduos. Ao contrário da produção capitalista de mercadorias, o setor de serviços, segundo Nogueira, tem sua dimensão econômica limitada à realização do valor da força de trabalho e seus meios técnicos de ação (NOGUEIRA, acesso em 5 fev. 2013, p. 15).

A força ou capacidade de trabalho é compreendida por Marx (1982, p.187) como o conjunto das faculdades físicas e mentais que o ser humano põe em ação para produzir valores de uso de qualquer espécie, o que, na sociedade capitalista, passa a representar uma mercadoria como fonte de valor. A força de trabalho não é mais do que a aptidão do indivíduo vivo que, para se manter, necessita de uma soma de meios de subsistência cujo valor representa o valor dessa força de trabalho (MARX, 1982, p. 191).

Com relação aos meios técnicos de ação citados pelo autor, Merhy e Franco explicam que cada trabalho tem como objeto coisas distintas e utiliza, para sua produção, diferentes técnicas, matérias primas e formas de organização, pois um trabalho não é igual ao outro. Para “produzir” saúde, os trabalhadores utilizam como ferramentas os equipamentos e materiais específicos, seus saberes e suas relações com os outros, que participam da produção e do consumo de seu trabalho (MERHY; FRANCO, 2008, p. 280, grifo nosso). Esse trabalhador, que vende sua força de trabalho para a produção do trabalho em saúde, é o “[...] indivíduo que [...] detém formação profissional específica ou qualificação prática ou acadêmica para o

desempenho de atividades ligadas diretamente ao cuidado ou às ações de saúde”. É denominado profissional de saúde¹⁴ (BRASIL, 2009a, p. 36-37).

Nesse contingente de profissionais está incluída a enfermagem, categoria de trabalhadores que mobiliza sua força criativa e produtiva para exercer uma atividade essencial ao homem, o *cuidado*, traduzido por Boff (2001, p. 91) como desvelo, solicitude, diligência, zelo, atenção, bom trato, uma atitude fundamental pela qual a pessoa sai de si e centra-se no outro. Sem o cuidado, complementa o autor, o ser humano se desestrutura, definha, perde sentido e morre.

Para Merhy e Franco (2008, p. 281-282), nas sociedades como a brasileira, em que a saúde é considerada direito de todos e dever do Estado, o trabalho em saúde deve pautar-se no ato de cuidar da vida em geral e do outro, tendo “[...] como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, expressos como demandas pelas ações de cuidado”. Para dar conta dessa realidade, é fundamental a participação de uma diversidade de trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares para que o trabalho de um dê sentido ao trabalho do outro e, através do trabalho vivo¹⁵ em ato, a produção na saúde se realize.

Como parte desse coletivo de profissionais, a enfermagem apropria-se da finalidade do trabalho em saúde sob seu ponto de vista específico, que engloba tanto a criação de condições ideais para que outros profissionais atuem com maior eficácia quanto a relação direta do profissional de enfermagem com o usuário, consubstanciada pelo planejamento e execução de técnicas e ações voltadas para o conforto, recuperação ou prevenção de doenças (SCHOELLER, 2002, p. 160).

Segundo a autora, o trabalho da enfermagem transcende as atividades eminentemente técnicas, administrativas ou assistenciais e perpassa a maioria das ações desenvolvidas pelo setor saúde. Além disso, na medida em que cria condições para a atuação de outros profissionais proporcionando maior qualidade à assistência prestada, deixa de ser um trabalho

¹⁴ O *Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde* define como trabalhador em saúde todo indivíduo que se insere direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, independente de sua formação profissional ou capacitação; já o profissional de saúde é aquele com formação específica para as atividades assistenciais (BRASIL, 2009a, p. 37-38, 49).

¹⁵ Trabalho vivo é o trabalho feito em ato, é o trabalho humano no exato momento em que é executado. Trabalho morto é aquele que foi feito antes e que está contido em seu produto (MERHY; FRANCO, 2008, p. 281-282).

complementar para tornar-se essencial, como parte integrante dos serviços de saúde (SCHOELLER, 2002, p. 163).

Seguindo uma trajetória histórica, o trabalho em saúde, que tem suas origens no âmbito caritativo a partir da organização dos hospitais, transforma-se em atividade especializada e passa a ser considerado serviço, tornando-se um produto mercadológico, influenciado pela evolução tecnológica em relação aos espaços onde é realizado, aos recursos necessários para sua produção e a quem o realiza (KOSTER, 2008, p. 47).

Caracterizado ainda como um trabalho coletivo realizado por equipe multidisciplinar, abrange uma variedade de atividades de produção e serviços que compreendem desde a indústria de equipamentos e medicamentos até a prestação dos serviços de assistência ao usuário que pode ocorrer no domicílio, no ambulatório, em unidades de saúde ou hospitais (BRASIL, 2007a, p. 20). Assim, seus trabalhadores se inserem no mercado de trabalho em diferentes locais e por uma multiplicidade de modalidades de contratação, podendo ser proprietários de empresas médicas, trabalhadores autônomos, assalariados do setor público ou privado, celetistas, terceirizados ou trabalhadores em situação precária, sem nenhuma proteção legal (MARSIGLIA, 2011, p. 11).

4.3 O TRABALHO NA MODERNIDADE: A CRISE DO CAPITALISMO E AS ORIGENS DA FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DO TRABALHO.

À medida que o capitalismo se estabelecia como sistema econômico predominante no século XIX, também determinava uma nova etapa de desenvolvimento da força de trabalho e das relações de produção, marcada pela separação entre a propriedade dos meios de produção e o trabalhador. Impulsionado pela idolatria do valor econômico, o trabalho se transformava de mero intercâmbio entre homem e natureza para uma compulsividade como produtor de valores indispensáveis à dinâmica capitalista (DORNELES, 2002, p. 20).

A hipertrofia do capitalismo na sociedade ocidental configurou uma teia de relações sociais que ultrapassam a esfera de produção e determinam uma série de valores condicionantes da vida sociopolítica e econômica. Na análise de Boaventura Santos, é possível distinguir três grandes períodos no plano histórico de desenvolvimento do sistema capitalista: *o capitalismo*

liberal, que corresponde ao século XIX; *o capitalismo organizado*, do final do século XIX até as primeiras décadas após a Segunda Guerra Mundial, e *o capitalismo financeiro ou monopolista*, do final da década de 1960 até os dias de hoje, também designado pelo autor como *capitalismo desorganizado* (SANTOS, 1993, grifo nosso).

Apoiado na visão de Boaventura, Leandro Dorneles estabelece uma correlação entre tais períodos e a sistemática de exploração da força de trabalho. O período do capitalismo liberal caracterizava-se pela hipertrofia do mercado, que devia funcionar livremente, associado com um desenvolvimento abstencionista do Estado e uma concepção individualista da sociedade – o trabalhador vivenciava uma fase de grande desvantagem na negociação das condições de trabalho que se legitimavam manifestadamente desumanas (DORNELES, 2002, p. 26).

A fase do capitalismo organizado foi marcada por uma expansão contínua da lógica de mercado, franco desenvolvimento industrial e uma cultura de produção e consumo em larga escala. No entanto o Estado assumia o papel de agente ativo na regulação e institucionalização dos conflitos entre o capital e o trabalho e na proliferação da legislação social. Nesse contexto, a regulação do mercado de trabalho assumiu uma lógica de proteção e de melhoria das condições para o trabalhador (DORNELES, 2002, p. 28-29).

No cenário mundial, “os anos dourados do capitalismo” vislumbraram acentuado crescimento da economia nos países do capitalismo avançado. Havia então uma sinergia entre os aumentos de produtividade, salários e geração de empregos e, à medida que o Estado aumentava o emprego público e os gastos com políticas sociais, consolidava sua intervenção na economia e o desenvolvimento do Estado de Bem-Estar Social¹⁶ (VAZQUEZ, 2008, p. 81-82).

Como uma proposta de conciliação mínima entre os interesses antagônicos do capital e do trabalho, o Estado de Bem-Estar Social representa um grande pacto sociopolítico-econômico que configura a nova lógica de regulação das relações de trabalho, com papéis definidos para cada ator, aos quais também compete uma parcela de renúncia: para os capitalistas, os lucros e a autonomia; para os trabalhadores, as reivindicações. Cabia ao Estado intervir e gerenciar

¹⁶ O Estado de Bem-Estar Social ou *Welfare State* é definido por Dorneles (2002, p. 43) como “o conjunto de estruturas públicas resultantes de um compromisso entre o poder público institucionalizado, o Capital e o trabalho”. Surgiu nos países desenvolvidos a partir da crise do Estado Liberal e da configuração do Estado Social Burocrata, que utiliza a contratação direta de burocratas e assume a garantia dos direitos sociais e o pleno emprego. Nos países em desenvolvimento temos, nesse paralelo, o Estado Desenvolvimentista e Protecionista (PEREIRA, 1997, p. 10).

essa dupla renúncia, transformando em capital social os recursos financeiros e garantindo o combate ao desemprego, padrões mínimos de vida, direitos sindicais (DORNELES, 2002, p. 42-43).

No entanto, se, por um lado, a experiência do Estado de Bem-Estar Social implementou melhor distribuição de renda e ganhos de produtividade, por outro, manteve o movimento operário sob o controle do Estado através da ideologia da doação, do Estado Benfeitor. Tal compromisso, firmado entre capital e trabalho com mediação do Estado, buscava, na verdade, delimitar o campo da luta de classes, garantindo aos trabalhadores segurança e ganhos sociais, desde que a temática socialista fosse relegada a um futuro distante (ANTUNES, 2009a, p. 40; THÉBAUD-MONY; DRUCK, 2012, p. 27).

Para garantir a produção em larga escala e o pleno desenvolvimento industrial desse período surgiu, na virada do século XIX para o século XX, uma nova forma de organização do trabalho: o fordismo-taylorismo¹⁷. A produção em massa e a fragmentação do trabalho são as marcas desse modelo, que promove a nítida separação entre elaboração/execução, suprimindo a dimensão intelectual do trabalho que se converte em apêndice da máquina ferramenta (ANTUNES, 2009a, p. 38-39).

Apesar de propiciar o crescimento econômico e a retomada da acumulação/reprodução do capital nos anos dourados do capitalismo, devido à sua falta de flexibilidade, o fordismo-taylorismo colocou as indústrias em uma crise de superprodução e, nos anos 1970, começou a mostrar sinais de falência, dando espaço para outros modelos mais enxutos e flexíveis, que melhor se adaptavam às exigências de um mercado cada vez mais globalizado (NAVARRO; PADILHA, 2007). De fato, a crise desse sistema de produção já expressa, em seu significado mais profundo, uma crise estrutural do capital que observa uma tendência decrescente das taxas de lucro.

No fim da década de 1970, diversos fatores, como a desordem do sistema monetário internacional, o aumento dos preços nas matérias primas e do petróleo, o desgaste do padrão de industrialização, o aumento da inflação e da dívida pública, acarretaram uma desaceleração

¹⁷ Fordismo-taylorismo é um padrão produtivo caracterizado pela mistura da produção em série fordista com o cronômetro taylorista que otimiza a utilização da mão de obra, racionalizando os movimentos e evitando a ociosidade operária. As tarefas são parceladas reduzindo a ação operária a um conjunto repetitivo de atividades individualizadas, cujo somatório resulta na produção das mercadorias (ANTUNES, 2009a, p. 38-39).

do crescimento e abriram espaço para os argumentos de caráter liberal, que pregavam uma nova ordem de regulação econômica, visando ao aumento da competitividade da indústria nacional, com os seguintes pontos centrais: combate à inflação pela redução da intervenção do Estado, equilíbrio orçamentário, arrocho salarial e abertura comercial e financeira dos países (VASQUEZ, 2008, p. 82; ANTUNES, 2009a, p. 33).

Com a globalização¹⁸ econômica advinda da abertura dos mercados, as empresas ficaram expostas à concorrência internacional e buscaram os ganhos de produtividade através da reorganização produtiva que alterava a relação entre capital e trabalho na medida em que buscava garantir o aumento da produção através da redução dos custos com mão de obra e terceirização das etapas do processo produtivo, que são menos lucrativas. Nessa conjuntura, as empresas visavam desestruturar os sistemas nacionais de relações de trabalho pela “flexibilização” dessas relações e pela eliminação da regulação sobre o uso, o tempo e a remuneração do trabalho (VAZQUEZ, 2008, p. 83).

Tal fato se concretizou na década de 1980 com um novo modelo de produção denominado toyotismo¹⁹, que utilizava altos índices de terceirização e estruturava-se a partir de um número mínimo de trabalhadores e, de acordo com as condições do mercado, fazia uso das horas extras, dos trabalhadores temporários ou da subcontratação, acarretando o desemprego estrutural com desdobramentos para os direitos do trabalho que eram desregulamentados e flexibilizados (ANTUNES, 2011, p. 34-35).

Esse período corresponde ao capitalismo financeiro ou desorganizado em que se desestabiliza a composição social entre Estado, capital e trabalho com uma quebra na lógica preservacionista de inserção do trabalhador no processo produtivo. Ocorrem transformações substanciais com hegemonia do princípio de mercado, redução da capacidade nacional de regulação da economia, crescimento do setor de serviços, diminuição do poder de negociação das organizações operárias e uma conseqüente precarização das relações salariais e das condições de vida dos trabalhadores (DORNELES, 2002, p. 96-98 e 107-111).

¹⁸ Desencadeado nas décadas finais do século XX, esse fenômeno consistia em um processo que permitiu a ligação entre os países com a livre circulação de bens e serviços, sem fronteiras, possibilitado pelas inovações tecnológicas que encurtaram as distâncias pela velocidade de informações e pelos meios de comunicação. O sistema global propagou o capitalismo, unificando os mercados mundiais em prejuízo das soberanias dos Estados nacionais (OLIVEIRA, 2010, p. 28).

¹⁹ O toyotismo tem como princípios constitutivos básicos a produção diversificada direcionada para a demanda, o estoque mínimo e o melhor aproveitamento possível do tempo de produção (ANTUNES, 2011, p. 32-33).

O fenômeno da globalização e a ideologia neoliberal²⁰ constituem fatores decisivos para esse cenário, onde tudo parece negociável e transformável. No nível da empresa ou do sindicato, há uma atmosfera geral de desregulação e flexibilidade (CAMPOS, 2009).

A complexidade das diversas transformações que marcaram a sociedade contemporânea nas duas últimas décadas, período da crise estrutural do capital, afetou o mundo do trabalho com fortes consequências para a classe trabalhadora, tanto em sua forma de ser quanto no universo dos valores que pautam suas ações e práticas concretas (ANTUNES, 2011, p. 183).

No Brasil, o governo de Fernando Collor de Melo (1990) marcou a ascensão do ideário neoliberal no País, com implementação de políticas para a reestruturação capitalista, que se estenderam nos governos subsequentes, acarretando a desestruturação do mercado de trabalho pela descentralização do processo de negociação, flexibilização das convenções coletivas, contribuindo para o enfraquecimento do movimento sindical (ALVES, 2009, p. 191).

No capitalismo organizado, os níveis de produtividade são elevados, com baixas taxas de desemprego. Em contrapartida, no capitalismo desorganizado, altas taxas de desemprego são registradas em todo o mundo como consequência da globalização financeira e da desregulação²¹ do mercado de trabalho (VASQUEZ, 2008, p. 84). Nesse contexto de crise, quando o capital busca recuperar seu padrão de acumulação, a flexibilização das relações de trabalho se impõe como alternativa para tornar menos rígidas as normas de proteção ao emprego e ao trabalhador.

A flexibilização pode ser compreendida como um processo com determinantes macroeconômicos e sociais derivados da mundialização do sistema capitalista, cuja fluidez, típica dos mercados financeiros, atinge a economia e a sociedade em seu conjunto, generalizando a flexibilização para todos os espaços, especialmente para o campo do trabalho (THÉBAUD-MONY; DRUCK, 2012, p. 29).

²⁰ Ideologia surgida em 1947 com um grupo de filósofos, economistas e cientistas políticos reunidos na Suíça, cujo projeto econômico e político atacava frontalmente a forma de gestão social do capitalismo organizado, principalmente o Estado de Bem-Estar Social, que, por sua política social e função reguladora de mercado, era visto como estimulador da destruição da liberdade dos cidadãos e da competição, fatores esses considerados pré-requisitos para a prosperidade (DORNELES, 2000, p. 117).

²¹ Na desregulação não há limites na lei para as questões trabalhistas, que ficam a cargo da negociação individual ou coletiva, sem intervenção do Estado (MARTINS, 2000, p. 26).

Segundo Antunes (2009b, p. 50-51), a flexibilização pode ser entendida como a “liberdade da empresa” para, de acordo com as suas necessidades, demitir trabalhadores sem penalidades, reduzir o horário ou recorrer a mais horas de trabalho, pagar salários reais mais baixos do que a paridade de trabalho exige, subdividir a jornada de trabalho mudando os horários e as características das atividades. Essas diversas modalidades de flexibilização convergem para diferentes formas de precarização, o que passou a ser uma realidade a partir do século XXI.

Ante essas transformações econômicas que alteraram a forma de ser da classe trabalhadora, é necessário então elaborar uma concepção ampliada de trabalho para conceber a nova classe de trabalhadores, denominada por Ricardo Antunes como “a classe que vive do trabalho”, que incorpora todos aqueles que vivem da venda de sua força de trabalho e são despossuídos dos meios de produção, não só os trabalhadores formais, mas também o proletariado rural, o precarizado, o que se caracteriza pelo vínculo de trabalho temporário, aqueles que exercem o trabalho imaterial e a totalidade dos desempregados (ANTUNES, 2009b, p. 53-54). Incluídos nesse contexto, os trabalhadores da saúde também são atingidos por todo esse processo.

No próximo capítulo, estaremos aprofundando as questões que contribuíram para a flexibilização nas relações de trabalho no serviço público em geral e na saúde em particular.

5 A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NA SAÚDE E A REFORMA DO ESTADO

Neste capítulo, fazemos uma reflexão sobre a flexibilização das relações de trabalho, objeto deste estudo, que se tornou uma realidade no século XX, em consequência de todo esse processo desencadeado pelo fenômeno da globalização e da reestruturação da economia capitalista, determinando a configuração de mutações no mundo do trabalho, com sérias perdas dos direitos conquistados pelos trabalhadores ao longo de uma trajetória de lutas. A crise dos países capitalistas avançados, dos séculos XIX e XX, não tardou a se estender pelos países em desenvolvimento. Abordamos então sua chegada à América Latina, focalizando o Brasil onde uma sequência de reformas objetivando a mudança do paradigma gerencial culminou com a Reforma do Estado na década de 1990, idealizada por Bresser Pereira, que visava tornar o Estado mais eficiente, ágil e desburocratizado para atender ao ideário neoliberal e à necessidade de inserção do Brasil no mundo globalizado. Para tanto, foram instituídas medidas que afetaram de maneira estrutural o serviço público e a saúde.

5.1 A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO MUNDO CONTEMPORÂNEO

O termo *flexibilização*, no *Dicionário da língua portuguesa* (FERREIRA, 1999, p. 914), é traduzido como ato ou efeito de flexibilizar ou tornar flexível; é o “afrouxamento ou eliminação de leis ou normas, especialmente as que afetam relações econômicas”. Segundo o autor, a qualidade do que é flexível se expressa pelo termo flexibilidade, que significa maleabilidade, ou seja, é algo que se pode curvar e moldar. A ampla aplicação do termo *flexibilização* no mundo do trabalho contemporâneo leva-nos a inferir que o vocábulo não comporta uma única forma de interpretação. Neste trabalho, em especial, utilizamos o termo *flexibilização* quando nos referimos às inúmeras modificações no Direito do Trabalho, materializadas nas diversas formas de “parcerias”²² de serviços públicos de saúde que proliferaram amplamente no Brasil.

²² Na administração pública, o termo parceria é utilizado para designar todas as formas de sociedade organizadas entre os setores públicos e a iniciativa privada nos âmbitos social e econômico, para a consecução de fins de interesse público, ainda que, do lado do particular, se objetive o lucro (DI PIETRO, 2008, p. 22).

No Brasil, a *flexibilização* teve início com a Lei n.º 4.923, de 23 de dezembro de 1965, que dispõe sobre a redução geral e transitória dos salários até o limite de 25%, caso a empresa seja afetada por prejuízos financeiros em razão da conjuntura econômica, desde que haja acordo sindical (CARVALHO, 2000, p. 5). Na sequência, ocorreu a promulgação da Lei n.º 5.107, de 13 de setembro de 1966, que deu ampla liberdade ao empregador para despedir os empregados regidos pelo Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS). Na mesma linha, veio a Lei n.º 6.019, de 03 de janeiro de 1974, também conhecida como Lei do Trabalho Temporário (CAMPOS, 2009). Nesse contexto, o arcabouço jurídico do Direito do Trabalho sofreu alterações. Segundo Martins (2000, p. 13), a *flexibilização* das normas do Direito do Trabalho objetiva assegurar um conjunto de regras mínimas ao trabalhador, ao mesmo tempo em que garante a sobrevivência da empresa durante os períodos de crise econômica.

Já no entendimento de Krein (1999, p. 13), *flexibilizar* as relações do trabalho significa deixar a cargo das forças do mercado a regulação do processo de contratação, demissão e custo da força de trabalho. Entendida como parte do processo de racionalização produtiva²³, a *flexibilização* viria, no entendimento de empresários e do governo, resolver o problema do desemprego na medida em que poderia contribuir para a redução dos custos do trabalho.

A *flexibilização* das relações de trabalho no âmbito da saúde é um dilema vivenciado na atualidade que, entre outros fatores, surge em virtude da necessidade de os serviços de saúde em geral se adequarem a métodos eficientes de estabilização econômica e controle da força produtiva, em um cenário de livre fluxo do mercado de trabalho.

Como vimos anteriormente, o entendimento dessa situação, segundo Santos (1997), surgiu como consequência do terceiro período do capitalismo, chamado de capitalismo desorganizado, como também dos ideais e características da teoria neoliberalista. O neoliberalismo²⁴ propagou-se na década de 1970 como uma solução para a crise que assolou a economia mundial provocada pelo aumento excessivo no preço do petróleo. Tinha como princípio basilar a não intervenção do Estado na economia e no mercado de trabalho de um

²³ Mecanismo utilizado pelas empresas para enfrentar a concorrência acentuada do mercado globalizado, buscando reduzir os custos produtivos e maximizar a utilização do trabalho (VAZQUEZ, 2008, p. 83).

²⁴ Para Carinhato (2008, p. 38) o neoliberalismo contemporâneo é “[...] um liberalismo econômico que exalta o mercado, a concorrência e a liberdade de iniciativa privada, rejeitando veementemente a intervenção estatal na economia”.

país, além da defesa da política de privatização de empresas públicas. Para Boaventura, o capitalismo desorganizado é sustentado pelo neoliberalismo (SANTOS, 1997).

Na modernidade, as palavras de ordem da teoria neoliberalista são: racionalidade, regulação e emancipação. O termo racionalidade vincula-se à ideia de tornar mais eficaz e menos dispendioso um processo produtivo. Já o termo regulação, em sentido geral, refere-se a um conjunto de técnicas ou ações que, ao serem aplicadas a um processo, a uma organização ou a um sistema, permitem alcançar a estabilidade, a conformidade e um comportamento previamente definido e almejado. O termo emancipação, por sua vez, significa o estado daqueles que, livres de qualquer tutela, podem administrar seus bens livremente (CAMPOS, 2009).

Nesse sentido, as instituições de saúde, para atenderem as demandas da modernidade, devem agir racionalizando seus custos, regulando seus processos e emancipando-se das tutelas do Estado. No entanto, a incorporação tecnológica teve como desdobramento um significativo aumento de custos na saúde. Por sua vez, a regulação de processos na saúde não se mostra capaz de, por si só, garantir a qualidade dos serviços. E os encargos que incidem sobre a folha de pagamento das instituições de saúde são tantos que, para cada trabalhador empregado com carteira assinada, o empregador, além do salário pago ao próprio trabalhador, é responsável pelo pagamento de outro, referente aos encargos. Isso inviabiliza os ideais do neoliberalismo de emancipação da tutela do Estado.

Concordamos com Martins (2000, p. 13), quando descreve sobre a polêmica que envolve a flexibilização das relações de trabalho: para uns, a flexibilização é uma forma de salvar a pátria dos males do desemprego, para outros, é uma forma de destruir tudo aquilo que o trabalhador conquistou em séculos de reivindicações, que apenas privilegia os interesses do capital, fazendo com que o empregado pague a conta da crise econômica.

De acordo com Carvalho (2000, p. 5), existem três correntes que doutrinam a questão da flexibilização das relações de trabalho. A primeira, denominada corrente *Flexibilista*, defende a ideia de que o Direito do Trabalho deve adaptar-se aos diferentes momentos da história: o momento das conquistas da classe trabalhadora, o momento da emancipação da classe trabalhadora e o momento da adaptação da classe trabalhadora à realidade atual. Para essa corrente, a modernização exige que as convenções coletivas de trabalho tenham cláusulas que

possibilitem maior adequação à realidade da época, do setor, do tamanho da empresa, entre outras questões, mas que muitas vezes determinam prejuízo para o trabalhador. A segunda corrente, a *Antiflexibilista*, entende que a proposta de flexibilização é um pretexto para reduzir os direitos dos trabalhadores. Ela é nociva, pois pretende eliminar algumas conquistas que emergiram com as lutas dos trabalhadores ao longo de anos. Já a terceira corrente, a *Semiflexibilista*, acredita que a flexibilização deve acontecer sim, mas como fruto da iniciativa dos trabalhadores, de forma gradual e através de negociações. O que se conclui é que a flexibilização pretende ajustar as normas jurídicas existentes e criar novas normas, de acordo com a realidade econômica vigente no Brasil, de modo a contribuir para solucionar os problemas da economia e do Direito do Trabalho.

Na área da saúde, conforme relata Pierantoni (2001, p. 342), a flexibilidade, traduzida pelo redesenho da relação público-privado, assume diferentes configurações, que vão desde modificações na estrutura jurídico-administrativa de unidades prestadoras de serviço de saúde (as fundações, as organizações sociais, as organizações sociais de interesse público) e terceirizações de atividades até a contratação de prestadores individualizados.

No Brasil, foi a partir da Reforma do Estado (1990) que a flexibilização das relações de trabalho ocorreu de forma sistemática, apoiada na necessidade de se adotar um modelo de administração fundamentado na relação custo benefício, na eficiência e na competitividade. Para tanto, a Administração Pública deveria ajustar o quadro de pessoal permanentemente, de acordo com as mudanças tecnológicas, as variações do mercado e os fatores econômicos culturais específicos a cada instância de trabalho. Para se ajustar ao mercado, as empresas e o Estado precisavam ter maleabilidade (ARAÚJO et al., 2006, p. 158).

No bojo das medidas implementadas para atingir os objetivos da Reforma, com base na Emenda Constitucional n.º 19/98²⁵, passaram a ser utilizadas diversas modalidades de vinculação do trabalhador ao serviço público, configurando-se uma política da flexibilização preconizada pelo Governo Federal e seguida por estados e municípios, acarretando a redução dos postos de trabalho na administração pública e a precarização do trabalho (LACAZ et al., 2011, p. 197).

²⁵ Com a modificação do Art. 39 da Constituição Federal, esta Emenda elimina a obrigatoriedade do RJU, possibilitando que a Administração Direta, Autárquica e Fundacional da União adotem os regimes estatutário ou celetista, para vincular o servidor público ao Estado (COSTALDELLO, 1999).

Segundo os autores, a reforma administrativa foi equivocada quando propiciou a flexibilização do emprego público visando ao controle dos gastos, provocando, na verdade, uma grande desestruturação do serviço público por práticas de terceirização sem critérios e, algumas vezes, sem legalidade. Além disso, a fragilização das relações de trabalho no âmbito do SUS compromete a dedicação dos trabalhadores, em decorrência do aumento da rotatividade e da insatisfação profissional.

5.2 A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO CONTEXTO DAS REFORMAS DA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA BRASILEIRA.

A Administração Pública do Brasil, ao longo de sua história, foi palco de diversos movimentos reformistas em busca de adequação aos ciclos da política, da economia, da sociedade e da cultura, próprios de cada época. Segundo Costa (2010, p. 75), para entender as recentes transformações do Estado e da organização governamental, é necessário reconstruir os processos de formação e diferenciação histórica do aparato estatal desde o século XVI, quando se constituiu o Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves. Embora se considere a importância desse resgate do passado para compreensão do presente, por se tratar de um tema complexo, que não é o foco principal deste estudo, apresentaremos apenas alguns fatos marcantes da trajetória de reformas empreendidas pelos diversos governantes em busca de uma administração pública mais flexível.

Com o objetivo de adequar a máquina pública aos planos de governo, já se constitui uma tradição no setor público o início de um novo governo ser demarcado, muitas vezes, por reformas administrativas (PIERANTONI, 2001, p. 343). A expressão Reforma do Estado, segundo Di Pietro (2008, p. 30), designa uma tendência de reformar o aparelhamento administrativo do Estado, representado pela Administração Pública em sentido amplo, abrangendo os poderes Legislativo, Executivo e Judiciário, bem como as entidades da Administração Indireta.

A Administração Pública brasileira tem uma herança da administração patrimonialista que vigorou até 1930, marcada pelo controle atento de um Estado centralizador e onipotente espoliado por uma elite que usufruía de privilégios, como o clientelismo, a impunidade nos mecanismos de corrupção, poder político e social entre outras vantagens (TORRES, 2004,

p.143). Esse fato pode justificar o estigma, muitas vezes atribuído ao servidor público, que, inclusive, foi retratado por um depoente: “[...] *o serviço público ele tem a capacidade de ser muito bom, mas não é a nossa realidade hoje, então, é quando a gente para pra pensar assim: não, tenho que tentar fazer parte da parte mais técnica e realmente sair desse perfil desvirtuado que tem sido a fama do serviço público.*” (DU09)

No Brasil, desde 1930, algumas iniciativas foram tomadas com vistas à transformação da administração pública burocrática²⁶ para a gerencial, considerada mais flexível e eficiente, mas foi na década de 1990 que tal fato assumiu maior relevância. As novas modalidades de administração pública introduzem como referencial a flexibilidade associada a conceitos que envolvem a capacidade de adaptação do Estado a diversificados tipos de mercado (PIERANTONI, 2001, p. 342)

No intuito de contextualizar este estudo, apresentaremos na sequência as principais tentativas de mudança no paradigma gerencial da administração pública federal, com maior ênfase para a Reforma Administrativa do Estado de 1990, que se constituiu em um marco da flexibilização das relações de trabalho no serviço público, a partir dos mecanismos de intervenção adotados para alcançar seus objetivos.

Na década de 1930, Getúlio Vargas comandou uma reformulação completa para modernização do Estado Brasileiro, culminando com a criação, em 1938, do Departamento Administrativo do Serviço Público (DASP), que visava adequar as estruturas administrativas, tendo em vista o Estado Desenvolvimentista Nacional que então se constituía. Alguns anos depois, no período da Ditadura Militar, registrou-se uma nova tentativa com a edição do Decreto-Lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967²⁷, que flexibilizou a Administração Pública e viabilizou a presença do Estado na área econômica (PIERANTONI, 2001; TORRES, 2004, p. 145).

²⁶ A administração pública burocrática se caracteriza pela hierarquia funcional; pelo formalismo; pelo combate à corrupção e ao nepotismo; pelo controle rígido dos processos para a administração de pessoal, as compras e o processamento de demandas. A gerencial orienta-se, principalmente, pelos valores da eficiência e da qualidade na prestação de serviços públicos, buscando desenvolver uma cultura gerencial nas organizações (COSTA, 2010, p. 130).

²⁷ Dispõe sobre a organização da Administração Federal e estabelece diretrizes para a reforma, enfatizando a descentralização e a eficiência administrativa com base na autonomia da administração indireta. Adota medidas como a modificação do estatuto do funcionalismo público, de estatutário para celetista, e a criação de instituições de administração descentralizada, que facilitavam as pretensões intervencionistas do Governo (PIERANTONI, 2001; COSTA, 2010, p. 103-105).

Mediante o Decreto-Lei buscou-se a descentralização funcional, com transferência de importantes funções e políticas públicas para autarquias, fundações, empresas públicas e sociedades de economia mista, denominadas de administração indireta, e também a normatização de procedimentos nas áreas de pessoal, compras e execução orçamentária (TORRES, 2004, p. 153-155; KLERING; PORSSE; GUADAGNIN, 2010, p. 6).

Apesar de constituir um marco na tentativa de superação da rigidez burocrática e semear a ideia inicial da administração pública gerencial, essa reforma não atingiu seus objetivos e, além de não conseguir efetuar mudanças na estrutura da administração direta, teve consequências indesejáveis, como o favorecimento de práticas patriarcalistas e nepotistas exemplificadas pela contratação de servidores sem concurso público, mecanismo utilizado por dirigentes burocratas, inclusive em troca de apoio político (SILVA, 1999; TORRES, 2004, 153-155; COSTA, 2010, p. 105-106).

Na sequência, ainda visando à implantação do modelo gerencial para a administração pública federal, registra-se a criação da Secretaria da Modernização (SEMOR)²⁸, em meados dos anos 1970, e a instalação do Ministério da Desburocratização e do Programa Nacional de Desburocratização, no início dos anos 1980 (BRASIL, 1995, p. 20). No entendimento de Costa (2010, p. 111), as experiências das reformas administrativas no Brasil até 1985 tiveram planejamento e mecanismos de implementação insuficientes com resultados relativamente nefastos, traduzidos em multiplicação de entidades, marginalização do funcionalismo e descontinuidade administrativa.

Também remonta a essa década a expansão do movimento social que contestava o sistema governamental de saúde, implantado no período militar, caracterizado pelo predomínio financeiro das instituições previdenciárias e por uma mercantilização da produção e do consumo dos serviços de saúde. Havia um descaso com a saúde pública e uma multiplicidade de instituições e organizações – estatais e privadas – que prestavam serviços de saúde, muitas vezes a uma mesma clientela, enquanto uma enorme parcela da população era excluída ou recebia serviços de baixa qualidade (TEIXEIRA; SOLLA, 2005, p. 457; PAIM, 2011, p. 38).

²⁸ A SEMOR buscava implantar novas técnicas de gestão e administração de recursos humanos na administração pública federal e o Ministério da Desburocratização tinha como proposta agilizar as organizações do Estado, descentralizar a autoridade, simplificar os processos administrativos e promover a eficiência (KLERING; PORSSE; GUADAGNIN, 2010, p. 7).

Essas informações demonstram que o setor saúde também vivenciava momentos difíceis. Paim (2011, p. 38-39) relata que um estudo realizado no Ministério da Previdência e Assistência Social, no período do governo militar (1975), evidenciou que, só na área federal, havia 71 órgãos desenvolvendo ações de saúde e complementa descrevendo o sistema como insuficiente, mal distribuído, descoordenado, inadequado, ineficiente e ineficaz, com as características de autoritário, centralizado, corrupto e injusto.

O movimento que então se propagou, denominado de Reforma Sanitária²⁹, propunha um modelo de atenção à saúde de caráter público, democrático, participativo, universalizante, descentralizado. Tal proposta foi apresentada oficialmente na VIII Conferência Nacional de Saúde, que, com ampla participação dos segmentos da sociedade, desencadeou um processo que influenciou os avanços sociais da nova constituição e culminou na implantação do SUS (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 73).

Em 1988, a promulgação da Constituição Federal representou um importante marco institucional no rol das reformas, na medida em que promoveu mudanças na estrutura administrativa, visando à descentralização, consagrando os direitos sociais e impulsionando a construção da cidadania plena, pela inserção da sociedade na formulação de políticas públicas e na gestão governamental (KLERING; PORSSE; GUADAGNIN, 2010, p. 5, grifo nosso).

Para Carinhato (2008, p. 41 e 43), o novo modelo de seguridade social apresentado pela Carta Magna buscou romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e abrandar os vínculos entre contribuições e benefícios, caracterizando-se pela universalização da cobertura, reconhecimento dos direitos sociais, afirmação do dever do Estado e subordinação das ações privadas à regulação estatal.

A Constituição de 1988 representou um avanço quando, em seu Art. 196, instituiu a saúde como direito de todos e dever do Estado, mas Di Pietro (2008, p. 25) comenta que também ficava consagrada uma dupla possibilidade de prestação desse serviço pelo Poder Público, com a participação do setor privado. No Art. 197, a Constituição reconhece a saúde como serviço público, integrado em um sistema único, a cargo do Estado, podendo ser prestado

²⁹ Movimento organizado em meados da década de 1970, constituído por segmentos populares, entidades sindicais, estudantes, pesquisadores e profissionais de saúde que defendiam a democratização da saúde e a reestruturação do sistema de serviços (PAIM, 2011, p. 39).

diretamente ou através de terceiros. Já no Art. 199, cuida da assistência à saúde como atividade privada, exercida pela esfera particular por sua própria iniciativa, reafirmando a parceria entre público e privado mediante contrato de direito público ou convênio.

Com relação ao serviço público, define a obrigatoriedade do concurso público para a investidura em cargo ou emprego público (Art. 37, § II) e institui o RJU³⁰ para os servidores da Administração Pública direta, das autarquias e das fundações públicas (Art. 39), transformando milhares de empregados celetistas em estatutários (BRASIL, 1988, p. 36, 40, 133). Na visão de Costa (2010, p. 12), apesar de produzir significativos avanços, principalmente na democratização da esfera pública, a Constituição também gerou problemas no que diz respeito à diminuição da flexibilidade da administração indireta, até então considerada como um setor dinâmico, e pela instituição do RJU, que acarretou desequilíbrio para a Previdência ao assegurar aposentadoria integral para todos os servidores, permitindo um crescimento, vegetativo e fora do controle, das despesas com pessoal.

Em contrapartida, a adoção do concurso público como via única e universal de ingresso no setor público é defendida por Torres (2004, p. 164) como um avanço, na medida em que propicia a profissionalização e a moralização do setor estatal e se contrapõe ao clientelismo e ao empreguismo que imperavam até então na Administração Pública, de forma que os ganhos da obrigatoriedade do concurso ultrapassam as limitações burocráticas impostas por ele como critério de seleção e contratação, como dito por muitos.

Em 1990 tomou posse, como presidente da República, Fernando Collor de Mello (1990-1992), cujo governo priorizava o ajuste fiscal e a privatização, promovendo uma reforma administrativa do aparelho do Estado atrelada à ideologia neoliberal, caótica e sem planejamento, com medidas equivocadas que acarretavam desmantelamento do setor público, extinção de cargos e órgãos públicos, além de expressivo número de demissões, aposentadorias e situação de disponibilidade para muitos servidores públicos (TORRES, 2004, p. 168 e 170; COSTA, 2010, p. 114-115). Esse governo foi marcado pelo ataque ao funcionalismo público, alvo de uma política destrutiva e desagregadora, que disseminava a ideia de que a Administração Pública e os servidores eram os únicos e maiores responsáveis

³⁰Modelo de estatuto que estabelece as relações de trabalho dos servidores públicos com o Estado, que, portanto, são denominados de estatutários (COSTA, 2010, p. 105). O RJU dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações foi instituído pela Lei n.º 8112, de 11 de dezembro de 1990 (BRASIL, 1990b).

por grande parte dos problemas da sociedade. Além disso, promoveu um arrocho salarial, desestimulando os servidores, que se sentiram desvalorizados e agredidos em sua autoestima (TORRES, 2004, p.168 e 170).

Enfim, no governo de Fernando Henrique Cardoso (1994-1998 e 1998-2001), o tema da Reforma adquiriu centralidade, sendo tratado como condição indispensável para o retorno do crescimento e da estabilização econômica. Segundo seus defensores, constituía uma alternativa para a liberação da economia e diminuição das desigualdades sociais, mas, analisada por outro prisma, ela fazia parte de um processo, muito mais abrangente, que buscava criar um novo modelo econômico fundamentado no neoliberalismo (CARINHATO, 2008, p. 40-41).

No governo Lula (2003-2006 e 2007-2010), as propostas agregavam um conjunto de ações voltadas para um Estado promotor da inclusão social, mas, de uma forma geral, prosseguiram com a Reforma do Estado. Dentre as medidas, pode se elencar a reforma administrativa, que visava retomar o desempenho e a qualidade dos serviços públicos e a estruturação do executivo federal, com medidas como realização de concursos públicos, valorização do servidor, qualidade de vida no trabalho, integração entre planejamento e orçamento e outras (KLERING; PORSSE; GUADAGNIN, 2010, p. 8-9). Vale destacar que, no segundo mandato do governo de Lula, a apresentação ao Congresso Nacional do Projeto de Lei Complementar 92/2007 deliberou sobre a criação das Fundações Estatais de Direito Privado (FEDP), configurando-se como continuidade da Reforma de Bresser Pereira (MARCH, 2011, p. 178).

Dessa forma, podemos observar que alguns pontos, como a descentralização da administração, a contratação no serviço público sem concurso, a busca de uma gestão mais “flexível” que se adaptasse às necessidades do mercado e da sociedade, já se apresentavam como fato concreto ao longo das reformas empreendidas, e foi a partir desses mecanismos que a flexibilização das relações de trabalho inseriu-se no âmbito dos serviços públicos de saúde.

5.3 APROFUNDANDO A REFORMA DO ESTADO DA DÉCADA DE 1990

5.3.1 O cenário político-econômico que acolheu a Reforma do Estado

No entendimento de Sérgio Pinto Martins (2000, p. 21 e 25), a flexibilização das condições de trabalho tem o objetivo de instituir mecanismos para compatibilizar as mudanças de ordem econômica, tecnológica, política e social existentes na relação entre o capital e o trabalho. As causas para esse fenômeno envolvem diversas questões que demandam mudanças das normas trabalhistas, como as novas tecnologias, o desemprego, a falta de abertura de novos empregos, a globalização e, principalmente, a crise econômica.

Mas esse não foi um fenômeno nacional, pois as transformações que ocorreram no mundo do trabalho em nível internacional, na década de 1980, aconteceram simultaneamente ao processo de globalização produtiva e financeira que colocou em crise antigos paradigmas de desenvolvimento socioeconômico e impôs aos países a necessidade de buscarem novos caminhos para o desenvolvimento, incluindo a realização de um conjunto de reformas estruturais e a discussão acerca da construção de um novo modelo de Estado, com novas diretrizes em torno das políticas sociais (CARDOSO JR., 2002).

A eleição dos governos conservadores de Margareth Thatcher na Grã-Bretanha (1979) e de Ronald Reagan nos Estados Unidos (1980), numa conjuntura adversa em que o mundo ocidental vivenciava uma profunda mudança em termos políticos e ideológicos, marcou a centralidade da discussão sobre a necessidade de uma reforma do Estado, como prioridade em suas agendas neoliberais, determinando uma série de iniciativas que logo foram seguidas por outros países (COSTA, 2010, p. 137). Esses ideais, originados nos países desenvolvidos, *a priori* Inglaterra e Estados Unidos, logo se disseminaram para os países em desenvolvimento, como Chile, México e Argentina, que tiveram essa experiência ainda na década de 1980. No Brasil, as políticas neoliberais se propagaram a partir do governo Collor, na década de 1990, mas tiveram seu apogeu com a eleição de Fernando Henrique Cardoso e com a introdução do Plano Real.

Segundo Almeida (1999, p. 265), os ajustes macroeconômicos que ocorreram na América Latina e no Caribe nos anos 1980 induziram sérios efeitos na estrutura e financiamento do setor público, não sendo priorizada a reestruturação administrativa nem evitada a deterioração dos recursos desse setor. Foi a partir dessas transformações que se difundiu a ideia de que o Estado se tornara burocrático, economicamente ineficiente, prestando serviços de baixa qualidade à população. Além disso, a falta de investimentos inviabilizava a melhoria do atendimento aos contribuintes. Essa crise do modelo intervencionista do Estado acarretou o

enfraquecimento das estruturas estatais, a corrosão das políticas públicas e a incapacidade estatal de cumprir suas funções mais essenciais (MUNIZ, 2007, p. 87).

Nesse contexto, o aumento das demandas por serviços sociais foi visto como uma ameaça ao governo democrático, e o modelo intervencionista e empresarial do Estado precisava ter repensado seu papel com vistas a atender às transformações econômicas, políticas, tecnológicas e institucionais que promoviam a inserção competitiva do País na nova ordem econômica internacional (RIBEIRO, 2002). Enquanto nos países centrais ocorria o desmonte das conquistas do Estado de Bem-Estar Social, observava-se, nos países periféricos o enfraquecimento do seu paralelo: o Estado Burocrático Desenvolvimentista. E foi assim que, na América Latina, com o esgotamento desse modelo de Estado associado à adesão dos países ao Consenso de Washington, foram desencadeadas as reformas que desregulamentavam a economia e suprimiam a função reguladora do Estado, que foi substituída pelo jogo do livre mercado, com a expectativa de uma distribuição mais racional de renda (COSTA, 2010, p. 138).

As linhas de políticas macroeconômicas que inspiraram as reformas neoliberais das décadas de 1980 e 1990 de grande parte dos países periféricos, inclusive o Brasil, foram definidas pelo Consenso de Washington³¹ e consistiam basicamente na defesa da desregulamentação dos mercados, na abertura comercial e financeira, no equilíbrio das contas públicas, na privatização das empresas estatais, na flexibilização das fórmulas de vínculo entre capital e trabalho e no estabelecimento de uma taxa cambial realista (RIZZOTO, 2009).

Outro fator preponderante nesse período foi a inserção da economia brasileira nos mercados financeiros internacionais, expondo as empresas nacionais a uma concorrência desregulada, que impunha uma urgência na busca pelos ganhos de produtividade, inclusive com redução do nível de emprego, o que se traduzia na pressão dos setores empresariais para a retirada do Estado da economia, a desregulação³² dos direitos do trabalho e a flexibilização das relações de trabalho, reduzindo assim os custos com encargos sociais (VAZQUEZ, 2008, p. 83).

³¹ Documento construído em 1989 a partir de uma reunião em Washington entre economistas de perfil liberal, representantes do Fundo Monetário Internacional (FMI), do Banco Mundial, do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) e do governo norte-americano com o objetivo de buscar soluções para a estagnação da economia da América Latina, cujas causas eram o excessivo crescimento do Estado e sua incapacidade de controlar o *deficit* público e as demandas salariais (NEGRÃO, 1998; SIMIONATO, 2004).

³² Na desregulação, as questões trabalhistas ficam a cargo da negociação individual ou coletiva, sem intervenção do Estado (MARTINS, 2000, p. 26).

Portanto, a Reforma do Estado brasileiro não constituiu um fenômeno isolado; ela expressava a concretização de um movimento dos partidos conservadores, que buscavam suprimir os avanços construídos a partir do modelo do Estado de Bem-Estar Social, desregular a legislação trabalhista, destruir a estrutura sindical e pressionar os países periféricos a abrirem seus mercados (COSTA, 2000, p. 51). Ou seja, um novo pacto proposto pelo capital, cujo poder parece reinar sobre a sociedade, redefinindo o papel do Estado com graves perdas para as classes trabalhadoras.

Em consequência da captura por interesses privados que acompanhou o grande crescimento do Estado e do processo de globalização que reduziu sua autonomia, desencadeou-se a crise do Estado, cujas manifestações mais evidentes foram a crise fiscal, o esgotamento das suas formas de intervenção e a característica retrógrada da forma burocrática de administrá-lo.

5.3.2 Os princípios da Reforma: o Plano Diretor da Reforma do Estado

Os objetivos e as diretrizes preconizados para a Reforma de Estado do governo de Fernando Henrique Cardoso são apresentados no Plano Diretor³³ da Reforma do Aparelho do Estado que propõe a instauração da administração gerencial e a redefinição do papel do Estado “[...] que deixa de ser o responsável direto pelo desenvolvimento econômico e social pela via de produção de bens e serviços, para fortalecer-se na função de promotor e regulador desse desenvolvimento” (BRASIL, 1995, p. 12).

Na visão de Bresser Pereira, o Estado Intervencionista, até então tido como fator de desenvolvimento, tornou-se um obstáculo quando se desviou de suas principais funções para atuar com maior intensidade na esfera produtiva, interferindo maciçamente no mercado. Além disso, o aparelho do Estado centralizava funções e se caracterizava pela rigidez dos procedimentos e excesso de normas. Era inadiável efetivar a Reforma do Estado que já não conseguia atender, com eficiência, a sobrecarga de demandas dirigidas a ele, principalmente na área social (BRASIL, 1995, p. 9 e 11).

³³ Documento elaborado pelo Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado, sob a coordenação do professor Luís Carlos Bresser Pereira, aprovado em setembro de 1995 e sancionado pelo Presidente da República. Esse documento contempla um novo modelo de gestão para o setor público (BRASIL, 1995, p. 2).

Esse é o discurso das políticas neoliberais que responsabilizam o Estado pelo *deficit* público, considerando-o como supérfluo e ineficaz, estimulando uma cultura que distorce a necessidade de sua existência e ao mesmo tempo caracteriza tudo o que é público como ineficiente, aberto ao desperdício e à corrupção, enquanto o privado é visto na esfera da qualidade e eficiência. Assim, promovem a “morte pública do Estado”, desqualificando-o como esfera de representação dos interesses das classes subalternizadas, mas fortalecendo sua representação das elites econômicas (SIMIONATO, 2004, p. 22).

No entendimento de Bresser Pereira, o caráter cíclico da intervenção estatal e o processo de globalização que reduziu a autonomia das políticas econômicas e sociais dos estados nacionais são as bases da crise de Estado, que pode ser definida em três pontos principais: uma crise fiscal, pela crescente perda do crédito e negativação da poupança pública; o esgotamento da estratégia estatizante de intervenção do Estado e a superação da administração pública burocrática (PEREIRA, 1997, p. 12 e 15).

Com base nesse diagnóstico, foram definidos os quatro pilares da Reforma: a delimitação das funções do Estado através dos programas de privatização, terceirização e publicização,³⁴ reduzindo seu tamanho principalmente em termos de pessoal; a redefinição do papel regulador do Estado, visando reduzir seu grau de interferência; o aumento da governança do Estado, que se traduz pela capacidade de tornar efetivas as decisões do Governo e também da sua governabilidade, através de instituições políticas que tornem o Governo mais legítimo e democrático, fortalecendo seu poder e abrindo espaço para o controle social (PEREIRA, 1997, p. 18).

Assim, para operacionalizar a Reforma, foram instituídos: um *núcleo estratégico*, que definiu as leis e as políticas públicas, cobrando seu cumprimento; um *setor das atividades exclusivas*, que ficou responsável pelos serviços que só o Estado podia realizar; o *setor de serviços não exclusivos*, que atuou simultaneamente com outras organizações públicas não estatais e privadas e, finalmente, o *setor de produção de bens e serviços para o mercado*, que correspondeu à área de atuação das empresas e contemplou as atividades econômicas voltadas para o lucro (BRASIL, 1995, p. 41-42, grifo nosso).

³⁴ Na definição de Bresser Pereira, privatização é um processo de transformar uma empresa estatal em privada; publicização, de transformar uma organização estatal em pública não-estatal de direito privado; terceirização é a transferência de serviços auxiliares ou de apoio para o setor privado (PEREIRA, 1997, p. 19).

A saúde, no Plano da Reforma, foi incluída como serviço não exclusivo do Estado, podendo ser transferida para o setor público não estatal, sob forma de organizações sociais³⁵, com o objetivo de descentralizar as atividades e tendo como base o pressuposto de que desse modo seriam mais “eficientemente realizadas”, mantendo apenas o financiamento do Estado (BRASIL, 1995, p. 60).

Caracterizou-se, então, um verdadeiro desmonte da esfera pública, apoiado no discurso da necessidade de reduzir o *deficit* público mediante a privatização de bens e serviços de natureza pública, que são apropriados por empresas privadas como novas fontes de lucro, e a transferência da execução de serviços de educação, saúde, cultura e pesquisa científica a um setor público não estatal³⁶ (NORONHA; SOARES, 2001, p. 447; SIMIONATO, 2004, p. 22). No que se refere aos trabalhadores, merece destaque um trecho do Plano Diretor:

A legislação que regula as relações de trabalho no setor público é inadequada, notadamente pelo seu caráter protecionista e inibidor do espírito empreendedor. São exemplos imediatos deste quadro a aplicação indiscriminada do instituto da estabilidade para o conjunto dos servidores públicos civis submetidos a regime de cargo público e de critérios rígidos de seleção e contratação de pessoal que impedem o recrutamento direto no mercado, em detrimento do estímulo à competência (BRASIL, 1995, p. 47).

Ainda em se tratando dessa questão, Bresser Pereira defendia “[...] outras formas de seleção que tornariam mais flexível o recrutamento de pessoal [...]”, como o processo seletivo público para funcionários celetistas, alegando que a extensão do regime estatutário, ampliando a estabilidade a todos servidores civis, acarretava altos custos para a administração e motivava a desvalorização dos servidores pelo cargo, na medida em que não havia distinção entre eficiência e ineficiência (BRASIL, 1995, p. 27).

Nesse sentido, o Plano Diretor da Reforma considerava a Constituição de 1988 um “retrocesso burocrático” e propunha como medidas de reestruturação do Estado, visando a uma administração orientada pela eficiência e pela qualidade dos serviços, abolir a

³⁵ Segundo o Plano Diretor da Reforma, são “[...] entidades de direito privado que, por iniciativa do Poder Executivo, obtêm autorização legislativa para celebrar contrato de gestão com esse poder, e assim ter direito à dotação orçamentária” (BRASIL, 1995, p. 60).

³⁶ Também chamado de Terceiro Setor, é constituído por organizações sem fins lucrativos, orientadas diretamente para o atendimento do interesse público, que não são propriedade de nenhum indivíduo ou grupo. O controle social é possível pela participação dos segmentos envolvidos nos conselhos administrativos, além de favorecer a parceria entre Estado e sociedade (BRASIL, 1995, p. 43).

estabilidade dos servidores, reduzir gastos, principalmente com inativos, avaliar o desempenho e reduzir a cultura burocrática (CARINHATO, 2008, p. 39, grifo do autor).

A partir de então, surgiu no País a ideia de que o regime estatutário passaria a ser visto como um modelo a ser aplicado apenas aos funcionários do *núcleo estratégico* do Estado e não mais como um modelo apropriado e único para todos os servidores públicos. Considerando-se que, na nova estruturação, a saúde fazia parte do setor que representava as funções não exclusivas do Estado, ao longo dos anos 1990 adotou-se a política da flexibilização das relações de trabalho com diversas modalidades de vinculação para os trabalhadores (BRASIL, 2003, p. 9).

Pierantoni (2001, p. 344) confirma essa tendência quando afirma que a Reforma da década de 1990 no Brasil teve como foco central o estabelecimento de metas para privatização e flexibilização da gestão, principalmente das relações de trabalho, salientando que, em busca de maior eficiência, a nova gestão poderia romper com a estabilidade do RJU, possibilitando a adoção de mecanismos mais eficientes para contratações e dispensas na máquina pública.

A Reforma do Estado, preconizando a modernização e a abertura do País, impôs políticas de ajuste econômico que atingiram principalmente a área social, acarretando limitações em sua capacidade de intervenção e de resposta diante das crescentes demandas sociais. Associados a isso, o desemprego e a precariedade do trabalho configuravam um quadro de perversidade e complexidade que incrementava as desigualdades sociais e econômicas (NORONHA; SOARES, 2001, p. 446).

O Plano Diretor propunha ainda, para operacionalização das mudanças pretendidas, a edição de emendas constitucionais³⁷ que removessem os obstáculos existentes para a adoção de uma administração ágil, autônoma e capaz de enfrentar os desafios do Estado moderno. A partir das emendas, foram definidas leis complementares e ordinárias para tratarem dos temas pertinentes, instituindo o arcabouço jurídico que sustentou a reforma (BRASIL, 1995, p. 49-51 e 53).

³⁷ A primeira Emenda (n.º 19/98) visa alterar o capítulo da administração pública; a segunda estabelece um equilíbrio entre os três poderes quanto à organização administrativa e aos vencimentos dos servidores; a terceira (n.º 20/98) diz respeito à Previdência, estabelecendo a aposentadoria por idade e proporcional ao tempo de contribuição, extinguindo a aposentadoria integral e as precoces (BRASIL, 1995, p. 50-52).

A Emenda Constitucional n.º 19/98, nesse contexto, procurou dar um novo enfoque às questões centradas nas relações de trabalho e nos contratos de gestão. Quanto à estabilidade do servidor, instituiu a demissão em caso de insuficiência de desempenho ou excesso de quadros e o estágio probatório de três anos; possibilitou o afastamento de servidores com remuneração proporcional; extinguiu a obrigatoriedade do RJU e criou o emprego público³⁸; definiu a exigência de processo seletivo público para a admissão dos celetistas e manteve o concurso público para os estatutários; modificou o sistema de remuneração visando eliminar a isonomia, estabeleceu objetivos para contratualização, entre outras medidas (SILVA, 1999; COSTA, 2010, p. 172-173).

No que diz respeito ao objetivo de enxugar a máquina estatal, reduzir custos e combater *um funcionalismo com privilégios e pouco eficiente*, Araújo e outros (2006, p.158-159) descrevem que foram adotadas medidas, como “contratação interna – entre entidades de Governo – e contratação externa – com entidades privadas; estímulo à aposentadoria; privatização; desregulamentação e flexibilização do mercado e demissão de trabalhadores”.

A direção política da Reforma do Estado jogou sobre os ombros dos trabalhadores os problemas da ineficiência dos serviços públicos e editou uma série de leis complementares e medidas provisórias³⁹ que modificaram substancialmente as relações do trabalho no serviço público.

Em relação à flexibilização, foi editada a Lei n.º 9.849/99 que, alterando artigos da Lei n.º 8.745/93, dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender necessidades temporárias de interesse público incorporando seis novas atividades para esta modalidade de contratação, além de permitir a prorrogação dos contratos e a recontração dos que já estão (após 24 meses de encerramento do contrato anterior). Consolidando a mudança introduzida pela EC n.º 19, que extingue obrigatoriedade do RJU, e reforçando o interesse do Governo Federal em retornar ao regime CLT, registra-se a Lei n.º 9962 de fevereiro de 2000, que estabelece para os admitidos na categoria emprego público o regime CLT, naquilo que a lei

³⁸ Regulamentado pela Lei n.º 9.962/00, caracteriza-se por contratação pelo regime CLT, ausência de estabilidade, processo seletivo para admissão e remuneração diferenciada, previdência pelo Regime Geral da Previdência. Além disso, não tem exigência de carreira (MARCH, 2011, p. 177).

³⁹ Medida Provisória n.º 1.522/97, que autoriza demissão de servidores públicos, conforme critério regulamentado, se for de interesse da administração federal, extinguindo-se automaticamente os cargos vagos em decorrência da exoneração. Lei n.º 9.801/99, que prevê a exoneração de servidores estáveis precedida de ato normativo. Lei Complementar n.º 96/00, que define os limites para despesa com pessoal para todas as instâncias de Governo. Lei Complementar n.º 101/00 (Lei de Responsabilidade Fiscal), que reafirma esses limites, estabelecendo as condições para corte dos gastos para os entes federados (CARDOSO JR., 2002, p.910-911).

não dispuser ao contrário, mas garante o provimento do emprego por concurso público e estabelece hipóteses de demissão. Somado a isso, ainda nesse ano, o Governo promoveu um estímulo à aposentadoria com a MP nº 1970 que instituiu o Programa de Desligamento Voluntário (PDV); a jornada de trabalho reduzida com remuneração proporcional e a licença sem remuneração com incentivo pecuniário para servidores do RJU da União (CARDOSO JR., 2002, p.911-912).

Koster (2008, p. 37-38) afirma que a flexibilização do emprego público sob o pressuposto do controle rígido dos gastos como solução para as questões do ajuste fiscal do Governo, na verdade, acarretou a prática indiscriminada da terceirização, sem critérios e às vezes ilegal, levando a uma desestruturação no serviço público que repercute no cotidiano do trabalho pela “[...] descontinuidade e baixa qualidade nos serviços prestados, multiempregos, alta rotatividade de profissionais, gestão de vínculos diferenciados nos serviços, enfim, precarização do trabalho”.

5.4 A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO E A EXPANSÃO DO MERCADO DE TRABALHO NO SETOR SAÚDE.

A Reforma do Estado reduziu os postos de trabalho no setor público em geral, mas, na saúde, a partir da historicidade na implantação do SUS, isso não aconteceu. A organização do sistema de saúde brasileiro no princípio do século XX era pautada em ações fragmentadas desenvolvidas pelas caixas de assistência e pelos serviços de Saúde Pública, visando atender as necessidades de saúde da classe trabalhadora e as necessidades sanitárias da população em geral. Na década de 1970, com a fusão das caixas de assistência, surgiu o Instituto Nacional de Assistência Médica Previdenciária da Saúde – o INAMPS, que mantinha a valorização do modelo privatista de capitalização da medicina. E foi principalmente através das organizações hospitalares que esse sistema de saúde se expandiu, com um modelo de cuidado à saúde baseado na hegemonia médica e de caráter eminentemente assistencial, repercutindo diretamente na estruturação da força de trabalho que se concentrava nas instituições hospitalares, com valorização do profissional médico (KOSTER, 2008, p. 28-29).

A partir do século XX, a produção no campo da saúde também sofreu transformações diante do modo de produção capitalista, o que contribuiu para a coletivização, absorção de

maquinário/tecnologia e assalariamento. Porém, diferente do setor industrial, no qual a máquina reduzia postos de trabalho, a incorporação tecnológica na atenção à saúde agregou novos tipos de serviços, gerando empregos e absorvendo mais trabalhadores (KOSTER, 2008, p. 47).

A justificativa para essa situação pode ser relacionada com o que nos diz Elias e Navarro (2006), quando descrevem que a ciência e a tecnologia não podem substituir o trabalho vivo, pois o cuidado humano é imprescindível para o trabalho em saúde. De nada valem as máquinas e equipamentos que monitoram ou substituem funções vitais se não forem operados por alguém. Esse é um setor de trabalho intensivo, onde a incorporação de novas tecnologias não significa economia da força de trabalho.

Dessa forma, o setor saúde tem grande relevância econômica e social pela natureza dos serviços que presta e também pelo volume de empregos que gera. Segundo Machado, Oliveira e Moyses⁴⁰, os dados do IBGE do ano de 2009 demonstram que esse setor representa 4,3% da população ocupada no País, abrangendo mais de 10% da massa salarial, com aproximadamente 3,9 milhões de postos de trabalho, nos quais 2,6 milhões de profissionais têm vínculos formais, 690 mil não têm carteira assinada e 611 mil são autônomos (MACHADO; OLIVEIRA e MOYSES, 2010, p. 1).

As décadas de 1980 e 1990 representaram um período de grandes transformações para a Saúde Pública do Brasil. A promulgação da Constituição de 88⁴¹ definiu a saúde como direito de todos e dever do Estado e dispôs sobre a criação do SUS, o que se configurou como uma vitória do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Nesse processo são destacadas algumas tendências, como a expansão da capacidade instalada da rede de serviços, a maior qualificação da equipe, o aumento da força de trabalho feminina, a ambulatorização dos atendimentos, o predomínio dos empregos na esfera municipal e a flexibilidade das relações de trabalho (MACHADO; MOYSÉS; LEMOS 2012, p. 17; MACHADO; OLIVEIRA; MOYSÉS, 2010, p. 2).

⁴⁰Trabalho aprovado para ser apresentado na “Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde” na mesa de discussão: “Mercado de Trabalho em Saúde e Dinâmica da Oferta e Demanda”, em 10 de junho de 2010, no Hotel Sheraton – Rio de Janeiro.

⁴¹ Art. 196. “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido 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” (BRASIL, 1988, p. 133).

Considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, o SUS abrange os 5.564 municípios do Brasil, garantindo à população assistência integral e gratuita (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSÉS, 2010, p. 2). Sua implantação efetiva acarretou uma inversão no parque sanitário brasileiro, caracterizando a municipalização na medida em que propiciou a descentralização da gestão, em todos os níveis de atenção à saúde, com centralidade nos municípios (MACHADO, 2005, p. 257).

A descentralização proporcionou um crescimento dos empregos na área da saúde, na esfera municipal, invertendo a característica da assistência no País. Na década de 1970, registravam-se 180.000 empregos nas esferas do Governo, com hegemonia do setor público federal, e o setor privado abrangia o restante dos quase 300.000 postos de trabalho. Em 1992, a liderança passou para os setores público estadual, com 315.328 empregos, e municipal, com 306.505, mas foi após a década de 1990 que aconteceu a grande expansão desse setor, que atingiu cerca de um milhão de empregos em 2005 (68% do total de empregos públicos), consolidando a municipalização como a grande marca no novo sistema de saúde. Nesse contexto, o setor público federal, que detinha a hegemonia na prestação da assistência foi decaindo (- 7,3%) e perdeu sua capacidade de absorção de mão de obra, oscilando de 98.528 empregos em 1976 para 113.987 em 1992, 96.064 em 2002 e cerca de 106.000 em 2005 (MACHADO; OLIVEIRA; MOYSES, 2010, p. 5; MACHADO; MOYSÉS; LEMOS, 2012, p. 18).

De forma geral, os dados demonstram um crescimento progressivo do contingente de trabalhadores do setor saúde, com predominância de empregabilidade na esfera pública. Em 2009, havia 3.078.518 empregos, dos quais 1.703.050 eram públicos e 1.375.468, privados, estimando-se que cerca de 30% dessa força de trabalho estivesse submetida a contratos irregulares, ou seja, precários (KOSTER; MACHADO, 2012, p. 34). Verifica-se, então, que a saúde se apresentava como um inesgotável campo de prática profissional e, a incorporação de novas áreas de conhecimentos e tecnologias, proporcionava a geração de empregos, a inclusão de novas profissões e especialidades e a ampliação das equipes de trabalho (MACHADO, 2005, p. 261).

Mas, na medida em que a flexibilização das relações de trabalho na saúde proporcionou um aumento dos postos de trabalho, também reduziu a proteção social do trabalhador, uma vez que foi consolidada pela diversificação de vínculos, e a terceirização desses serviços muitas

vezes foi concretizada sem a observância das Leis que protegiam a categoria dos trabalhadores (BRASIL, 2009b, p. 17).

Nesse sentido, Koster e Machado (2012, p. 33-34) observam que as informações de que se dispunha acerca dos trabalhadores, seus vínculos e remunerações eram os dados oficiais que, na verdade, não retratavam com fidedignidade o que ocorria no âmbito do SUS quanto à irregularidade dos vínculos de trabalho, pois não havia mecanismos suficientes para agregar e captar tais dados. O que se conhecia eram resultados de pesquisas localizadas. Essas autoras concordam com o pensamento descrito acima e consideram que houve um aumento da força de trabalho no setor saúde na medida em que se acentuou a flexibilização das relações de trabalho. Mas essa realidade acarretou consequências tanto para os trabalhadores quanto para as organizações de saúde, configurando a precarização do trabalho, a insatisfação e a baixa autoestima do trabalhador, a diminuição do compromisso público, além da fragmentação e descontinuidade dos processos e ações de saúde.

No próximo capítulo refletimos sobre essas questões relacionadas aos HUs, com uma breve retrospectiva sobre a inserção desses hospitais no SUS e a crise que os atingiu nas duas últimas décadas, com enfoque na flexibilização das relações de trabalho no HUCAM.

6 O CENÁRIO DO HUCAM DIANTE DA FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO

Neste capítulo, fazemos uma abordagem sobre os HUs e sua inserção no SUS, especificando sua finalidade, suas propostas e os problemas gerados pela política recessiva de recursos humanos da Administração Pública desde a década de 1990, que empurrou essas instituições a um verdadeiro caos. Tal situação culminou com a concretização da proposta do Plano Diretor da Reforma do Estado de Bresser Pereira, que preconizava a transferência dos serviços considerados não exclusivos do Estado, entre os quais a saúde e a educação, para a iniciativa privada, consubstanciada na formalização da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a EBSEH, que passou a assumir a gestão de alguns dos HUs desde 2011. Em seguida, focalizamos o HUCAM, cenário de nosso estudo, buscando apresentar sua trajetória no contexto que se instalou a partir da política de flexibilização das relações de trabalho que impulsionou o Hospital a efetuar contratos e convênios utilizando a terceirização da força de trabalho como recurso para suprir a necessidade de atender às demandas advindas das inovações tecnológicas e da expansão dos serviços.

6.1 OS HOSPITAIS UNIVERSITÁRIOS NO CONTEXTO DO SUS

Os hospitais são instituições com múltiplas funções sociais que envolvem desde um caráter asilar até organizações que funcionam como práticas de pesquisa avançada em saúde, sendo, portanto, descritos como algumas das organizações sociais mais complexas. Tais instituições podem ser analisadas a partir de vários enfoques, como a vinculação com o sistema de saúde, o porte, a assistência prestada, o nível de complexidade, o modelo organizacional e também da perspectiva de sua contribuição na formação de profissionais de saúde (MACHADO; KUCHENBECKER, 2007, p. 872).

Tomando como referência essa perspectiva, vislumbram-se os HUs ou, como também são denominados, hospitais de ensino⁴², que exercem importante papel político na comunidade

⁴² A Portaria n.º 2.400, de 2 de outubro de 2007, estabelece os requisitos para certificação dos hospitais de ensino, que são definidos em seu Art. 2.º como unidades hospitalares inscritas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, que servem de campo para a prática de atividades curriculares na área da saúde, como hospitais gerais ou especializados, de propriedade de Instituição de Ensino Superior, pública ou privada, ou que estejam formalmente conveniados com instituições de ensino superior (BRASIL, 2007b).

onde estão inseridos, como um centro de atenção à saúde de alta complexidade, destacando-se no atendimento de nível terciário e nas atividades de ensino e pesquisa, atraindo alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros (MÉDICI, 2001, p. 150).

Segundo o MS, o hospital de ensino é certificado, em conjunto, pelo MS e pelo MEC, sendo definido como uma:

[...] Instituição de assistência que participa da formação de estudantes de graduação e de pós-graduação, contribui para a pesquisa, o desenvolvimento científico e a avaliação tecnológica em saúde e que atende a compromissos de educação permanente em saúde junto ao Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2009a, p. 29).

Os HUs, então, são unidades de ensino, pesquisa, extensão e assistência das universidades federais, que executam ações e prestam serviços de saúde, mas também se destacam como importantes centros de formação de recursos humanos e desenvolvimento tecnológico para a área da saúde (FREITAS, 2008, p. 96)

Considerando tal definição, pode-se compreender que os HUs demandam maiores gastos, pois concentram de forma simultânea atividades assistenciais e de ensino/pesquisa, além de serem referência em tecnologia de ponta. São muito heterogêneos quanto à sua capacidade instalada, incorporação tecnológica e abrangência no atendimento, e têm como grande desafio o equilíbrio financeiro (MÉDICI, 2001, p. 154; DALLORA; FORSTER, 2008, p. 136-137).

Na sequência da história, principalmente antes de 1992, esses hospitais estavam ligados às faculdades de medicina e não eram considerados estratégicos na rede de atendimento; eram usados basicamente como campo de treinamento técnico, sem vínculo com o sistema de saúde e com gestão não profissionalizada submetida, na verdade, ao mérito acadêmico (TORO, 2005, p. 55).

A Constituição de 1988 demarcou um ganho incontestável, principalmente pela grande ampliação do sistema público de saúde que foi normatizado pelos princípios de universalidade, integralidade e equidade da atenção à saúde (BARATA; MENDES; BITTAR, 2010, p. 7). Assim, com a promulgação da Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990⁴³, os HUs

⁴³ Define o Sistema Único de Saúde e dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como sobre a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, determinando, em seu Art. 45, que os serviços de saúde dos hospitais universitários e de ensino se integrem ao SUS, mediante convênio mantendo preservada a sua autonomia administrativa (BRASIL, 1990a).

integraram-se ao SUS com importante papel a cumprir no desenvolvimento desse sistema.

Entre as questões que se colocam como desafios para o desenvolvimento do SUS, Barata, Mendes e Bittar (2010, p. 7) destacam a necessidade de formação de profissionais com aptidão para enfrentar os problemas de saúde prioritários da população, com o desenvolvimento simultâneo da pesquisa de novas tecnologias, procedimentos, técnicas e terapias para maior resolutividade desses problemas. Finalmente, para concretizar a integralidade da assistência, é imprescindível a garantia do acesso da população aos cuidados em saúde.

Para todos esses temas era fundamental a contribuição dos HUs, que passaram a assumir uma posição de referência para os atendimentos de maior complexidade, o que foi favorável aos usuários, pois esses hospitais concentram saber e avanço tecnológico; por outro lado, acarretou sobrecarga e desorganização às instituições que não estavam preparadas para receber um grande fluxo de pacientes, na maioria com procura espontânea, nem sempre com indicação de tratamento em unidade especializada e onerosa como esses hospitais (TORO, 2005, p. 56).

Retomando a trajetória do tempo, essa década foi marcada não só pela implantação do SUS, mas também pela Reforma do Estado. Enquanto a integração ao SUS definia para os HUs maior demanda, conforme descrito acima, o Plano Diretor da Reforma, preconizando a redução da ação do Estado, não previa uma política de gestão de recursos humanos compatível com essa expansão.

Além disso, o Plano Diretor da Reforma também definia as ações e serviços de saúde como atividades não exclusivas do Estado e, assim, a carreira do SUS passou a ser considerada como não estratégica. A partir da segunda década de 1990, foi adotada, inicialmente pelo Governo Federal e, em seguida, pelos estados e municípios, uma política de flexibilização que resultou na efetiva precarização das relações de trabalho no SUS, com utilização de diversas modalidades de vinculação dos trabalhadores (BRASIL, 2009b, p. 9 e 17).

Essa flexibilização na gestão de pessoal e o crescimento da tendência de contratação da força de trabalho mudaram as políticas de recursos humanos e a base que as orientava. A contratação de pessoal, no âmbito do SUS, passou a ser terceirizada através de cooperativas,

fundações, Organizações Sociais e Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip), que se constituem em entidades da sociedade civil organizadas, sob critérios específicos, para o desenvolvimento de ações de interesse público (ARAÚJO et al., 2006, p. 159).

Nesse contexto, a terceirização passou a ser efetuada como modalidade de contrato, muitas vezes sem a observância da lei, conforme nos explicam os autores. Para Martins (1997, p. 23 e 123), a terceirização pode ser utilizada quando a contratação dos serviços de terceiros visa à realização de atividades que não constituam objeto principal da empresa, mediante concorrência pública. Essa situação é confirmada por Di Pietro (2008, p. 212 e 217) quando define terceirização como “a contratação, por determinada empresa, de serviços de terceiro para o desempenho de atividades meio”, mas, no âmbito da Administração Pública, muitas vezes esse contrato é celebrado como fornecimento de mão de obra, sob a forma de prestação de serviços técnicos especializados, buscando assegurar uma aparência de legalidade.

Entretanto, Di Pietro (2008, p. 217) explica ainda que, na verdade, não há essa prestação de serviço pela empresa contratada, que se limita a fornecer mão de obra para o Estado, contratando pessoas sem concurso público para prestar serviços em órgãos da Administração direta ou indireta. Esses trabalhadores não têm nenhum vínculo com a entidade a que prestam serviços, não assumem cargos, empregos ou funções e não se submetem às normas constitucionais sobre servidores públicos. Além disso, esse processo mascara a relação de emprego própria da Administração Pública e, entre outras questões, burla a exigência constitucional de concurso público, favorece o apadrinhamento político e não observa as regras de contratação temporária.

Principalmente a partir de meados de 1995, diversas modalidades de contratação são encontradas no âmbito do SUS, entre as quais trabalhadores contratados por CLT; servidor público efetivo regido pelo RJU; servidor público não efetivo em cargos comissionados, cargos de confiança e outros; trabalhadores temporários e autônomos contratados como prestadores de serviço. Essa fragilidade de vinculação acaba por gerar um forte grau de precarização do trabalho (MOYSÉS; O'DWYER, 2008, p. 91).

Com essa mudança de paradigma, os HUs precisavam conjugar, no seu fazer cotidiano, o trinômio indissociável do ensino, pesquisa e extensão, que constitui sua missão primordial,

estabelecendo uma interface com a assistência à saúde integrada à rede do SUS, cuja demanda reprimida provocava uma sobrecarga no atendimento desenvolvido por esses hospitais.

Esse contexto impulsionou uma situação de crise para os HUs, que passaram a conviver com a redução gradativa de pessoal, decorrente da não realização de concursos públicos, associada a escassez de investimentos em tecnologia e estrutura física necessárias para suprir as demandas da complexa missão: ensino, pesquisa, extensão e assistência. Além disso, os custos gerados pela terceirização da força de trabalho eram pagos pela Instituição que deixava, então, de investir em estrutura e serviços (FEDERAÇÃO DE SINDICATOS DE TRABALHADORES DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS, 2011, p. 2).

Em seminário⁴⁴ realizado pelo MEC e pela Federação de Sindicatos de Trabalhadores das Universidades Brasileiras (FASUBRA), as discussões concluíram que esses fatores têm caracterizado um sucateamento dessas instituições, que apresentam um quadro insuficiente de servidores, fechamento de setores e redução de leitos, falta de materiais de consumo e equipamentos, subutilização da capacidade instalada para alta complexidade e a contratação de pessoal via fundação de apoio⁴⁵, como única alternativa de se manter em funcionamento (PILOTTO, acesso em 18 ago. 2013).

Esse quadro pode ser constatado com a informação de que, em 2008, estavam desativados 1.124 leitos (9,8%) dos 11.424 que totalizavam a capacidade instalada dos HUFs brasileiros, tendo como fator determinante a insuficiência de profissionais. Foi registrado, a partir do mesmo ano, um *deficit* de 5.443 de servidores, ocasionado principalmente pelas aposentadorias, o que demonstra a alta faixa etária dos trabalhadores lotados nessas instituições (LITTIKE, 2012, p. 78; BRASIL, 2009b).

Em virtude das dificuldades históricas por que passavam os HUs, principalmente quanto à falta de definições relacionadas à estrutura institucional, aos investimentos insuficientes para atender as demandas e também às formas vigentes de custeio das atividades, foram adotadas

⁴⁴ Seminário Hospitais Universitários: concepção, papel e missão, realizado em Brasília nos dias 29 e 30 de outubro de 2007.

⁴⁵ De acordo com o MEC, são fundações de direito privado, sem fins lucrativos, sujeitas à fiscalização do Ministério Público, com finalidade de dar apoio a projetos de pesquisa, ensino, extensão e de desenvolvimento institucional, científico e tecnológico, de interesse das instituições federais de ensino superior (IFES) e das instituições de pesquisa (ROCHA, 2012).

algumas medidas por meio da Secretaria de Educação Superior (SESu) do MEC para revitalização do sistema de HUFs (BRASIL, 2009c, p. 5).

Assim, em 2010, foi instituído o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais⁴⁶ (REHUF), com o objetivo de criar condições materiais e institucionais para que esses hospitais pudessem desempenhar plenamente todas as suas funções. As diretrizes propostas foram: mecanismos adequados de financiamento, melhoria dos processos de gestão; adequação da estrutura física; recuperação e modernização do parque tecnológico; reestruturação do quadro da força de trabalho; aperfeiçoamento das atividades vinculadas à assistência, ao ensino, à pesquisa e à extensão, com avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias (CISLAGUI, 2011, p. 60)

Diversas ações, com repasse gradativo de verbas, foram empreendidas para o enfrentamento desses problemas. A questão da precariedade da força de trabalho tornava-se cada vez mais gritante, havendo inclusive determinação do Tribunal de Contas da União (TCU), desde 2008, de substituição dos trabalhadores contratados pelas fundações de apoio (BRASIL, acesso em 20 ago. 2013).

Para dar continuidade ao processo de recuperação dos HUFs e, conseqüentemente, viabilizar soluções para os problemas, inclusive da gestão de pessoal, a proposta do Governo Federal foi a criação da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares – EBSEH⁴⁷ (EBSEH, 2012).

6.2 A EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES - EBSEH

A EBSEH, na verdade, tem sua origem jurídica em 1967, com o Decreto-Lei n.º 200/67⁴⁸, considerado como a primeira iniciativa para a descentralização da Administração Pública. No texto do Decreto, a empresa pública é definida como entidade jurídica de direito privado, com

⁴⁶ O REHUF foi criado pelo Decreto n.º 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que define diretrizes e objetivos para a reestruturação e revitalização dos HUFs, integrados ao SUS (BRASIL, 2010).

⁴⁷ A EBSEH passou a ser a gestora do REHUF, conforme delegação estabelecida pela Portaria n.º 442/2012, do MEC (BRASIL, acesso em 20 ago. 2013).

⁴⁸ O Decreto dispõe sobre a organização da Administração Federal, estabelece diretrizes para a Reforma Administrativa e dá outras providências, inclusive para a terceirização, descrevendo no Art. 10 §7 que a administração poderá desobrigar-se da realização material de tarefas executivas, recorrendo a contratos com a iniciativa privada visando impedir o crescimento desmensurado da máquina administrativa (BRASIL, 1967; MARTINS, 1997, p. 124-126).

patrimônio próprio e capital exclusivo da União, criada por lei para a exploração de atividade econômica que o Governo seja levado a exercer por força de contingência ou de conveniência administrativa, podendo revestir-se de qualquer das formas admitidas em direito (BRASIL, 1967).

Com a Reforma do Estado na década de 1990, implementando o almejado projeto de descentralização, as universidades e os serviços de saúde foram incluídos no setor de serviços, onde o Estado atua paralelamente às organizações privadas e às públicas não estatais que não têm fins lucrativos e devem estar voltadas para o interesse público. São as organizações sociais, as fundações públicas de direito privado e, atualmente, a empresa pública (CISLAGUI, 2011, p. 59).

Esse movimento representa um dos instrumentos de intervenção preconizados pelo Plano Diretor da Reforma; é a *publicização* que, segundo Costa (2010, p. 170), se constituiu em forma de flexibilização baseada na transferência das atividades não exclusivas do Estado, para organizações públicas não estatais, sobretudo nas áreas de saúde, educação, cultura, ciência, tecnologia e meio ambiente.

Assim, podemos compreender que a trajetória da EBSERH não é tão curta quanto parece; ela faz parte de um projeto do ideário neoliberal em busca de um “modelo de gestão mais flexível”, em que os servidores públicos são responsabilizados por muitos dos problemas, considerando inclusive a estabilidade como fator prejudicial ao dinamismo e à eficiência do serviço. Na concepção de Bresser Pereira, mentor da Reforma do Estado, “a rigidez da estabilidade, assegurada aos servidores públicos civis, impede a adequação dos quadros de funcionários às reais necessidades do serviço e dificulta a cobrança de trabalho” (BRASIL, 1995, p. 26).

Pelos depoimentos abaixo, observa-se que alguns trabalhadores que participaram da pesquisa concordam com o pensamento de Bresser Pereira:

É mais **difícil** você **cobrar** certas coisas dos **funcionários da UFES**; é mais **fácil** para eu cobrar do **terceirizado**, porque o terceirizado é aquela história: não serviu, pelo menos é assim que as pessoas pensam, não é que seja o meu pensamento, mas **não serviu**, não se adaptou é muito **mais fácil** você pedir para **substituir**, e o **da UFES não** [...]. (DU22)

[...] essa oportunidade de **selecionar o profissional** que vai entrar, isso também é um **ponto positivo** porque você vai primeiro saber o perfil daquele profissional de acordo com a vaga que você tem. Então isso é um ponto positivo, e **às vezes o concurso não te dá essa brecha**, o que acontece. E a gente já tem histórico disso aqui, tem um chamado **período probatório**. Naquele período, o profissional é o melhor, é o “10”, tanto que você vai ver a **avaliação** dele, é **excelente** nos três períodos. **Acabou** aquele período probatório, **ele vai mostrar quem ele é realmente**, e a gente tem isso dentro dos setores. Isso não está longe não, está dentro dos setores. E agora, o que você faz? É complicado. (DU24)

Nesses relatos, a flexibilização das relações de trabalho contrapõe-se à “rigidez da estabilidade”, possibilitando a seleção de trabalhadores e a sua dispensa na medida em que não atendem às expectativas do serviço. Porém é preciso considerar que essa prerrogativa pode transformar-se num mecanismo de prática do clientelismo. Além disso, a subjetividade do processo de seleção/avaliação desprotege o trabalhador.

No ano de 2006, o TCU realizou auditoria e constatou que os recursos de custeio, designados via SUS, estavam sendo utilizados para o pagamento da força de trabalho terceirizada, que atingia um montante de 26.556 contratados entre os 70.373 trabalhadores dos 45 HUs do País. Foi então determinado, por esse Tribunal, um prazo, até 31 de dezembro de 2010, para regularização da situação (CISLAGUI, 2011, p. 58).

Apesar da não realização de concurso para a reposição do quadro de pessoal nesses quatro anos, o Governo apoiou-se na justificativa da “urgência” em atender a determinação do TCU e propôs, em 31 de dezembro de 2010, a Medida Provisória (MP) n.º 520 para criação da EBSEH, mas, devido às denúncias de inconstitucionalidade e aos movimentos de resistência das entidades, que não concordavam com a proposta, a medida foi rejeitada (CISLAGUI, 2011, p. 58; MARCH, 2012, p. 8).

No entanto, em 15 dezembro de 2011, ao término do mandato do presidente Lula, foi aprovada a Lei n.º 12.550 que autorizava a criação da EBSEH, sob a justificativa de maior autonomia no uso dos recursos, legalização dos contratos de trabalho e aprimoramento do processo de gestão das instituições de ensino e saúde (MARCH, 2012, p. 8; SODRÉ et al., 2013, p. 371).

A EBSEH é uma empresa pública de direito privado de patrimônio próprio, vinculada ao MEC, com recursos 100% públicos, regida por Estatuto Social e Regimento Interno. Sua finalidade é prestar serviços gratuitos de assistência médico-hospitalar, ambulatorial e de

apoio diagnóstico e terapêutico à comunidade, bem como de apoio ao ensino, pesquisa e extensão e formação de pessoas no campo da saúde, às instituições públicas federais de ensino ou congêneres, observada a autonomia universitária (BRASIL, 2011).

As universidades federais que dispõem de hospitais são autônomas para decidir pela contratação da EBSEH, que se efetiva mediante contrato de adesão. A EBSEH passa a ser responsável pela gestão dos HUs com as seguintes atribuições: coordenar e avaliar a execução das atividades dos hospitais, dar apoio técnico à elaboração de instrumentos de melhoria da gestão e à elaboração da matriz de distribuição de recursos para os hospitais (EBSEH, 2012).

Com relação ao *deficit* do quadro de pessoal e à substituição dos trabalhadores terceirizados, que têm acarretado transtornos e até ações judiciais, a Lei n.º 12.550/11 define que deve ser realizado concurso público, sendo a contratação feita pelo regime da CLT (Art. 10), mas, para fins da implantação, a Empresa pode realizar processo seletivo simplificado para contratação temporária por dois anos (Art. 11). Cabe à Empresa definir o quantitativo de pessoal após um diagnóstico institucional (BRASIL, 2011).

Nos depoimentos, os trabalhadores expressaram sua visão sobre essa medida adotada pelo Governo Federal e demonstraram a incerteza sobre os possíveis resultados:

[...] eu acho que a **EBSEH** é a **saída** encontrada pelo **Governo** para essa questão de pessoal; **não sei dizer se vai ser boa ou ruim**; o ideal não seria ela, mas não vejo alternativa, até porque **o Governo não se interessa** por outra alternativa, que seria o **concurso**, que já foi pedido várias vezes e não ocorreu [...]. (DU07)

Entretanto, apesar da pretensão de solucionar o problema relativo à força de trabalho, a EBSEH mantém a flexibilização dos direitos dos trabalhadores do serviço público. Segundo Sodré e outros (2013, p. 375), não há garantia de paridade remuneratória entre os servidores efetivos e os empregados da EBSEH, mantendo-se assim a convivência, dentro da mesma instituição, de variados tipos de salários e contratos, implicando fragilização dos trabalhadores quanto à luta de classe. Além disso, apesar de estar permitido o contrato temporário até a realização do concurso, ainda não está bem definido o destino dos trabalhadores terceirizados que ora mantêm o funcionamento dos hospitais, o que constitui para eles uma preocupação, conforme se observa neste depoimento:

[...] estou falando para todos os **contratados** que trabalham aqui há mais de **dez anos**, há **quinze**. Tem gente que está aqui há **vinte, como eu** [...] pessoas que trabalharam aqui por tanto tempo e que vestiram a camisa da Universidade de certa forma: **eu me sinto hoje muito terceirizada, mas me sinto muito profissional daqui** e às vezes eu visto mais a camisa do que muita gente aqui, e isso é uma verdade. Então eu me sinto **feliz** por trabalhar aqui, mas **ao mesmo tempo muito insegura** do que pode vir; **não tem nada palpável** para a gente aqui [...]. (DT26)

A FASUBRA destaca ainda a questão da implementação do emprego público, que se apresenta como a forma de vinculação para os trabalhadores da EBSEH, configurando mais uma das medidas de flexibilização do trabalho adotadas pelo governo de Fernando Henrique Cardoso, com o explícito propósito de ajustar a economia em geral e a Administração Pública em particular, como medida de eficiência e controle de gastos (FASUBRA, 2011, p. 2).

Concluimos então este tópico com uma reflexão de Sara Granemann:

O fetiche da iniciativa privada aplicado ao Estado tem o “mérito” de ocultar a essência dos processos que o Estado do capital deseja legitimar: ao tentar prender-nos à forma, desviamos-nos do fundamental, do essencial. **A forma é a fundação estatal, o conteúdo é a privatização dos serviços sociais, das políticas sociais, dos direitos dos trabalhadores.** As fundações estatais são formas atualizadas das parcerias público-privadas, das Organizações da Sociedade Civil de Interesse público (OSCIP), das Organizações Sociais (OS), das Fundações de Apoio e de numerosas outras tentativas que sempre tentam repetir o mesmo – privatizar – sob o emblema diverso para que a resistência dos trabalhadores seja vencida. O essencial é que as reduções do Estado para o trabalho em nome da eficácia e da eficiência do serviço ao público, pela mesma medida, significam o aumento do Estado para o capital e é por isto que denominamos privatização (GRANERMANN, 2011, p. 51-52).

6.3 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES

6.3.1 Um pouco de sua história

A história do HUCAM teve seu início marcado pela mobilização dos estudantes da Faculdade de Medicina da UFES que, inconformados pela falta de um hospital escola, no ano de 1967 se lançaram em uma greve defendendo a proposta da transformação do Sanatório Getúlio Vargas, criado em 1942 para o tratamento de pacientes com tuberculose, no sonhado Hospital de Clínicas, indispensável para a formação dos estudantes do referido curso (COSTA, 1997, p. 5).

Situado em uma área privilegiada em Maruípe, próximo do Campus onde funcionava a Faculdade de Medicina, o Sanatório foi transferido para a Universidade através de convênio firmado entre o Governo do Estado e a Reitoria da UFES, em 20 de dezembro de 1967, com o compromisso de não abdicar da assistência aos tuberculosos. A partir de então passou a ser denominado Hospital das Clínicas (COSTA, 1997, p. 5).

Assim como outras instituições de ensino superior, o Hospital das Clínicas recebeu influência dos movimentos de expansão de vagas e das atividades no interior da Instituição universitária, principalmente na década de 1970, inclusive com a criação de outros cursos da área da saúde, entre os quais, em 1976, o Curso de Graduação em Enfermagem da UFES, que também passou a utilizar o Hospital como campo de estágio para as diversas disciplinas do currículo (LIMA, 1998, p. 13).

A partir de 1981, o Hospital das Clínicas passou a ser denominado “Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes” – HUCAM, em homenagem póstuma ao Dr. Cassiano Antônio Moraes, profissional que muito contribuiu para o desenvolvimento dessa Instituição (LIMA, 1998, p. 13).

Certificado como hospital de ensino⁴⁹ e integrado à esfera administrativa federal com gestão dupla por parte do MEC e do MS, o HUCAM tem como alguns de seus valores a defesa do hospital público e gratuito, o compromisso com as políticas públicas de saúde e educação e também a valorização e respeito ao profissional e ao usuário em sua rede social. Sua missão é “[...] viabilizar o ensino, pesquisa e extensão por meio de assistência interdisciplinar de excelência ao cidadão, integrando-se às políticas públicas de educação e saúde” (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 2005, p. 14; 2010, p. 4).

Segundo Littike (2012, p. 22), caracteriza-se como hospital de grande porte, sendo o único hospital federal do Espírito Santo e o maior da rede pública desse Estado, tendo em vista o volume de atendimentos, sobretudo na alta complexidade. Disponibiliza 100% dos serviços à rede SUS em diversas especialidades⁵⁰, além de um amplo leque de programas, alguns vinculados a instituições internacionais de pesquisa.

⁴⁹ Certificado pelo Ministério da Saúde/SAS, Portaria n.º 2.091, de 21 de outubro de 2005 (HUCAM, 2005, p. 14).

⁵⁰ O HUCAM é referência para infectologia, pneumologia (tuberculose multirresistente), esclerose múltipla, hanseníase, transplante renal, cirurgias bariátricas, cardíacas e do aparelho digestivo, maternidade de alto risco e

Como um dos protagonistas no cenário das políticas públicas do Espírito Santo, o HUCAM tem sido referência para atividades de ensino, formação de profissionais da saúde, desenvolvimento de pesquisas e avaliação de tecnologias, além da assistência de média e alta complexidade⁵¹, atendendo usuários de Vitória, de municípios vizinhos e de outros estados⁵² (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 2011, p. 5).

Ao longo de sua trajetória, permeada por crises e dificuldades de ordens diversas, o HUCAM tem ampliado suas atividades tanto na área da educação como na de assistência. Atualmente constitui-se em espaço de ensino para os cursos de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina, Serviço Social, Psicologia, Terapia Ocupacional e Nutrição. Vale ressaltar também os projetos de extensão realizados por residentes e estudantes de graduação das diversas especialidades e a implantação do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde, em 2010 (LITTIKE, 2012, p. 22).

Considerando-se as atividades assistenciais, a Instituição dispõe do complexo ambulatorial, dos setores de internação nas clínicas médica, cirúrgica, materno-infantil, pediátrica e de terapia intensiva adulto e neonatal, além de serviços de apoio diagnóstico, disponibilizando aos usuários procedimentos de alta complexidade⁵³ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 2011, p. 15).

Com relação ao financiamento, os recursos para funcionamento são provenientes do MEC, que custeia o pagamento da força de trabalho contratada pelo RJU, dos docentes e dos médicos residentes. Há, além disso, uma verba interministerial para despesas e custeio. O MS compõe a verba interministerial e repassa a remuneração referente aos serviços assistenciais prestados ao SUS. Também podem advir recursos de emendas parlamentares, que não são

terapia intensiva neonatal, entre outras especialidades que requerem o uso de alta tecnologia para diagnóstico de doenças (LITTIKE, 2012, p. 22).

⁵¹ Dentre as certificações que o HUCAM vem consolidando ao longo dos anos podemos destacar: tratamento da AIDS (1992), videocirurgias (1998), gestação de alto risco e UTI neonatal (2004), UTI adulto (2005), cirurgia cardiovascular e procedimentos em cardiologia intervencionista (2006), serviço de hematologia e de obesidade grave (2007), nefrologia (2008), Banco de Tecido Ocular Humano (2009), oncologia cirúrgica (2013) (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 2011, p. 19-20)

⁵² O HUCAM recebe pacientes de Serra, Cariacica, Viana, Vila Velha, Guarapari, Fundão e demais municípios do Espírito Santo, do sul da Bahia, do leste de Minas Gerais e de Rondônia (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 2011, p. 5).

⁵³ Procedimentos cirúrgicos e diagnósticos, como gastroplastias, transplantes, exames radiológicos, tomografia computadorizada, endoscopia, arteriografias, cateterismo cardíaco, ressonância magnética e serviços de hemodinâmica, entre outros (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 2011, p. 17).

fixos nem frequentes (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 2005, p. 15; BRASIL, 2009c, p. 22).

Segundo dados do Núcleo de Controladoria⁵⁴ (ANEXO B), o HUCAM dispõe de uma capacidade operativa total de 309 leitos, dos quais 238 estão ativos e 49 bloqueados⁵⁵, por falta de profissionais e equipamentos, havendo previsão de expansão dos 22 leitos restantes. Para Littike (2012, p. 24), a não realização de concurso público por parte do Governo Federal mantém o *deficit* no quadro efetivo da força de trabalho, principalmente da enfermagem, impossibilitando a otimização da capacidade instalada.

Consideramos importante apresentar esses dados que demonstram a relevância do HUCAM para a formação acadêmica dos muitos alunos dos cursos de graduação, pós-graduação e residência, que o utilizam como campo de prática e pesquisa, e também para a rede de serviços do SUS. No entanto, é necessário que se disponha de insumos, leitos, trabalhadores e recursos financeiros suficientes para operacionalizar uma instituição dessa magnitude.

De acordo com Drago (2011, p. 125-126), a situação do HUCAM não é diferente da do restante dos HUs. As adversidades que perpassam a educação e a saúde pública no Brasil, como a falta de investimento governamental, o sucateamento da estrutura física, os jogos de interesses internos e externos e a precarização das relações de trabalho, também são encontradas no interior dessa Instituição.

Retomando agora a roda da história, verificamos que as origens de todo esse processo remontam à ideia disseminada pela Reforma do Estado de que a flexibilização do emprego público e um rígido controle do Governo sobre os gastos com pessoal seriam a solução para a obtenção do ajuste fiscal. Entretanto, na opinião de Araújo e outros (2006, p. 165), a Reforma foi truncada e traumática e não alcançou a solução para o problema do ajuste das contas. Além disso, provocou uma desestruturação do serviço público, com a utilização da prática da terceirização de forma indiscriminada, sem critérios e muitas vezes de forma ilegal.

⁵⁴ Núcleo de Controladoria Técnica do HUCAM. Dados atualizados em fevereiro de 2013.

⁵⁵ Dos leitos bloqueados, 22 são da clínica médica, três da cirúrgica, doze da pediátrica, quatro da UTI neonatal e oito de unidade intermediária (ANEXO B).

Ao que nos parece, essa política tornou-se um grande complicador para os HUs, acarretando fechamento de leitos e subutilização da capacidade instalada, com uma força de trabalho reduzida, fragmentada, permeada pela instabilidade gerada pela flexibilização das relações de trabalho. O resultado não poderia ser diferente: prejuízo para os trabalhadores, para os estudantes e para o objeto maior de nosso trabalho, os usuários.

6.3.2 A força de trabalho do HUCAM: um enfoque para a enfermagem

A força de trabalho da enfermagem representa, em termos quantitativos, a maior parcela no quadro de pessoal das instituições de saúde e, na medida em que se tomam por referência processos assistenciais qualificados, é primordial manter o dimensionamento de profissionais adequado às características e necessidades do serviço (CALMON, 2010, p. 3). Na estrutura hospitalar, esses profissionais ocupam espaços nas áreas assistenciais e administrativas, integrando as diversas equipes que concretizam o processo de trabalho da Instituição.

As informações referentes à força de trabalho do HUCAM têm oscilado devido a diversos problemas, como a rotatividade do pessoal contratado, as aposentadorias sem reposição e as dificuldades financeiras e administrativas dos contratos de terceirização. Tomaremos, então, como parâmetro para este estudo, os dados do Núcleo de Controladoria Técnica do HUCAM referentes a 2012 (ANEXO A).

Considerando a força de trabalho da enfermagem, em particular, são 563 trabalhadores alocados na Divisão de Enfermagem, que se distribuem nos diversos setores da Instituição em jornada ininterrupta de serviço, com carga horária e turnos diferenciados. Desse total são 94 enfermeiros, 176 técnicos de enfermagem, 286 auxiliares de enfermagem e 07 atendentes de enfermagem⁵⁶ (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 2012).

Em agosto de 2012, esses profissionais estavam distribuídos da seguinte forma: 423 eram estatutários da UFES (75,13%); 57 compunham o número de terceirizados pela Instituição (10,12%); 81 compreendiam os cedidos pela SESA-ES, dos quais seis eram estatutários (1,06%) e 75 também terceirizados por contrato dessa Secretaria (13,32%). Havia ainda dois

⁵⁶ Categoria extinta desde 25 de junho de 1996, conforme Art. 23 da Lei n.º 7.498/86 (BRASIL, 1986), mas os trabalhadores do quadro efetivo são mantidos até a aposentadoria atuando apenas em atividades de apoio.

enfermeiros que prestavam serviços voluntários⁵⁷ pela Sociedade de Amigos do HUCAM (0,35%). No que se refere à SESA, os trabalhadores são disponibilizados para o HUCAM mediante cessão, estando vinculados a essa Secretaria por contrato temporário (CLT) e também pelo Regime Jurídico Único do Estado (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 2012).

O relatório elaborado para o REHUF aponta como agravante para as questões de pessoal os afastamentos para tratamento de saúde e as aposentadorias. Estava previsto, especificamente para os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, um total de 521 aposentadorias em 2009 e de 602 em 2010, abrangendo 1.123 trabalhadores (BRASIL, 2009c, p. 34-35). Essa é uma realidade do HUCAM, cujo número de servidores vem decrescendo a cada ano. Segundo Littike (2012, p. 24), em 2011 foram registradas 44 aposentadorias, três exonerações e quatro óbitos, no entanto sem ocorrência de concurso para reposição de pessoal. De acordo com a Divisão de Controle de Pessoal do HUCAM, especificamente para a força de trabalho da enfermagem, registram-se, de 2008 até os dias atuais, um total de 69 aposentadorias, sete exonerações, quatro remoções, três demissões e duas vacâncias.

Os números da força de trabalho, na verdade, não retratam as reais dificuldades impostas pelo processo de terceirização, que se agrava por questões que estaremos pontuando. O primeiro fator se confirma com o contingente de aposentadorias descrito no parágrafo anterior, pois, tendo em vista a não realização de concursos, os trabalhadores estatutários apresentam alta faixa etária e, muitas vezes, problemas de saúde limitantes, como foi exposto por uma depoente: “[...] *os nossos funcionários da UFES, como há muitos anos não tem concurso aqui, a maioria já é de idade, então já tem doenças, como hipertensão, diabetes, reumatismo* [...]” (DU22) Assim, tanto pela opção dos próprios trabalhadores, que são mais antigos na Instituição, quanto pelas limitações, grande parte deles se encontra em atividades nos ambulatórios ou em serviços que demandam menor esforço físico.

Outro fator que merece destaque diz respeito à distribuição dos trabalhadores nas escalas de serviço, sendo importante considerar tanto a distribuição entre os plantões diurnos e noturnos

⁵⁷ Lei 9.608, de 18 de fevereiro de 1998 considera serviço voluntário a atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública ou privada, sem fins lucrativos, não gerando vínculo empregatício nem obrigação trabalhista (CALMON, 2010, p. 9).

como a concentração em setores que representam as áreas de trabalho intensivo. Os fragmentos a seguir relatam essa situação.

Na **clínica médica**, “[...] **95% dos funcionários da noite são UFES e 90% dos funcionários do dia são terceirizados.**” (DT26) Na **nefrologia**, os trabalhadores **terceirizados** correspondem a “[...] **uns 70% e 30% da UFES. À noite, os três plantões noturnos são somente de funcionários concursados, e, durante o dia, eu tenho ainda três concursados [...].**” (DT25) Na **clínica cirúrgica**, o quadro é semelhante com “[...] **35 % UFES e o restante é contrato [...]** somente a enfermeira que faz a coordenação é UFES; todas as outras são terceirizadas [...].” (DU24) Finalmente, na **Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN)**, “[...] **50% UFES e 50% terceirizado. Mas atualmente a maioria da UFES está à noite, então ao dia eu tenho a maioria terceirizada.**” (DU08)

A distribuição entre noturno e diurno justifica-se não só pela opção, mas também por garantir, no período da noite, trabalhadores que já estão adaptados ao setor, uma vez que a rotatividade dos contratados demanda um período de treinamento e capacitação para os serviços, que são mais ou menos intensos de acordo com a especificidade do setor, conforme relato:

[...] você leva um tempo para **treinar** e aí, no final das contas, quando você começa a ter a **equipe densa, capacitada, acaba o vínculo**. Aí começa tudo de novo [...] os profissionais concursados, se aposentando... este mês eu tenho três **aposentadorias** e como é que eu vou substituir isso para profissional da noite? [...] **então é constante treinamento [...].** (DT25)

[...] não existe no mercado esse **profissional preparado**, principalmente porque é uma **área muito especializada**. Então é difícil você preparar esse profissional e, quando você prepara, ele **recebe uma proposta melhor** e ele vai para outro local [...]. (DU08)

Dessa forma, o término dos contratos significa uma desordem que não se configura só pelo número em si de trabalhadores, mas passa também por fatores, como a capacidade individual de trabalho e a habilidade específica para as atividades, como dito neste fragmento: “[...] **10 técnicos de enfermagem são 10 técnicos de enfermagem, 10 técnicos de enfermagem com experiência** (tom enfático) **em neonatologia é outra coisa [...].**” (DU04)

As questões pontuadas são ainda mais relevantes por se considerar que o trabalho em saúde exige de modo intenso excelente formação técnica e disposição para as árduas jornadas de plantão, que deve estar coberto com número adequado de trabalhadores para garantir não só

assistência ao usuário, mas também condições de segurança para o trabalhador. Por isso, percebemos que a questão da terceirização da força de trabalho se constitui em um grave problema que se arrasta nessa Instituição há anos e se torna cada vez mais evidente.

6.3.3 A trajetória da terceirização da força de trabalho do HUCAM

No ano de 2008, o grupo técnico constituído pela Diretoria de Hospitais Universitários Federais e Residências em Saúde⁵⁸ realizou um levantamento dos dados para elaborar o diagnóstico dos HUFs, constatando diversas modalidades de vínculos, como RJU, CLT, contratos por fundações de apoio, terceirização e até inserções mais precárias, como recibo de pagamento autônomo (RPA) e solicitação de serviços de pessoa externa (SSPE) (BRASIL, 2009c, p. 32).

A situação que se apresenta para o HUCAM não poderia ser diferente. Para garantir o atendimento aos usuários e manter o espaço de ensino e pesquisa necessário aos diversos cursos da saúde da Universidade Federal em que está inserido, foram proliferando os contratos e convênios com entraves jurídicos e administrativos, que provocam um desgaste para todos. Além disso, os gestores consomem grande parte do seu tempo e energia na busca de parcerias e nos processos de terceirização da força de trabalho.

De acordo com Freitas (2008, p. 93, grifo nosso), foram dois os objetivos que motivaram o processo de terceirização nas Instituições Federais de Ensino Superior no governo FHC. O primeiro baseava-se no discurso oficial de tornar as estruturas do setor público mais flexíveis, orientadas pela lógica do setor privado de *qualidade e produtividade*, para melhor atender as *exigências da sociedade*. O segundo objetivo estava relacionado com a subcontratação, devido à proibição governamental de concursos públicos e à redução significativa de servidores ativos civis e empregados de estatais. A situação atual é o reflexo dessa política.

No entendimento de Thébaud-Mony e Druck (2012, p. 27-28), a terceirização/subcontratação é um fenômeno mundial que se generalizou para todos os tipos de trabalho e atividades no

⁵⁸ Integrada na estrutura da Secretaria de Educação Superior (SESu), foi criada para fortalecer a interface com o Ministério da Saúde e contribuir na busca de soluções para os problemas enfrentados pelos HUs, inclusive na gestão do processo de formação de recursos humanos (BRASIL, 2009c, p. 5).

setor público e privado. É considerada como a principal dimensão da flexibilização do trabalho, possibilitando ao capital gerir e dominar a força de trabalho pela flexibilização dos contratos e a transferência de responsabilidade da logística dos custos trabalhistas para um terceiro.

Interessante que esse fenômeno passou a ser utilizado não mais de forma marginal, mas se tornou peça-chave para as empresas de uma forma geral. Nos HUs, o processo de terceirização foi impulsionado como resposta às medidas adotadas pela Administração Pública desde a década de 1990, com a extinção de cargos e a não realização de concursos entre 1994 e 2001 (FREITAS, 2008, p. 96).

No HUCAM, esse fenômeno vem crescendo desde 2001. Apresentamos a seguir os dados obtidos a partir dos processos que oficializaram os contratos firmados pelo HUCAM para a reposição da força de trabalho, de acordo com as prerrogativas da Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993⁵⁹, e do Decreto n.º 2.271, de 7 de julho de 1997⁶⁰. No entanto ressaltamos que, pela indisponibilidade de alguns documentos, tivemos dificuldades para a completude das informações.

Em 2001, o HUCAM firmou contrato de prestação de serviços profissionais nas áreas médica, de enfermagem e de apoio administrativo, tendo como contratante a UFES e como contratada a Associação Beneficente Pró-Matre⁶¹ de Vitória, com vigência de 29 de setembro de 2001 a 29 de setembro de 2002 (ESPÍRITO SANTO, 2001, fls. 330).

Segundo informações obtidas no próprio processo, entre 1994 e 2000 o HUCAM teve vacância para diversos cargos, motivada por aposentadorias e exonerações a pedido, entre as quais se registram as de 17 enfermeiros, 16 técnicos e 21 auxiliares de enfermagem, além de 01 atendente de enfermagem (ESPÍRITO SANTO, 2001, fls. 190).

⁵⁹ A Lei n.º 8.666/93 regulamenta o Art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, instituindo as normas para licitações e contratos da Administração Pública (BRASIL, 1993).

⁶⁰ O Decreto n.º 2.271/97 dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, detalhando alguns dos serviços passíveis de execução por terceiros (BRASIL, 1997).

⁶¹ Entidade filantrópica sem fins lucrativos, fundada em 1938, especializada em maternidade (MEC, DATASUS. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=3205300011843>. Acesso em: 24 ago. 2013).

O contrato com a Associação Beneficente Pró-Matre incluía um total de 108 trabalhadores nas diversas áreas e recebeu cinco aditivos de prorrogação até 28 de março de 2005, quando o Diretor Superintendente do HUCAM justificou nova prorrogação ante o adiamento do concurso público federal previsto para reposição do quadro de pessoal (ESPÍRITO SANTO, 2001, fls. 778). A partir de então, foram mais cinco termos aditivos até 28 de fevereiro de 2006, época em que, entre os trabalhadores terceirizados por esse contrato, registravam-se 12 enfermeiros e 23 auxiliares de enfermagem (ESPÍRITO SANTO, 2001, fls. 1.671).

Um novo contrato foi firmado para o período de 1.º de março de 2006 a 28 de fevereiro de 2007⁶² (ESPÍRITO SANTO, 2001, fls. 755). Em novembro de 2007, a Associação Beneficente Pró-Matre justificou, por motivos de ordem administrativa, sua decisão de não renovação do contrato, que foi então rescindido a partir de 28 de fevereiro de 2008 (ESPÍRITO SANTO, 2008, fl. 1).

No ano de 2005, também foi celebrado um convênio entre a Prefeitura Municipal de Vitória e a UFES, intermediado pela Sociedade de Amigos do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes (SAHUCAM). Esse convênio teve início em 25 de agosto de 2005 e disponibilizou, a princípio, doze vagas para enfermeiro e setenta para técnicos de enfermagem⁶³. Esses profissionais destinavam-se a atender a demanda do Pronto Socorro do Hospital.

A SAHUCAM⁶⁴ foi fundada em 20 de janeiro de 1992. Conforme estabelecido em seu estatuto, é uma organização social que tem como objetivo “[...] apoiar as ações desenvolvidas pelo HUCAM que contribuam com o desenvolvimento do ensino, da pesquisa, da assistência e da extensão na área da saúde [...]”. É composta por um número ilimitado de sócios e regida por Conselho Consultivo, estatuto próprio e legislação aplicável (SOCIEDADE DE AMIGOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 1992).

Na sequência, no ano de 2007 encerrou-se o contrato com a Associação Beneficente Pró-Matre e também o convênio mediado pela SAHUCAM. Foi então celebrado novo convênio entre a UFES e o município de Vitória, agora pela Fundação de Apoio ao Hospital

⁶² Não tivemos acesso aos demais volumes do processo que não se encontravam na Instituição.

⁶³ Não foi possível ter acesso ao processo por se encontrar recolhido para auditoria. Essas informações foram obtidas verbalmente, na atual secretaria da SAHUCAM.

⁶⁴ Utilidade pública federal (Decreto de 14 de janeiro de 2000), estadual (Lei n.º 5.803/98) e municipal (Lei n.º 4.781/98).

Universitário Cassiano Antônio Moraes (FAHUCAM)⁶⁵, com vigência de doze meses, visando à reativação do atendimento de urgência e emergência do HUCAM. Graças ao convênio, abriam-se 11 vagas para enfermeiros e 57 para técnicos de enfermagem (ESPÍRITO SANTO, 2007, fls. 1 e 11).

O objetivo do referido convênio era a manutenção da oferta de serviços de saúde, compreendendo o funcionamento do Pronto Socorro e do Centro de Terapia Intensiva do HUCAM. Competia ao município de Vitória, por intermédio da SESA, alocar os recursos humanos necessários, assumindo completamente o ônus financeiro. O Conselho Universitário e o Procurador-Geral da UFES manifestaram-se favoráveis, mas deliberaram sobre a necessidade de o Reitor enviar ao MEC solicitação de concurso para provimento de cargos (ESPÍRITO SANTO, 2007, fls. 4, 9, 13 e 21).

Nove aditivos foram incorporados a esse convênio, possibilitando sua prorrogação até 31 de março de 2012. A FAHUCAM deliberou por não renovar mais o convênio, tendo em vista manifestações contrárias do Conselho Municipal de Saúde. Assim o Diretor do Departamento Médico do HUCAM comunicou, por meio de memorando (Memo 012/12-DMED/HUCAM/UFES), a deliberação de fechamento do Pronto Socorro a partir de 31 de março de 2012 (ESPÍRITO SANTO, 2007, fls. 495).

Com o término do convênio mediado pela FAHUCAM entre a UFES e o município de Vitória, o Hospital vivenciou mais um período de desestruturação. A dispensa de profissionais da enfermagem acarretou o fechamento do Pronto Socorro; a desativação de dezessete dos quarenta e sete leitos do serviço de clínica médica; a redução de duas das quatro salas destinadas ao funcionamento dos serviços de endoscopia; a desativação de trinta dos sessenta e tres leitos da clínica cirúrgica e a suspensão dos estudos urodinâmicos e das biópsias de próstata; a redução em 50% dos leitos do Centro de Terapia Intensiva, que só se mantiveram ativos em sua totalidade devido ao remanejamento dos profissionais do Pronto Socorro para o setor; a suspensão das cirurgias cardíacas por falta do perfusionista; a suspensão em 100% do

⁶⁵ Fundação de apoio instituída em 20 de julho de 1999 com o objetivo de apoiar as ações desenvolvidas pelo HUCAM e pelo Centro de Ciências da Saúde da UFES em projetos de ensino, pesquisa, assistência e extensão na área da saúde. Constitui-se em pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, dotada de autonomia patrimonial e financeira. Seus membros fundadores são 70% médicos e enfermeiros e 30% representantes da comunidade (FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 1999).

atendimento a pacientes externos no Hospital Dia; a suspensão dos exames de mamografia e densitometria óssea e a redução de ressonância magnética na radiologia; a redução de 40 a 50% dos exames no setor de hemodinâmica, acarretada pelo *deficit* da enfermagem, situação agravada pela falta de técnicos de Raio X, que inviabilizava o funcionamento do serviço (ESPÍRITO SANTO, 2008, fls. 13.530-13.538).

Isso implica dizer que essas questões interferem diretamente na qualidade do ensino/pesquisa, na redução do montante de verbas proveniente do MS repassado por serviços prestados e no imensurável prejuízo aos usuários do SUS, atingidos pela restrição do acesso aos serviços.

Simultaneamente a esse movimento, no ano de 2008, com a rescisão do contrato com a Associação Beneficente Pró-Matre, o Diretor Superintendente do HUCAM abriu novo processo solicitando a contratação de empresa para prestação de serviços profissionais nas áreas médica, de enfermagem e de apoio técnico, considerando que o concurso público abria um número insuficiente de vagas para manutenção das atividades essenciais e ampliação dos serviços (pediatria, unidade coronariana, hemodinâmica, centro obstétrico, dermatologia e urologia), que não dispunham de pessoal para funcionamento. Nessa época, o Departamento de Recursos Humanos informava a existência de cargos vagos para enfermeiros (17), técnicos de enfermagem (3), auxiliares de enfermagem (27) e atendentes de enfermagem (13) (ESPÍRITO SANTO, 2008, fls. 2).

Transcorridos os trâmites burocráticos e judiciais, foi realizado processo licitatório (Pregão Eletrônico 64/2008), cujo objeto foi a aquisição de mão de obra terceirizada, com edital limitado ao suprimento apenas dos cargos vagos, sem ampliação de atendimentos, considerando a essencialidade dos serviços prestados pelo HUCAM à rede do SUS e a inviabilidade de sua manutenção. Foi então firmado contrato entre a UFES e a Express Serviços de Locação de Mão de Obra Ltda., empresa vencedora da licitação, com vigência de doze meses a partir de 29 de agosto de 2008, posteriormente prorrogado até 28 de agosto de 2012, conforme aprovação dos termos aditivos (ESPÍRITO SANTO, 2008, fls. 331-335 e 981).

Vale destacar que, em todas as manifestações jurídicas observadas na leitura dos processos, o TCU, o Ministério Público e a Procuradoria da UFES ressaltavam urgência na realização de concurso público para provimento desses cargos, tendo em vista tratar-se de categorias

funcionais abrangidas pelo plano de cargos da UFES⁶⁶. No volume XVII do Processo n.º 23068.042341/2007-58, inclusive, havia um parecer da Procuradoria Federal reforçando a necessidade de regularização dessa situação que não se adaptava às prerrogativas legais que respaldam a terceirização no serviço público, como se vê a seguir:

Resta inequívoco que a contratação de trabalhadores terceirizados para o exercício de tarefas próprias de servidores públicos é afronta direta ao princípio da seleção mediante concurso público, além de afronta à lei trabalhista que restringe as possibilidades de terceirização às atividades-meio de qualquer organização, pública ou privada [...] (ESPÍRITO SANTO, 2008, fls. 5.369-5.370).

Em 2011, despacho expedido pelo Diretor Superintendente do HUCAM demonstrou a proporção que a flexibilização das relações de trabalho foi assumindo no interior da Instituição, uma vez que 25% da mão de obra estava terceirizada, incluindo profissionais de atividades-fim, entre os quais todas as categorias da enfermagem. A solicitação para realização de concurso público não foi atendida. O quadro de pessoal do HUCAM compunha-se de trabalhadores da União, do Estado e do Município, além dos terceirizados (ESPÍRITO SANTO, 2008, fls. 11.129-11.132).

Finalmente, o último contrato⁶⁷ celebrado para manutenção da terceirização da força de trabalho foi com a Empresa Instituto Excellence, a partir de 29 de agosto de 2012, que se mantém vigente com um quantitativo de 444 profissionais, dos quais 56 são enfermeiros e 200 são técnicos de enfermagem (ESPÍRITO SANTO, 2012, fls. 2 e 18).

A partir de abril de 2013, o HUCAM assinou contrato de adesão com a EBSEH. Dessa forma ficou sob a responsabilidade da Empresa prestar serviços de apoio à gestão e à regularização da contratação de pessoal, estando prevista a realização de concurso público para o provimento dos cargos, agora sob a modalidade de emprego público em regime celetista. Mas a gestão do trabalho e de pessoal dessa nova modalidade de administração ainda representa para o corpo de trabalho do HUCAM muitas dúvidas e incertezas, como pode ser confirmado neste depoimento:

⁶⁶ O Decreto-Lei n.º 2.271/97 detalha os serviços passíveis de terceirização no âmbito da Administração Pública Federal direta, autárquica e fundacional, permitindo as atividades materiais acessórias, instrumentais ou complementares (limpeza, vigilância, conservação, transportes, segurança, informática, copeiragem, recepção, reprografia, telecomunicações e serviços de manutenção), mas impossibilitando terceirizar as categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão ou entidade (BRASIL, 1997; BRASIL, 2009b, p. 19).

⁶⁷ Contrato n.º 37/2012, licitado por Edital de Pregão n.º 100/2012/HUCAM-UFES.

[...] é como você estar pisando num **terreno novo**, num terreno minado [...] Foi tudo feito de uma forma para a gente achar que ela vai salvar, e eu acho que ela **vai salvar** porque ela vai vir com **dinheiro**. [...] o **resultado**, que a gente não sabe qual vai ser, esse é o **campo minado**: Quem são essas pessoas? Qual a pretensão? Por que saúde eu falo: não é papel, você mexe com gente; gente eu não posso querer produzir com gente, então **a Empresa visa lucro**. Como vai ser esse lucro? Qual vai ser a **qualidade da assistência?** (DU11)

É nesse contexto que se enquadra a EBSEH. Disfarçada por um discurso de modernização da gestão dos recursos humanos, apresenta-se, na verdade, como uma proposta de privatização mais lenta e menos conflituosa perante a sociedade, pois, na visão de Sodré e outros (2013, p. 372), os problemas referentes aos recursos humanos e os acordos salariais poderiam ser solucionados se o impasse da gestão dos HUFs fosse publicamente resolvido pelo Estado, que, no entanto, opta por outro caminho, entregando *a chave do cofre (gestão)* e os *profissionais de saúde* a uma empresa, apoiado em mais um *discurso gerencial modernizador*.

A transição para o novo modelo de gestão já se iniciou, mas até então temos vivenciado, no HUCAM, a cada término de contrato e/ou convênio, conforme demonstramos anteriormente, períodos de crises, com redução de leitos, fechamento de setores, perda de pessoal qualificado, demissão de trabalhadores, acarretando desestruturação dos serviços com sensível prejuízo na prestação da assistência aos usuários e no ensino dos diversos cursos que utilizam a Instituição como campo de estágio. Associada a essa conjuntura, soma-se a desproteção social do trabalhador, gerada pela insegurança do desemprego anunciado a cada término de contrato.

Essa situação que se reproduz na realidade do HUCAM decorrente dos diversos regimes de trabalho, com diferenças de salários e vantagens entre os profissionais que compõem o corpo social da enfermagem, contribui para uma desordem social no âmbito da categoria, traduzindo não só uma complexidade gerencial, mas também uma diversidade de *significados* que tentamos captar através de depoimentos e passamos a discutir no próximo capítulo.

7 A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO PARA A ENFERMAGEM NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES

Neste capítulo, partimos da caracterização da amostra quanto a sexo, tipo de vínculo empregatício, jornada e turno de trabalho, tempo de serviço no HUCAM, setor de trabalho e categoria profissional. Na sequência, apresentamos fragmentos dos depoimentos que, na verdade, constituem o fundamento maior deste estudo, buscando explorar cada um em suas particularidades, sob a luz das fontes secundárias que embasaram o entendimento dos temas em questão. O material foi analisado considerando-se os significados que o trabalho tem para cada trabalhador como atividade humana, de uma forma geral, e, mais especificamente, na enfermagem. Em seguida, procuramos demonstrar o que representa para os depoentes trabalhar no HUCAM, para, finalmente, darmos foco às questões sobre a flexibilização das relações de trabalho que se estabeleceu nesse Hospital, no bojo de todo um contexto histórico, político e social, revelando as experiências dos trabalhadores que, de alguma forma, vivenciaram essa realidade.

Considerando-se que a memória é um processo individual que ocorre em um meio social dinâmico, para a história oral cada depoimento tem um peso autônomo, ainda que se explique cultural e socialmente. No entanto, quando reunidos, possibilitam identificar traços comuns que emergem da equiparação das histórias (MEIHY, 2005, p. 80 e 162). Assim, buscamos “[...] privilegiar a recuperação do vivido conforme concebido por quem viveu”, na tentativa de registrar aquilo que não se encontra em documentos, como as experiências individuais (ALBERTI, 2005, p. 22-23).

Nesse sentido, concordamos com Almeida (2005), quando ressalta que a entrevista representa um espaço para a elaboração e manifestação da memória, não apenas como preservação de informações, mas também como um processo constante de atribuição de significados, não para o passado, mas para o presente. E foram esses significados que buscamos apreender dos depoimentos.

7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram do estudo 27 trabalhadores: 11,11% do sexo masculino e 88,88% do sexo feminino. O tempo de serviço no HUCAM variou entre 2 a 34 anos, com lotação em diferentes setores: clínica médica (18,51%), clínica cirúrgica (7,40%), setor de endoscopia (3,70%), materno-infantil (3,70%), urologia (3,70%), nefrologia (7,40%), Centro de Terapia Intensiva (18,51%), Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (11,11%), Núcleo de Educação Permanente (3,70%). Foram entrevistados também 14,81% trabalhadores do Pronto Socorro que, após o fechamento do setor, estavam atuando em outros locais, mas vivenciaram os períodos de crise da unidade de atendimento de urgência, que foram, em grande parte, acarretados pelos problemas de *deficit* de pessoal da Instituição.

No que se refere ao vínculo empregatício, 48,14% dos trabalhadores eram regidos pelo RJU, 37,03% eram terceirizados pela Excellence e 14,81% eram terceirizados pela SESA e cedidos ao HUCAM. Quanto à carga horária, 51,85% dos trabalhadores cumpriam trinta horas semanais; 40,74%, quarenta horas e 7,40%, 44 horas. No que se refere ao turno, 74,07% trabalhavam durante o dia e 25,92%, à noite. Com relação à categoria profissional, havia 11,11% auxiliares de enfermagem, 40,74% técnicos de enfermagem e 48,14% enfermeiros.

Apesar de o método utilizado priorizar o registro das experiências individuais vivenciadas por cada depoente, com a preocupação de obter uma maior representatividade buscou-se equilibrar as categorias profissionais e os tipos de vínculos, diversificando os setores de trabalho.

7.2 O TRABALHO COMO ATIVIDADE HUMANA

Independente da categoria profissional e da função que ocupam no HUCAM, os trabalhadores, em geral, reforçam o entendimento de que o trabalho em si, no transcorrer da história, tem assumido diversas dimensões, que transcendem a necessidade de subsistência ou sobrevivência do homem, pois ele é parte fundamental da existência humana como fator de desenvolvimento pessoal e participação social, o que demonstra a manutenção da centralidade do trabalho na vida contemporânea.

Eu acho que o **trabalho** é gratificante, **faz parte da vida da gente**. Eu não consigo me ver sem estar trabalhando porque através do trabalho a gente vai estar sempre em **convívio com outras pessoas**, você vai estar sempre em sociedade, **vai estar sempre se atualizando**, vendo outras experiências. Então eu acho que o trabalho, ele move a vida da gente. **Não consigo me ver sem trabalho [...]. (DU19)**

Primeiro, é um complemento para a vida. O ser humano tem que viver e para viver ele precisa de algo mais, ele precisa do trabalho e ele precisa se **sentir útil [...]**. Nós temos que trabalhar, nós temos que nos sentir produtivos, então para mim é um complemento, é um **fator de sobrevivência**, de sobrevivência como pessoa, além de ser um **motivo de subsistência**. Eu preciso disso para sobreviver, também para me alimentar, para sustentar minha família e para me sustentar. [...] eu **poderia ser milionária, poderia ter dinheiro, mas eu não conseguiria ficar sem trabalhar**, sem produzir [...]. **(DT06)**

Fica bem evidenciado o valor do trabalho como condição elementar para a vida, produzindo, no intercâmbio do homem com a natureza, a satisfação das necessidades essenciais do ser humano, como a alimentação, e também aquelas imateriais, como o sentimento de utilidade, de integração social e crescimento pessoal. Além disso, concordando com o que nos diz Ornellas e Monteiro (2006, p. 552), muitas vezes o trabalho “[...] se funde às histórias de vida das pessoas” e emerge dos princípios familiares, exteriorizando a cultura do meio social em que o trabalhador vive.

O trabalho, para mim, significa tudo, porque com ele que sustento a minha casa. Independente disso é com ele que eu me sinto bem, me sinto útil como pessoa, **eu tive essa criação da minha família**. [...] sempre meus pais trabalharam, tanto meu pai como minha mãe, e isso é fundamental para uma pessoa, independente se ela tem uma condição de vida extremamente favorável, **a máxima: trabalhar dignifica o homem**, eu acredito muito nisso [...]. **(DT02)**

Pode-se observar que esse depoimento revela uma realidade universal do princípio de que todo cidadão deve trabalhar para ser reconhecido socialmente (ARAÚJO et al., 2006, p. 156), evidenciado pelo entendimento de que o trabalho dignifica o homem.

Outro depoente ressalta o valor do trabalho formal:

O trabalho, para mim, é muito importante. Eu venho de **uma família muito direcionada para esse aspecto do trabalho fixo**, vinculado com alguma **instituição**, e para mim é muito importante poder também fazer parte, junto com meu grupo familiar, desse perfil de empregados. **(DU09)**

Fica evidenciada também a importância do trabalho fixo, além da inclusão entre os trabalhadores formais, quando o depoente se refere a “estar vinculado com alguma instituição”, o que vai ao encontro do pensamento de Lima (2010, p. 21), quando relata que a maioria dos trabalhadores, independente do grau de qualificação, busca o trabalho estável

como condição central na organização da vida e na possibilidade de futuro: “[...] *todo mundo quer um emprego, mas quer estabilidade, quer ter uma segurança, quer fazer carreira [...]*”

(DT13)

Esses distintos valores e significados que são atribuídos ao trabalho, no entendimento de Tolfo e Piccinini (2007, p.40), estão relacionados com as finalidades que essa atividade representa para cada indivíduo, que busca, através dela, satisfazer necessidades e alcançar produtos, como prestígio, retorno financeiro, manutenção em atividade, estabelecimento de relações interpessoais e contato social, sentimento de ser útil à sociedade e autorrealização. Mas fica muito marcada nos depoimentos a relação do trabalho com a remuneração: “*Minha fonte de renda e uma realização também.*” **(DT13)**

Essa manifestação do trabalho associado ao exercício de uma atividade produtiva e remunerada, essencial para gerar e acumular capital, segundo Araújo e outros (2006, p. 156), é uma característica própria da sociedade capitalista.

[...] na verdade, é tudo o trabalho, porque, para eu fazer qualquer coisa, eu dependo do trabalho, porque, na minha situação... Meu marido faleceu há dois anos, então eu sou mãe e pai ao mesmo tempo; então o trabalho para mim é tudo. **Tudo que você faz necessita de dinheiro, então o trabalho para mim é muita coisa.** **(DT18)**

De acordo com Marx⁶⁸, o que “[...] o operário vende não é propriamente o seu ‘trabalho’, mas a sua ‘força de trabalho’, cedendo temporariamente ao capitalista o direito de dispor dela” (ANTUNES, 2004, p. 69, grifo do autor) e dessa forma, sob a configuração da lógica da sociedade capitalista, observa-se neste depoimento que o significado do trabalho se apresenta como uma mercadoria: “*O trabalho é um meio que a gente encontra para sobreviver; no caso, você vende a sua mão de obra e o empregador te paga em dinheiro, então é uma troca: você dá sua mão de obra e o empregador te paga em dinheiro.*” **(DU12)**

Ainda fazendo referência aos fundamentos de Marx, explicados por Deville (2012, p. 80-81), o empregador compra a força de trabalho pelo valor mínimo para a subsistência do trabalhador, apenas para que ele possa “[...] começar no dia seguinte em iguais condições de vigor e saúde”, ou seja, esse valor é reduzido ao mínimo necessário. A força de trabalho tem, portanto, um preço inferior ao seu real valor. Legitimam-se assim os baixos salários

⁶⁸ Informe pronunciado por Marx em 20 e 27 de junho de 1865 nas sessões do Conselho Geral da Associação Internacional dos Trabalhadores, reproduzido na obra *Dialética do trabalho*, de Ricardo Antunes, p. 57-99 (ANTUNES, 2004).

praticados na sociedade capitalista, o que, aliás, já vem implícito em seu nome *salário mínimo*.

Apropriando-nos da afirmação dos autores acima, é ilustrativo apresentar o piso salarial do enfermeiro na rede privada. Segundo o sindicato⁶⁹ da categoria, o valor da força de trabalho do enfermeiro na rede privada gira em torno de R\$ 2.024,60 para 40 horas semanais, o que reduz o valor da hora de trabalho a R\$ 10,12: “[...] **o salário base que é 2.013,00 para 40 horas, é isso aí. É o salário base de mercado, o base ‘seco’ de mercado. Não está adequado, é muito baixo [...].**” (DT06)

Os valores demonstrados justificam o descontentamento expresso pelos enfermeiros que, para aumentar a sua renda, acumulam empregos cumprindo jornadas de 70 a 80 horas semanais, quando contratados por regimes de 30 ou 40 horas respectivamente.

[...] porque a gente trabalha demais. **A gente não vive só com um emprego, é um, dois, três...** é a necessidade de cada um. Você não tem tempo para você, [...] a gente cuida de muitas vidas e **a gente tem pouco cuidado para a gente**, com relação ao psicológico, com relação ao se dar o tempo. Eu falo por mim: eu acho que eu me dedico demais ao trabalho [...], mas acima de tudo **precisa aprender a se dar um tempo**, a gente não tem muito tempo para a gente; não falo só por mim, mas por algumas colegas também. Eu acho que **o trabalho virou uma impregnação.** (DT03)

O depoimento acima é a expressão máxima da intensificação do trabalho no mundo capitalista movimentado pela lógica do mercado, que pressupõe produzir não só aquilo de que necessitamos, mas também o excedente para alimentar o mercado consumista estimulado pelo mundo globalizado. Esse metabolismo social envolve o trabalhador que, induzido pelos baixos salários, explora ao máximo sua capacidade física e mental na venda da sua força de trabalho.

Nesse sentido, Antunes defende um novo modo de produção e de vida, fundado na realização do trabalho voltado para o atendimento das efetivas necessidades humanas sociais e vitais, sejam elas materiais ou imateriais. Eliminando o dispêndio do tempo excedente para a produção de mercadorias e do tempo de produção destrutivo e supérfluo, é possível resgatar o

⁶⁹ Matéria divulgada no site ESHOJE, em 21 de março de 2013: “Enfermeiros de rede particular em greve no Estado”. Disponível em: <http://www.eshoje.jor.br/_conteudo/2013/03/noticias/geral/1693-enfermeiros-de-rede-particular-entram-em-greve-no-estado.html>. Acesso em: 29 ago. 2013.

verdadeiro sentido estruturante do trabalho vivo contra o sentido (des)estruturante do trabalho abstrato para o capital, dando um novo significado tanto à vida dentro do trabalho quanto à vida fora dele (ANTUNES, 2009a, p. 260).

7.3 A INSERÇÃO DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NO HUCAM: OS ELOS QUE INSPIRAM O PERTENCIMENTO

Como espaço dinâmico da academia e assistência, O HUCAM tem um fluxo de circulação permanente de pessoas composto por estudantes, professores, usuários do SUS, visitantes e os 1.670⁷⁰ trabalhadores que compõem a sua força de trabalho.

São eles, os trabalhadores, que mantêm essa estrutura em permanente funcionamento, com suas jornadas e escalas diurnas e noturnas, movimentando os processos de trabalho e fazendo o hospital *acontecer*. Nesse contexto é que se insere a enfermagem, distribuída nos diversos setores e serviços do HUCAM, representando 33,71% da força de trabalho que atua, direta ou indiretamente, para *produzir saúde*.

Quando os trabalhadores de enfermagem foram estimulados a falar sobre o sentimento em relação ao fato de trabalhar no HUCAM, ficou evidente que existe, por parte deles, um envolvimento com a Instituição, mesmo reconhecendo suas limitações e dificuldades. Certamente os fragmentos apresentados não revelam o significado das expressões faciais, o tom enfático da voz e os sorrisos esboçados captados pela pesquisadora durante as entrevistas.

Amo trabalhar aqui, não queria trabalhar em nenhum outro lugar que não fosse aqui. Apesar de todas as dificuldades daqui, de todos os problemas que a gente vive, aqui é um **lugar muito bom** para se trabalhar. [...] Aqui o relacionamento com as pessoas é muito melhor, **aqui parece que de fato é a casa da gente.** (DU07)

Independente do regime de trabalho, as manifestações dos depoentes pareceram-nos positivas em relação à satisfação por trabalhar no HUCAM, mas a sensação de insegurança do trabalhador terceirizado, que não tem garantia de permanência na Instituição, também emerge com bastante frequência nos depoimentos, como pode ser observada neste fragmento:

⁷⁰ Fonte: Núcleo de Controladoria Técnico do HUCAM. Os diferentes setores responsáveis pelas informações sobre o quantitativo de recursos humanos, tanto no HUCAM quanto na UFES, apresentam divergência em alguns dados.

[...] teve um momento que eu **fiquei muito triste** porque foi o período que a gente saiu de um contrato e ficamos um período mais distante e que **eu achei que eu não ia retornar**, porque o HUCAM assim é como se fosse a minha segunda casa. **Eu amo demais esse lugar**, não sei por quê. Acho que as pessoas com quem a gente trabalha, com quem a gente convive, que acaba sendo às vezes muito mais do que com nossos próprios familiares... Eu acho que isso me trouxe um pouquinho de angústia, né? **Encerra o contrato**, será que o novo que vai entrar, a gente vai entrar junto? **O medo de não voltar...** (DT16)

Outro fato que chama atenção em alguns depoimentos é o vínculo estabelecido com a Instituição, que se deve ao fato de terem sido alunos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFES.

[...] eu acho que a minha relação com esse Hospital é para além de ser universitário. Não sei por que eu me identifiquei aqui. **Quando eu estudei, eu queria trabalhar aqui**, e depois que eu comecei a trabalhar aqui, eu não queria mais sair daqui. (DU04)

[...] eu tenho uma identidade, na verdade eu me **formei pela UFES**, então **eu fiz estágio aqui**, eu entrei como voluntária aqui, eu tive oportunidade do meu campo de estágio de pós-graduação aqui [...]. (DT25)

Podemos inferir que o desejo de permanecer na Instituição, relatado nesses depoimentos, está relacionado aos elos estabelecidos pela convivência durante os períodos de estágio. Por outro lado, o hospital universitário, que se caracteriza como um prolongamento de uma instituição de ensino, mescla, em seu ambiente, atividades acadêmicas de ensino e pesquisa com as demandas assistenciais do SUS (MÉDICI, 2001, p. 149), configurando-se como fator de interesse para os trabalhadores, que se sentem estimulados diante do convívio multidisciplinar e das possibilidades de aprendizagem, o que vem relatado em alguns depoimentos: “[...] *por ser um hospital universitário, a gente está sempre em **clima de aprendizado e de ensinamento**, também porque a gente **lida com alunos** que estão aí aprendendo e, como eu gosto de estar neste convívio, eu gosto de estar aqui dentro [...].*” (DT01)

Estudos de Osório e outros (2011, p. 96) realizados em três hospitais públicos que também convivem com a realidade da terceirização remetem ao tema em questão quando os profissionais entrevistados citam que trabalhar em um hospital público prestigiado e dedicado à pesquisa leva a melhores perspectivas. Essa pode ser uma justificativa inclusive para os diversos trabalhadores terceirizados que, mesmo em precárias relações de trabalho, manifestam sua satisfação em permanecer no HUCAM, que ainda preserva seu *status* de hospital universitário federal de alta complexidade: “*Eu acho que o fato de ser um hospital universitário... sempre me interessou esse contato com aluno, essa **busca pelo conhecimento**,*

a oportunidade de ver coisas novas, de você estar dentro desse processo com outras profissões [...].” (DU04)

Nesse aspecto, torna-se relevante demonstrar que, em alguns depoimentos, se apreende a valorização do serviço público pelos trabalhadores que, mesmo reconhecendo as dificuldades por que passa a Instituição, guardam expectativas de mudanças que motivam o trabalho e o compromisso com o HUCAM.

[...] a gente ainda tem a **esperança** de que ainda possa **dar certo**. É uma **identidade muito próxima com o setor público** que a gente vê o sofrimento das pessoas, a gente participa, e o mais gratificante é o **retorno dos pacientes**, porque são pessoas **extremamente carentes**. [...] por mais processos difíceis que nós já passamos, o que ainda me motiva em estar aqui dentro é na **esperança de que um dia ainda vai ser diferente [...]. (DT25)**

[...] estar trabalhando num **órgão público, de acesso universal**, prestar assistência a quem realmente precisa independente de situação financeira. Isso é muito **gratificante**, apesar da gente às vezes ter problemas com material, com uma coisa e outra, eu acho que um **órgão público sempre é melhor [...]. (DU19)**

Esses fragmentos traduzem, na verdade, a ideologia dos princípios de universalidade, integralidade e equidade que passaram a nortear o sistema de saúde definido pela Constituição de 1988 e que foram incorporados pelos Hospitais Federais quando de sua inclusão no SUS, em 1990. Além disso, vêm reforçar a importância da manutenção dos serviços prestados pelo HUCAM no cenário da saúde deste Estado como hospital público, gratuito, com diversas especialidades, sendo, inclusive, referência em algumas delas.

7.4 A SUBJETIVIDADE DO TRABALHO NA ENFERMAGEM

O trabalho em saúde engloba uma multiplicidade de atores e procedimentos que interagem em busca de um objetivo comum: prevenção, promoção e recuperação da saúde dos usuários. Segundo Merhy e Franco (2008), essa atividade se realiza, sobretudo, pelo “trabalho vivo em ato”, ou seja, no momento em que é executado, determina a consecução de seu produto: o cuidado, que é simultaneamente consumido pelo usuário, estabelecendo-se assim uma interação deste com o trabalhador: “[...] *quando você trabalha na enfermagem, além de estar trocando com o paciente e com as colegas, você está podendo contribuir de alguma forma para o bem da pessoa, para estar restabelecendo sua saúde [...].” (DU17)*

A história mostra-nos que, nas diferentes dimensões do processo de viver, adoecer e morrer, o cuidar sempre esteve presente. No âmbito dos serviços de saúde, a enfermagem tem o cuidado como significado essencial da profissão (ROCHA et al., 2008), o que pode ser constatado no enfoque marcante que esse aspecto teve nos depoimentos.

Ser um **trabalhador da enfermagem** tem como significado a **saúde**, o cuidar, esse é o **diferencial** para mim, “**o cuidar**”, acho que isso já fala tudo, né? [...]. (DT15)

[...] **o cuidar** eu acho que é um diferencial da **nossa área**. Então às vezes eu me surpreendo com alguns médicos que falam assim: “**essa parte é com a enfermagem**”, porque realmente a gente acaba tendo **o saber** [...]. (DU08)

Ainda segundo as autoras, o cuidado de enfermagem pertence a duas esferas distintas, que devem unir-se para qualificar e fortalecer o cuidado. A primeira esfera é a objetiva, que está relacionada com a produção de técnicas e procedimentos.

[...] você **faz um curativo**, quando é uma ferida crônica, você **acompanha** até o final, como teve um menino que me marcou muito porque ele tinha três anos e sofreu uma queimadura. [...] quando eu vi que aquela **ferida foi completamente curada** foi **gratificante** para mim, porque **eu ajudei na recuperação** dele [...]. (DT27)

A segunda esfera é a subjetiva, que alcança a sensibilidade, a criatividade e a intuição, traduzindo um modo de estar com o outro no que se refere a questões especiais da vida dos cidadãos e de suas relações sociais. Essa situação está representada neste depoimento, que destaca o significado de realização pessoal, entendida como uma troca, pois o trabalhador se transforma, na medida em que mobiliza sua força de trabalho para atender a uma necessidade do paciente.

[...] quem **te realiza é o cliente** porque, querendo ou não, você se envolve e, mesmo que por um curto período de tempo, **você participa do dia a dia daquelas pessoas** que normalmente estão em situações muito **vulneráveis e dependentes** das suas ações. (DU10)

Essa esfera do cuidado remete-nos à importância do encontro entre o cliente e o trabalhador de saúde como espaço de produção de acolhimento, de vínculos e de relações entre os sujeitos, o que constitui um dos instrumentos do trabalho em saúde definido por Merhy como

tecnologia leve⁷¹, fator fundamental para a ação terapêutica do cuidar (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008, p. 292-293; MERHY; FRANCO, 2008, p. 282-283).

[...] a gente... andando aqui no hospital: **“Fulana, você se lembra de mim?”** e vem e cumprimenta a gente: **“Fiquei com você”**, e isso, para mim, acho que não existe coisa mais gratificante do que saber que o **nosso trabalho está sendo bem feito** e o **paciente...** a gente conseguir estar colocando ele **de volta para a família...** isso para mim não tem preço. (DT02)

Mas essas relações entre os sujeitos também são consideradas como possível causa de adoecimento para o trabalhador, pela proximidade com a dor e o sofrimento. Segundo Elias e Navarro (2006), os profissionais de enfermagem são expostos a ambientes insalubres, com excessiva carga de trabalho, contato direto com situações-limite e elevado nível de tensão, fatores que danificam a integridade física e psíquica dos trabalhadores. Aqui o trabalho assume para os depoentes, de forma implícita, um caráter penoso, de sofrimento.

[...] a nossa categoria é uma **categoria muito sofrida**, mal remunerada. A gente está propensa a **pegar doenças**. Eu até falo que a gente acaba ficando doente e não percebe, porque **a gente lida muito com doença e absorve isso**, e, com o passar do tempo, a gente vai sentindo algumas coisas. Tem muita gente na saúde que tem **depressão** [...]. Se você não tomar cuidado, **você absorve aquilo ali e acaba te prejudicando** lá na frente. (DT27)

[...] é uma **área desgastante**, mexe com tudo, com seu **pessoal**, com seu **psicológico...** a cada dia você está de **frente a situações diferentes**, você acha que está preparada para tudo e não está [...]. (DT03)

Quanto às funções desempenhadas no período da coleta de dados pelos 48,14% dos enfermeiros que participaram da pesquisa, 25,92% exerciam atividades administrativas e 22,22% atuavam na assistência direta. No entanto, registra-se nos relatos desses profissionais que, no cotidiano do trabalho, essas atividades se intercalavam na busca de resolutividade e atendimento às demandas do serviço, ou seja, dependendo da necessidade do serviço, o enfermeiro deve ser competente ora para exercer atividades administrativas ora para assumir o cuidado direto com o paciente. São ilustrativos os relatos abaixo:

Hoje eu faço um pouco dos dois. [...] **faço assistencial e gerencial** também. Na verdade, **é difícil fazer os dois**, mas você também não consegue viver sem os dois... fazer só o assistencial, afinal de contas, **para você fazer o assistencial, você tem que saber gerenciar** e planejar como você vai prestar essa assistência. (DT03)

⁷¹ As tecnologias para o trabalho em saúde descritas por Merhy são três: a tecnologia dura, que abrange os instrumentos; a leve-dura, que representa o saber técnico, e a leve, que compreende as relações entre os sujeitos (MERHY; FRANCO, 2008, p. 282-283).

[...] eu estava há sete anos na área da coordenação, [...] os outros doze anos eu estava na assistência. Ultimamente eu **tenho atuado mais na gerência, mas, quando havia necessidade, eu assumia assistência** [...]. (DU24)

Nesse sentido, apropriamo-nos do pensamento de Souza e Lisboa (2006, p. 330-331), quando dizem que a organização e o processo de trabalho hospitalar são fatores preponderantes para que as atividades laborais da enfermagem possam fluir com o mínimo de desgastes e intercorrências, o que de certa forma justifica a atitude da(o)s enfermeira(o)s em também assumir funções que não são de sua competência, visando permear condições para concretizar o atendimento ao usuário em sua completude, como se observa a seguir:

[...] nós **não temos um profissional** que passe nos andares **olhando** essas questões básicas de iluminação, de chuveiro queimado, de sanitário, essas coisas, **manutenção básica**... Nós não temos, e quem **acaba fazendo** isso, infelizmente, por não ter, é o **enfermeiro**, que acaba **comprometendo** seu próprio **tempo** para ver questões que não são da sua alçada [...]. (DT26)

Conforme se pode observar nesse depoimento, essa atitude distancia a enfermeira do seu objeto de trabalho, aqui entendido como o planejamento e a execução da assistência de enfermagem, e também acarreta consequências, como a crise da identidade profissional e um aumento do ritmo e volume de trabalho, que podem comprometer a qualidade do cuidado prestado (SOUZA; LISBOA, 2006, p. 330).

[...] é **estressante** para mim ter que estar cobrando manutenção, ter que **sair da minha função**. [...] o **enfermeiro** hoje acaba fazendo tudo de todo mundo. Na verdade, a gente tem um pouco de culpa, porque a gente acaba **absorvendo tudo de todo mundo**, talvez por essa questão de dar andamento no setor, fazer com que as coisas funcionem [...]. (DT03)

Pode-se inferir que essa prática também vai ao encontro dos interesses do capitalismo que, por tradição histórica, explora a mão de obra feminina, que constitui grande parte da força de trabalho da enfermagem nos hospitais (MELO, 1986, p. 48 e 81). Outro aspecto apreendido nos depoimentos, ainda relacionado ao trabalho da enfermagem, diz respeito à busca pelo conhecimento: é a tecnologia leve-dura representada pelo saber técnico, outro importante instrumento do trabalho em saúde (MERHY; FRANCO, 2008, p. 242).

O **curso técnico** em si só não me satisfaz. Eu queria **buscar mais**. Eu fiz a enfermagem **curso superior**, comecei a trabalhar, também queria mais. Aí fiz a **especialização**, o **mestrado** e agora o **doutorado**. Então eu acho, assim, que essa busca para mim nunca representou só conhecimento ou o salário, estava sempre associada a **melhores condições de trabalho**, e essas melhores condições não era só o que eles me ofereciam, mas também o que eu tinha que buscar em termos de **capacitação profissional**, de vivência, disponibilidade, **de relação com esse**

trabalho. Sempre busquei que o **trabalho** me trouxesse **prazer** e para isso eu me dedicava tanto para que ele fosse melhor [...]. (DU04)

A importância da capacitação profissional transparece traduzida como fonte de melhoria do trabalho e, conseqüentemente, de satisfação do trabalhador, mas também nos remete à história da institucionalização da enfermagem, quando o hospital se organizava como local de cura, e as tarefas manuais de assistência ao doente, até então realizadas por leigos, passaram a demandar mão de obra com preparo técnico. Isso fez surgir a enfermagem (MELO, 1986, p. 41-42), que, pelos constantes avanços da ciência associados à realidade determinada pelo mercado de trabalho capitalista, necessita cada vez mais dessa capacitação como prerrogativa para conquista do seu espaço de trabalho e sua autonomia.

[...] então assim é um **respeito** muito grande. É claro que esse respeito foi **adquirido com conhecimento** [...], mas uma das coisas que me motiva é isso: a **autonomia** que eu consegui adquirir [*nome do setor*] por você ter uma tamanha responsabilidade, mas **você consegue ter voz e fazer o seu processo andar** conforme os seus planejamentos. (DT25)

A prática da enfermagem hospitalar também demarca a reprodução da divisão social do trabalho, retratando assim a separação entre as *funções mais intelectuais* e o *serviço manual*. No entendimento de Melo (1986, p. 55 e 74), isso não é apenas uma divisão de tarefas, configurando-se na manifestação de diferentes formas de propriedade e da desigualdade social, que tende a se ampliar sob o modo de produção capitalista: “[...] *eu gosto de trabalhar manual. Não fiz enfermagem superior por causa disso, porque eu não gosto de ficar só na parte administrativa. Eu gosto de trabalhar na assistência, então, por isso, eu gosto do que eu faço, dos cuidados* [...].” (DU21)

Muitas vezes, segundo a autora (MELO, 1986, p. 75), essa divisão do trabalho distancia a enfermeira do principal papel para o qual foi preparada, o cuidado direto ao paciente: “[...] *eu sinto falta hoje, enquanto enfermeira, de um resgate, de estar voltada mais para o paciente, de cuidar mesmo, de planejar um cuidado mais específico, de estar assumindo determinadas posturas, e não só estar delegando para os técnicos* [...].” (DT03)

Fica explícita nesses fragmentos a dicotomia que se perpetua nas relações de trabalho da categoria, competindo ao enfermeiro, que recebe geralmente a conotação de *chefe*, a parcela mais intelectual, e aos técnicos de enfermagem o trabalho manual. Interessante observar que

essa relação de dominação assume formas diferentes no âmbito dos serviços público e privado.

[...] por mais que haja conflitos, o relacionamento interpessoal é bom. **As chefias**, as lideranças estão **sempre postas a te ouvir** para estar conversando. **Sempre há uma negociação**, diferente de um **órgão privado**, que é aquilo ali, não tem mudança, é **muito taxativo, você é muito punido**. Então eu acho muito gratificante trabalhar num órgão público. (DU19)

Segundo Melo (1986, p. 79), o enfermeiro assume um papel de gerenciador dos interesses da instituição ou do patrão para quem trabalha. Tal postura, associada à diferenciação salarial e à divisão das tarefas, explica as disputas e enfrentamentos que ocorrem no âmbito da categoria, que muitas vezes são vistos como problemas de ordem pessoal, e não como um conflito entre classes sociais diferentes, que defendem interesses distintos, o que, nesse caso, se retrata pela divisão social do trabalho, permeada pelas determinações econômicas, políticas e ideológicas que a caracterizam no modo de produção capitalista.

7.5 A FLEXIBILIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO HUCAM: SEUS SIGNIFICADOS E REPERCUSSÕES.

Anteriormente à Constituição de 1988, as contratações nas instituições públicas ocorriam sem critério definido de seleção, muitas vezes como troca de favores políticos, nepotismo ou apadrinhamento. A Carta Magna de 88, quando estabeleceu a obrigatoriedade do concurso público, buscou moralizar esse processo, mas de certa forma enrijeceu a admissão no serviço público.

No entanto, a Reforma do Estado de 1990, buscando o equilíbrio dos gastos públicos, negligenciou a gestão dos recursos humanos e consolidou, a partir da Emenda Constitucional n.º19/98, entre outras medidas, a substituição do RJU por formas *flexibilizadas de contratação* alcançáveis pelos regimes trabalhistas vigentes, provocando o agravamento das deficiências já existentes ou possibilitando a proliferação de formas alternativas de vínculos contratuais (PIERANTONI, 2001, p. 345; ARAÚJO et al., 2006). Apesar de já ser praticada desde o Decreto-Lei n.º 200/67, a flexibilização das relações de trabalho no serviço público no Brasil teve como marco fundamental a Reforma do Estado de 1990.

No HUCAM, identificou-se, pela fonte primária escrita a que tivemos acesso, que no ano de 2001 foi realizado convênio entre o Hospital e a Associação Beneficente Pró-Matre⁷², mas os depoimentos mostraram que, anteriormente a essa data, esse recurso já era praticado na Instituição para a contratação de trabalhadores.

Eu fiquei aqui pela **Fundação Ceciliano Abel de Almeida**⁷³, depois eu saí. [...] teve o concurso e eu vim para cá. Estou no HUCAM **desde 1992, porque eu fiquei pelo convênio**. Depois, pelo concurso, eu entrei em 1994. (DU04)

Eu trabalhei **oito meses pelo contrato da Pró-Matre, sem carteira assinada**. Aí, como não assinou a carteira, eu fui para a Santa Casa. Depois veio o concurso no mesmo ano que eu saí; fiz o concurso, passei e voltei. **Contando do concurso, estou no HUCAM há dezoito anos**⁷⁴. (DU08)

Esses depoimentos ratificam o que nos diz Koster (2008, p. 18) sobre a flexibilização que assumiu a forma das terceirizações e se acentuou no setor da saúde, possibilitando um aumento da força de trabalho, mas trazendo consequências, como a precarização do trabalho e a descontinuidade dos processos. Essa medida foi amplamente adotada pelos gestores dos serviços de saúde como alternativa, pois, de um lado, o setor tinha que dar uma resposta à sociedade em função da ampliação do acesso provocada pela implantação do SUS; por outro lado, via-se impedido de contratar diante das dificuldades impostas pela rigidez burocrática do RJU e pela Lei de Responsabilidade Fiscal. A descontinuidade citada por Koster fica bem evidente no fragmento abaixo.

[...] do meu contrato entraram quinze pessoas comigo, **das quinze pessoas que estavam comigo ficaram duas, as outras todas mudaram**. Então isso é uma coisa que é ruim para o Hospital, é ruim para o paciente, é ruim para todo processo de trabalho do hospital. Você **não consegue organizar os programas**, organizar os **projetos** aqui dentro da Instituição. É **ruim para o processo de formação dos alunos** [...]. (DT06)

Corroborando o que diz Koster, apresentamos informações que apreendemos nos documentos utilizados como fonte primária. No ano de 2011, o Diretor Superintendente do HUCAM assim justificou a necessidade de prorrogação do contrato com a Empresa Express, que nesse período mantinha aproximadamente 25% da força de trabalho da Instituição, ao relatar que a retirada repentina desse pessoal representaria: “[...] uma desordem na prestação da assistência

⁷² Somente tivemos acesso a uma parte dos documentos do convênio realizado entre a Pró-Matre e o HUCAM, pois o restante não foi localizado no período da coleta de dados para este estudo.

⁷³ Fundada em 27 de outubro de 1977, é uma instituição de pesquisa, ensino, extensão e desenvolvimento institucional científico e tecnológico que tem como objetivo apoiar e incentivar as atividades da UFES (Site da FCAA. Disponível em: <<http://www.fcaa.org.br/portal/>>. Acesso em: 5 jul. 2013).

⁷⁴ Considerando o tempo total de serviço na Instituição, citado pela depoente como dezoito anos, fica implícito que o período em que trabalhou pelo contrato, inclusive de forma precarizada, ocorreu anteriormente ao ano de 1995, confirmando a terceirização já nesse período.

e da formação em saúde, uma vez que estão aí incluídos profissionais que desenvolvem atividades fins da área da saúde”, além de funcionários da área meio indispensáveis ao suporte da assistência e ao funcionamento do hospital. E esclareceu ainda que não fora atendida a solicitação para realização de concurso público pelo MEC (ESPÍRITO SANTO, 2008, p. 11.129-11.132). Esse fragmento exemplifica a situação da Instituição: “[...] **35 % UFES e o restante é contrato: Excellence e SESA, o maior vínculo hoje é de terceirizados na clínica cirúrgica.**” (DU24)

Nas palavras de Romagnole (apud CARVALHO, 2000, p. 2, grifo nosso), a flexibilidade pode ser considerada como uma *droga* para muitos empresários que se *acostumam com ela rapidamente* e *querem doses cada vez maiores*. Assim aconteceu nos HUs, em geral, e no HUCAM, em particular, que, pressionados pela falta de concursos públicos, adotaram a política da terceirização da força de trabalho: “[...] *eu já estou na quinta empresa: eu passei pela Pró-Matre, pela SAHUCAM, pela FAHUCAM, pela Express e agora estou na Excellence. Estou aqui há um bom tempo por conta desses vários contratos [...].* DT20

Apesar de não terem sido foco deste estudo os aspectos legais que envolvem o processo de flexibilização das relações de trabalho no serviço público, chama a atenção nos depoimentos a perpetuação dos contratos, uma vez que, segundo Cegala, Oliveira e Faria (2012), a atividade temporária⁷⁵ deve ser entendida como aquela que não está relacionada com as atividades essenciais do Estado e não necessita de uma continuidade, ou seja, realizada a atividade, exaure-se o objeto da contratação.

Trabalho no HUCAM há **quinze anos**. Hoje eu estou **terceirizada** pela **Excellence**. Fiquei **três anos** pela **Express**. Vou fazer um ano pela Excellence e **doze anos** pela **SESA**, [...] mas pela SESA **também como terceirizada**, doze anos de contratada. (DT03)

Entretanto, observam-se trabalhadores atuando há mais de quinze anos sob a fragilidade dos contratos temporários, inclusive terceirizados pela SESA que, objetivando abertura ou manutenção de setores/serviços, realiza parceria com o HUCAM intermediando a terceirização da força de trabalho. Observemos o depoimento abaixo:

⁷⁵ A Lei n.º 8.745/93, que dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público (BRASIL, 1993a), e o Decreto-Lei n.º 2.271/97, que dispõe sobre a contratação de serviços pela Administração Pública, descrevem tais atividades (BRASIL, 1997).

[...] a gente faz **parcerias com o Estado**, [...] essas parcerias repercutem muito na questão do recurso humano. Então ele **tem interesse no serviço**, que é um problema nosso de recursos humanos, por todas essas questões federais de concurso e tudo. Então ele vem com a proposta de parceria, **a gente vem com toda a estrutura do serviço e ele vem com o recurso humano** [...]. (DU04)

Embora a flexibilização e a terceirização não impliquem necessariamente precarização dos processos e relações de trabalho, segundo Lima (2010, p. 18), gradativamente elas se tornam sinônimos e remetem aos significados da instabilidade e da insegurança, conforme pode ser constatado no relato de um depoente:

[...] eu saí de um contrato, na época da SAHUCAM, já deve ter uns seis anos, e eu **saí com dois meses trabalhados sem salário**, sem meu direito trabalhista. **Não consegui entrar com seguro desemprego porque não tinha documentação**, mas a Direção, ela foi muito correta e contratou todos novamente por outra empresa que foi a FAHUCAM. Eu não tive problemas com a FAHUCAM. Depois nós entramos pela Express. Eu tive problema ao sair da Express também com algumas cláusulas que **não foram pagas dos nossos direitos trabalhistas**, não foram cumpridas, e nós tivemos que entrar de novo com **recurso no Ministério Público**. Agora nós estamos na Excellence, nessa nova empresa que muda muita coisa no edital e que a gente **teve perdas salariais** também... Complicado. Não, da Sahucom **ainda não recuperamos, está na justiça, parado**, e da Express nós entramos agora, tem pouco tempo, e a gente não sabe realmente como que vai ficar [...]. (DT20)

É notória a precarização das relações de trabalho imputadas ao trabalhador em diversos aspectos, tais como a falta de pagamento do salário, o não cumprimento de cláusulas contratuais, irregularidades na documentação, obrigando o trabalhador a recorrer à justiça para ressarcimento dos prejuízos. Muitas questões estão envolvidas quando se fala em precarização do trabalho, portanto, muitas também são as definições, mas todas se resumem na falta de proteção social dos trabalhadores.

Muita rotatividade, muita, porque era um convênio, convênio mesmo: **sem carteira assinada, sem direito a férias, sem direito a décimo terceiro, sem direito a nenhum tipo de licença**, assim, prêmio, capacitação, afastamento, **nenhuma que a UFES tem**, e até os **atestados médicos eram questionados** [...]. DU04

Essas palavras corroboram a definição do Ministério da Saúde, que considera trabalho precário aquele que se exerce na ausência dos direitos trabalhistas e de proteção social, ou seja, que não garante os benefícios que dão segurança e qualidade de vida ao trabalhador, como aposentadoria, férias, 13.º salário, licenças remuneradas (BRASIL, 2004, p. 22). Além disso, faz alusão à desigualdade de direitos entre estatutários e terceirizados, ponto de conflito na flexibilização das relações de trabalho.

[...] **muitos vínculos**; os funcionários são insatisfeitos; muita **discriminação**, não de minha parte, eles mesmo se discriminam pela diferença de salário, de carga horária... a pessoa trabalha no **mesmo serviço com carga horária maior e salário menor**. Então eu acho que isso não é satisfatório [...]. (DU11)

Em outros depoimentos, foi ressaltada a questão das férias, demonstrando o prejuízo aos direitos do trabalhador e a sobrecarga acarretada pela falta do período de descanso entre os contratos, mesmo que ressarcido financeiramente.

[...] já tem **três anos que eu não tenho férias** com essa mudança de contrato, três anos sem férias **é meio cansativo**, né? [...] Pelo término de contrato, você recebe as férias, e já entra o outro; então, **nem se eu quisesse não receber para tirar férias não tem como** [...]. (DT15)

[...] eu já fiquei **sete anos** pela SESA, **sem férias**. **A gente não tinha direito a férias**, porque terminava um contrato, emendava o outro, **terminava um contrato, emendava o outro**. Até que ponto isso é bom? [...]. (DT03)

Considerando o que delibera a Lei n.º 8.745, de 09 de dezembro de 1993, sobre os contratos temporários, definindo as situações em que são passíveis; a sua duração, com limites variando entre seis meses e seis anos, e o intervalo mínimo de dois anos que deve ser respeitado entre as renovações (BRASIL, 1993a), as situações relatadas caracterizam uma irregularidade, mesmo com as ressalvas descritas em outro depoimento:

[...] no **final do contrato, paga todos os seus direitos** para depois não acumular nada: férias, décimo terceiro e essas coisas. Só que agora, na SESA, estava tendo uma lei assim: de não ficar acumulando todos os anos: **Você ficava um ano, renovava mais um**; se você tivesse feito processo seletivo, você **ficava fora um ano** [...]. (DT27)

Concordamos então com as palavras de Cegala, Oliveira e Faria (2012, [s.p.]) quando dizem: “Se a necessidade é permanente, o Estado deverá processar o recrutamento pelos demais regimes”, ou seja, realizar concurso público.

O Ministério da Saúde explica ainda que mesmo relações de trabalho regulares, com o devido respaldo legal, podem ser classificadas como precárias na medida em que não oferecem a plenitude dos direitos e benefícios de proteção ao trabalhador, como é o caso do contrato temporário por regime celetista no Sistema de Saúde que, por ter duração delimitada, não oferece garantia ao trabalhador e pode prejudicar a continuidade das atividades de saúde ao ser interrompido (BRASIL, 2004, p. 23-24).

[...] aqui a gente tem um **problema de contratos que acabam** e às vezes fica um hiato, [...] **não tem uma continuidade**. Várias vezes eu já fiz isso na clínica médica: ter que sentar com o chefe médico, **reduzir o número de leitos** e redimensionar **de acordo com o pessoal** que eu tenho [...]. Às vezes você **começa um trabalho** aqui e você **não consegue levar à frente** porque você tem esses entraves. (DT26)

A flexibilização das relações de trabalho se reproduz em outra forma atípica de trabalho, relatada pelo funcionário que permaneceu no HUCAM, no intervalo entre o término e o início dos contratos de terceirização, sem nenhum vínculo trabalhista.

[...] é o **terceiro vínculo** que passo aqui, eu fiquei até trabalhando aqui, na época eu nem conhecia e vim a conhecer aqui, como RPA. Até isso eu fiz, **fiquei seis meses por RPA**, entre um vínculo e outro: entre a Sanatorinhos⁷⁶ e a Express. Entrou a Sanatorinhos, ela ficou um ano e de repente saiu. Nós ficamos sem vínculo até achar outro, que foi esse da Express, e nesse processo todo demorou **seis meses para a gente entrar na Express como funcionária**, assinar a carteira e tudo. Nesse tempo, **ficamos como RPA**. Antes da Sanatorinhos, fiquei três meses também como RPA. No total foram nove meses só de RPA, **não era carteira assinada, não tinha o vale transporte**, eles davam a alimentação para a gente e o pagamento, só. [...] **se você se acidentasse você não estava coberta...** Isso tudo você trabalha angustiada, né? (DT23)

O RPA⁷⁷ é um documento comprobatório gerado no ato do pagamento pelo contratante ao prestador de serviços, que deve ser um profissional autônomo. Pode-se inferir que essa medida era utilizada para manter o pagamento do trabalhador durante os períodos em que se realizava licitação para novo contrato de terceirização de mão de obra, possibilitando a manutenção do serviço, mas sem nenhuma proteção ao trabalhador.

Concluindo a análise, o Ministério da Saúde ressalta que precariedade do trabalho também está atrelada a uma irregularidade jurídica, o que, no componente público do SUS, conflita com o princípio da legalidade do Estado, que determina ao Estado fazer somente aquilo que está prescrito em lei, sendo nulo todo ato de poder ou de relacionamento com terceiros estabelecido sem provisão legal (BRASIL, 2004, p. 24).

Vale também destacar as ressalvas feitas por Di Pietro (2008, p. 217-219) ao comentar que tais contratos se apresentam como “prestação de serviços técnicos especializados” para garantir uma aparente legalidade, mas na verdade têm como real objeto o fornecimento de mão de obra. Quanto à contratação temporária, reafirma sua incompatibilidade com o

⁷⁶ Empresa contratada pela SESA como intermediária para terceirização de mão de obra em convênio realizado entre a SESA e a UFES com objetivo de manter os leitos da maternidade de alto risco, a UTIN e a nefrologia, totalizando 07 enfermeiros e 44 técnicos de enfermagem (CALMON, 2010, p. 7).

⁷⁷ O que é RPA – Recibo de Pagamento Autônomo? Disponível em: <<http://www.neointerativa.com.br/rpa/tutorial/index.html>>. Acesso em: 5 set. 2013.

preenchimento do quadro de funções permanentes⁷⁸ da Instituição. Todo esse processo mascara a relação de emprego própria da Administração Pública e burla a exigência constitucional de concurso público.

Então perguntamos: Se os depoimentos apresentados confirmam exatamente aquilo que o Ministério da Saúde condena e se o Ministério da Saúde é parceiro na gestão dos HUFs, por que convivemos com essa situação até hoje? Talvez possamos usar como justificativa ou explicação uma frase bastante utilizada pelos estudantes: *A teoria é bem diferente da prática*. O fragmento abaixo explicita esse sentimento.

[...] por que o **Governo não investe na Saúde Pública**? Ele faz concurso para vários cargos aí, por exemplo: a Polícia Federal está sempre tendo concurso; **outros órgãos estão tendo concurso** sempre para preencher as vagas e aqui **nos hospitais públicos, não. Aposenta, aquele cargo fica vago e tem que botar pessoal terceirizado**. Então o Governo... geralmente ele deixa a desejar na Saúde Pública. (DU12)

A partir de então, buscamos compreender que significados fomentam a permanência desses trabalhadores na Instituição, apesar da situação instável e precária em que vivem. Os depoimentos apontam pessoas que estão no HUCAM, por exemplo, há nove, onze, doze, quinze, dezessete anos motivadas por diferentes justificativas.

[...] o que acaba prendendo, no meu caso, a gente aqui é **simplesmente o fato de você gostar de ficar aqui**, de ter amor a isso aqui. Às vezes **nem é o fato salário, o fato dinheiro** [...] às vezes a gente vai, a gente volta [...], mas o que acontece: **a gente fica por amor, por gostar da Instituição** [...]. (DT06)

Esse fragmento confirma o que foi demonstrado no tópico sobre a inserção dos profissionais no HUCAM, constatando o envolvimento dos trabalhadores com a Instituição mesmo com todas as adversidades.

Outra situação que se apresenta diz respeito ao mercado de trabalho.

[...] a gente se submete a algumas coisas **primeiro por necessidade, financeira** principalmente, e outra porque é **dificuldade até do próprio mercado de trabalho**. Mas, a partir do momento que eu **aceito** esse tipo de emprego, esse tipo salarial, esse tipo de carga horária de trabalho eu **não tenho muito que reclamar** [...]. (DT02)

⁷⁸ Conforme o Decreto n.º 2.271/97, Art. 1.º, § 2.º, “[...] não poderão ser objeto de execução indireta atividades inerentes às categorias funcionais abrangidas pelo plano de cargos do órgão ou entidade, salvo expressa disposição legal em contrário ou quando se tratar de cargo extinto, total ou parcialmente, no âmbito do quadro geral de pessoal” (BRASIL, 1997).

O relato desse trabalhador é explicado por Martins e Rodrigues (1999, p.157) quando alegam que a flexibilização do trabalho vem acompanhada pela insegurança ante o temor da perda do emprego e as dificuldades de inserção no mercado, fazendo com que ele aceite a flexibilização dos direitos trabalhistas e as condições de trabalho, mesmo que precarizadas.

Em contraposição a essas adversidades, uma abordagem frequente dos depoentes diz respeito à liberdade, ao respeito e à autonomia que os profissionais desfrutam no âmbito do trabalho do HUCAM.

[...] a gente tem muita **proximidade com a chefia** de trabalho. Então eu tenho acesso fácil à diretora, eu tenho acesso fácil à chefe de Divisão de Enfermagem, e a gente é ouvida, **eu sempre sou ouvida** [...]. (DT26)

[...] quem não gosta de trabalhar aqui é porque não gosta de serviço mesmo. Eu sempre falo isso porque **aqui é muito bom**, apesar de que tem muitos que não dão valor nessa parte, mas é muito bom. [...] eu gosto de trabalhar aqui em questão de se **sentir a vontade para trabalhar**, de você poder trabalhar à vontade [...]. (DT18)

O ponto positivo, no meu ver, é a **autonomia junto à nossa assistência**; o **reconhecimento** dos outros profissionais [...] eles valorizam muito o profissional da enfermagem [...]. (DT20)

Esse mesmo sentimento é relatado por trabalhadores do quadro permanente:

[...] com todas as dificuldades que a gente tem, a gente ainda tem a **liberdade de trabalhar**. [...] a liberdade **não está pela insubordinação e nem pela desorganização**, mas do fato de você entender o que você quer para sua vida profissional, você estudar, você se preparar e você **conseguir realizar**, você **ter a autonomia que a sua profissão pode te dar** [...]. (DU04)

Esses depoimentos nos remetem a uma reflexão sobre o trabalho como atividade que permite ao ser humano desenvolver suas potencialidades e ação criativa. Segundo Morin, Tonelli e Pliopas (2007, p. 48), quando o trabalhador tem possibilidade de usar com autonomia seu talento e potencial para a realização das tarefas, o trabalho lhe proporciona prazer e satisfação. Ao que parece, esse é um fator motivante no ambiente do HUCAM: “[...] *aqui a gente tem **liberdade para trabalhar**, a gente tem um certo **respeito**; você pode chegar e conversar, discutir; não existe essa barreira com os outros profissionais* [...]”. (DU17)

Essa disponibilidade que os trabalhadores de enfermagem manifestam é fundamental, uma vez que a eles cabe boa parte da execução das tarefas nas enfermarias, espaço onde o processo de trabalho característico do hospital mais se evidencia (OSÓRIO et al., 2011, p. 86). No entanto, as divergências impostas pelos múltiplos vínculos que integram as equipes de

enfermagem do HUCAM interferem nesse cotidiano de trabalho e configuram repercussões tanto para a organização dos serviços como para a assistência prestada. Este depoimento traduz em parte o cenário da flexibilização que se propaga na Instituição:

[...] eram **cinco vínculos empregatícios**: nós tínhamos UFES, Ministério, SESA concurso, SESA convênio, tínhamos a Prefeitura e a SAHUCAM. Você imagina assim, num lugar só, **cargas horárias** diferentes, **salários** diferentes, **atitudes** diferentes (*tom enfático*), **cobranças** diferentes e **produtos diferentes**... porque você não tem como dizer que **tudo vai ser diferente e a enfermagem vai ser a mesma**, “porque a essência do trabalho da enfermagem é o cuidar, e todo mundo é da enfermagem”. Isso não existe. **E como você gerencia isso?** (DU04)

A realidade demonstra, além das questões legais, que a situação de trabalhadores da mesma categoria, compartilhando o mesmo ambiente de trabalho, mas com diferenças na remuneração, na carga horária e nos direitos trabalhistas acarreta conflitos de ordens diversas (PIERANTONI, 2001, p. 356; SODRÉ et al., 2013, p. 368). Nesse sentido, a flexibilização das relações de trabalho se apresenta, segundo Lima (2010, p. 23), como um fator de enfraquecimento e clivagem dos trabalhadores, que muitas vezes não se sentem parte do mesmo coletivo: “[...] *you see a lot of this... a difference between effective and contracted; always there is this thing, like, many times the contracted is not seen as well as the effective [...].*” (DT13).

Além desse estranhamento, Lima (2010, p. 23) destaca ainda que esses trabalhadores atuam em diferentes sindicatos, fragmentando a categoria e dificultando sua organização, o que favorece os interesses da sociedade capitalista por diminuir a capacidade de luta dos trabalhadores, como se infere de um depoimento sobre as greves que ocorrem no HUCAM:

[...] a **greve** causou impacto porque quem está aqui do **terceirizado trabalha**, quem é o **concursado não trabalha**. [...] **não unifica**, porque, assim, essa última greve que teve, a **UFES fez a greve**. Então quando o sindicato coloca os trinta por cento, só exemplificando, é trinta por cento da UFES. Para mim eles consideram trinta por cento do contingente total e não é justo, porque aí, se fosse levar em consideração o que a gente tinha, daria **direito ao terceirizado** entrar no processo de **greve** [...]. (DT03)

Quando focalizamos a repercussão da flexibilização na assistência de saúde aos usuários, os depoentes expressaram diferentes significados: “[...] **não prejudica a assistência porque a gente não deixa de atender o paciente**. Isso aí não, a gente está atendendo do jeito que tem que ser.” (DT14) Mas nas trocas de contrato os trabalhadores recém-admitidos precisam ser acompanhados, então “[...] **sobrecarrega quem já está, porque, ao mesmo tempo que você**

tem que tomar conta daquela criança, você tem que ficar ajudando a quem tem menos experiência [...].”(DT27) Além disso, toda situação que a flexibilização proporciona aos trabalhadores não passa despercebida: “[...] *tem momentos, sim, que eles ficam mais desmotivados por questão de salário e essas questões todas, mas... aí não depende muito da gente, infelizmente... a gente tenta fazer o que pode, agora... não tem como.” (DU02)*

Esse trecho pode ser analisado em confronto com o que nos dizem Elias e Navarro (2006) sobre o trabalho da enfermagem, que é preservado pelas suas características históricas de cuidado ao outro. Assim, ao mesmo tempo em que se evidencia a idealização do trabalho, também surge a frustração pela desvalorização do trabalhador submetido a situações precarizadas.

Em outro depoimento, fica bem perceptível a descontinuidade causada pela rotatividade dos profissionais, o que compromete, inclusive, o processo de formação do hospital universitário.

Então, quando a gente **começa a organizar o Hospital**, que é um **hospital escola**, que a gente precisa ter um conhecimento melhor, que a gente precisa estar ajudando também os outros profissionais que estão aqui dentro deste hospital fazendo outras especializações, esse **profissional é desligado da Instituição**, então a gente acaba tendo sempre um **buraco dentro da assistência** e a gente precisa estar **refazendo essa estrutura de novo**. E quando a gente pensa que está tudo tranquilo, **novamente a gente perde esse profissional [...]. (DT20)**

As relações interpessoais também são afetadas pelo convívio entre profissionais de diferentes regimes de trabalho que determinam regras distintas para os trabalhadores, trazendo, inclusive, desgaste para a gerência dos serviços.

[...] nas **relações interpessoais**, interferia em relação às **diferenças de salário**, de regalias... eu acho que não seria a palavra, mas **de benefícios, direitos e deveres**, e o que você podia fazer com um, de repente não podia fazer com o outro. Isso **dificultava** não só para **coordenação**, mas **entre os próprios profissionais**. Isso trazia um constrangimento muitas vezes para a equipe. As **relações ficavam bem difíceis** de ser levadas mesmo. (DT01)

Em estudo realizado por Costa e Tambellini (2009, p. 6) com trabalhadores de enfermagem sob vínculos precários, numa unidade pública de saúde, foi identificado que a convivência entre estatutários e trabalhadores terceirizados, no mesmo local, agudizava a sensação de inferioridade em relação à equipe de trabalho: “[...] *os funcionários que são contratados, muitos deles por não ser da UFES, acham que são menosprezados [...].”(DU05)*

Quanto à organização do trabalho, a questão das diferentes cargas horárias fica muito evidente nos depoimentos, como se pode observar: “[...] *a questão das **diferenças dos vínculos**, você precisa **organizar uma escala** onde você tem um quantitativo ideal, porque a **carga horária, por ser diferente**, você muitas vezes tem que compensar com outras pessoas. Então é um **dificultador** [...].” (DT01)*

Considerando que a enfermagem, em sua grande maioria, trabalha em regime de plantão, a diferença de carga horária configura-se como uma dificuldade para manter um equilíbrio na escala de serviço. Porém o maior agravante está na relação entre carga horária e salário, uma vez que a correlação é inversamente proporcional: quanto maior a carga horária, menor é o salário.

[...] **UFES** tem uma carga horária de **trinta horas** com um **salário acima do mercado**; tem uma carga horária da **SESA** de **quarenta horas** e da **Excellence**, de **44 horas**. Então a **SESA ganha mais**, a **Excellence ganha menos** e além da carga horária da Excellence ser maior, ele não tem uma folga durante o mês. A SESA tem uma folga. A UFES só são dez plantões, é **uma diferença muito grande e é difícil você lidar com isso**. As pessoas começam a se desgastar, a ficar insatisfeitas [...]. (DU07)

Nos depoimentos os trabalhadores da UFES reconhecem que o salário está acima do que é pago no mercado, mas também manifestam que poderia ser melhor, considerando o trabalho da categoria: “*Em **comparação com o mercado**, está bem **melhor** [...] **não é a realidade que a enfermagem merece**, mas aqui na universidade é um dos hospitais que melhor paga.*” (DU12) Além disso, há o plano de cargos e salários, que significa um importante fator de valorização e estímulo para o desenvolvimento profissional.

Hoje, com esse **plano de cargos e salários** que a gente tem, houve uma **melhora muito grande**, porque eu conheço pessoas que desistiram do concurso por causa do salário que a gente tinha anteriormente, que era muito defasado. Hoje você consegue **fazer** o seu **salário** com suas **qualificações** [...]. DU24

Configura-se assim uma discrepância ainda maior com os trabalhadores terceirizados que estão na Instituição há mais de quinze anos, sem nenhuma perspectiva de progressão. Percebe-se, inclusive, uma verdadeira desordem quando se compara carga horária X salário considerando os três regimes. Apesar de terem consciência dos valores ao efetivarem o contrato de trabalho, esse se torna um fator de desmotivação e indignação para os profissionais que exercem funções semelhantes, assumem cargos de coordenação de setor, participam de comissões e de todas as atribuições da Instituição, mas têm salários sempre muito diferentes. Vejamos o que acontece:

Nós recebemos aqui **R\$ 1.007,00** e geralmente aí fora eles pagam R\$1.200,00, e até a insalubridade foi difícil para a gente receber aqui [...]. **(DT23)** (técnico de enfermagem da Excellence)

O salário da **SESA** aumentou muito. O auxiliar é que leva um pouco mais de prejuízo. O nosso salário do **técnico de enfermagem**, antes, era R\$ 1.200,00, agora, ele **foi para R\$ 1.900,00**. Talvez vá para até **R\$ 2.000,00** e alguma coisa por causa da insalubridade [...]. **(DT27)**

[...] aqui no Hospital das Clínicas, fazendo essa carga horária que eu já falei, eu recebo **R\$ 1.700,00**. Então o **fator salarial** é um fator **desmotivante**. **(DT25)** (Enfermeiro Excellence – 40 horas semanais)

[...] se você levar em consideração o **salário da terceirizada** que eu estou hoje **em relação** ao salário de quem está na **SESA**, tem uma **diferença** muito grande. Hoje a gente tem um salário base em torno de **R\$ 2.100,00**, e a gente recebe R\$ 1.800,00 [...] o **enfermeiro da SESA**, hoje, se eu não me engano, teve um aumento. Agora ele deve estar ganhando na faixa de **R\$3.800,00**. [...] **(DT03)**

Os valores apresentados falam por si só e demonstram o que foi comentado acima. Os trabalhadores terceirizados pela empresa Excellence têm contrato formal por regime celetista, mas os salários são inferiores e não há garantia de continuidade, uma vez que os contratos são realizados mediante licitação e, se a empresa não for a vencedora, todos os trabalhadores são dispensados: “*Se cada vez que há uma **renovação de contrato** há uma **renovação de pessoal**, você nunca sabe se vai estar ali ou não vai. É uma **insegurança...** a pessoa não tem muito, assim, condição de planejar [...].*” **(DT13)**

Os salários praticados pela SESA são maiores, porém, como já foi citado, são contratos temporários e o trabalhador não tem Fundo de Garantia e nem direito de gozar as férias: “[...] *eu tenho **15 anos de contribuição com o INSS**, que vem sempre descontado em folha, **não tem Fundo de Garantia.***” **(DT26)**. Configura-se aqui a precarização, principalmente pela manutenção de uma condição *temporária*, que não caracteriza nenhum tipo de vínculo com a Instituição. Mesmo com essas ressalvas, o trabalhador prefere manter a situação:

[...] o meu salário melhorou, por isso que **eu queria que renovasse** mais um tempinho, embora que está difícil para mim trabalhar em dois. [...] Tenho outro serviço no **privado**. Lá está bem ruim, **aqui eu ganho quase duas vezes o que eu ganho lá.** **(DT14)**

[...]hospital **particular...** o **salário** é completamente **diferente**. Aí você já está **acostumada com aquele salário do Estado** e você fala: “Ai, meu Deus, trabalhar no particular de novo!”. Na época, eu **fiquei esperando a SESA me chamar** [...]. **(DT27)**

Segundo Lima (2010, p. 22), essa atitude dos trabalhadores que são atraídos por pagamento acima do que receberiam em contratos regulares, embora resulte em perdas pela ausência de

salário indireto e benefícios, pode ser justificada pelo fato de que nem sempre condições como a falta de estabilidade e o acesso a ganhos regulares são vistas como precarização pelos trabalhadores terceirizados, que preferem submeter-se a situações de trabalho intensivo, com ausência de qualquer garantia contratual, em troca de maiores ganhos.

Quanto aos trabalhadores estatutários, de acordo com a Tabela de estrutura e de vencimento básico do plano de carreira dos cargos técnico-administrativos em educação⁷⁹ (ANEXO C), o salário inicial do auxiliar de enfermagem (cargo C) é de R\$1.547,23 e pode chegar a R\$1.846,52; para os técnicos (cargo D), paralelamente temos: R\$1.912,99 a R\$3.029,64, e, finalmente, para a categoria de enfermeiros (cargo E), a tabela é de R\$3.138,70, podendo alcançar R\$5.932,34. Acrescentam-se ao salário gratificações e benefícios conquistados pelos trabalhadores ao longo de uma jornada de lutas e negociações. A progressão na tabela de remuneração se dá pela capacitação e pelo mérito profissional, conforme estabelecido no Manual do Servidor⁸⁰ (UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO, acesso em 10 set. 2013).

Com essas considerações não se têm o intuito de julgar os valores em si, mas de refletir sobre a flexibilização das relações de trabalho como fenômeno que se configura no âmbito da Instituição, fomentando impasses entre os próprios trabalhadores ante as diferentes remunerações, benefícios e carga horária (SODRÉ et al., 2013, p. 367), e se apresenta de forma resumida neste fragmento: “[...] *é o mesmo serviço, porém você recebe bem menos em relação ao servidor da UFES.*” (DT18)

Mas a flexibilização das relações de trabalho não traz prejuízos somente para os trabalhadores. Apesar de compensar parcialmente o *deficit* no quadro de pessoal dos HUFs, as terceirizações constituem um fator de desequilíbrio financeiro para essas instituições, que assumem os encargos dessa mão de obra, citado por este depoente como um ponto negativo: “[...] *eu acho também assim... do custo, o custo financeiro para a Instituição com esse pessoal que está aqui... essa parte financeira também.*” (DU24)

⁷⁹ Informação obtida no Portal UFES – Pró-Reitoria de Gestão de Pessoas e Assistência Estudantil. Disponível em: <<http://www.progepaes.ufes.br/sites/default/files/Remuneracao%20-%20tecnico%20administrativos-UFES.pdf>>. Acesso em 8 set. 2013.

⁸⁰ Informação obtida no Portal da UFES: Manual do Servidor. Disponível em: <<http://www.progepaes.ufes.br/manual-servidor>>. Acesso em: 10 set. 2013.

A principal fonte para a manutenção dos HUFs são recursos provenientes do MEC e do MS. De acordo com Littike (2012, p. 26 e 28), o MEC paga os salários dos servidores estatutários ativos e inativos. Os recursos de capital são destinados à compra de bens permanentes, e os de custeio, às despesas de insumos, como medicamentos, luvas, seringas, porém parte dessa verba de custeio é desviada para o pagamento da folha de pessoal das empresas terceirizadas. No HUCAM, ainda segundo essa autora, cerca de um terço desses recursos está comprometido com o pagamento das empresas terceirizadas, que fornecem 30,23% do total de sua força de trabalho.

Tal fato se concretiza na visualização dos custos desses contratos: com a Express Serviços de Locação de Mão de Obra Ltda., o gasto anual foi estimado em R\$ 5.599.840,00, para a terceirização de 278 trabalhadores de diversas categorias (ESPÍRITO SANTO, 2008, p. 332 e 1.087); com a Empresa Instituto Excellence, foi de R\$ 23.330.150,00, para a terceirização de 444 trabalhadores (ESPÍRITO SANTO, 2012, p. 2).

Na medida em que parte dos recursos é utilizada para a folha de pagamento, os serviços se mantêm em funcionamento, mas o suprimento dos materiais de consumo para a realização das atividades assistenciais fica comprometido. É importante considerar também que, por ser uma instituição de ensino utilizada como campo de prática para os estudantes de enfermagem, medicina, fisioterapia e outros cursos da área da saúde, o consumo de material é maior e menos passível de controle. Essa situação é comprovada no cotidiano dos processos de trabalho e transparece nos depoimentos:

[...] nós **vivemos em constantes faltas**, desde o **equipo** para correr uma medicação a um **curativo diferente**, que você nunca tem, nunca pode, mesmo você mostrando a importância [...]. (DT25)

[...] são esses contratemplos da **falta de equipamentos mais novos**, mais avançados... **materiais que a gente não tem a tempo e a hora**, que nós precisamos para prestar uma **assistência de qualidade**. (DT20)

Surgem também, nos depoimentos, como dificultadoras do trabalho, outras situações relacionadas com a diminuição de investimento na Instituição, como a falta de manutenção dos equipamentos e a estrutura física: “[...] a **estrutura física**, de um modo geral, também a gente tem muita **dificuldade**; não se tem uma frequência de **manutenção de equipamentos** [...]”. (DU19)

O Planejamento Estratégico do HUCAM 2010-2020 ratifica esses depoimentos, pois considera como ameaças para a Instituição a não ampliação do teto financeiro, a falta de controle sobre as terceirizações, a precarização dos serviços e a ingerência dos vínculos externos. Além disso, destaca como pontos fracos internos a inadequação da estrutura física e do aparato tecnológico e o *deficit* de pessoal para atender as demandas (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES, 2010, p. 6-7). Ao longo do tempo, os trabalhadores sentem-se desestimulados diante de tais problemas, que também provocam uma desordem na organização do trabalho, como se vê neste fragmento:

[...] eu gosto de vir para cá, vou falar, **já gostei mais**, vou ser bem sincera, já gostei mais. Eu acho que, por conta de questões administrativas, a gente vê muito no impasse de **falta de material, falta de funcionário**. Essa **insegurança** muda de empresa: vem uma, vem outra empresa, e você não sabe como vai ficar, e é um **desgaste** muito grande isso. **Hoje você tem dez leitos, amanhã você tem vinte**, e isso é desgastante para mim, é desgastante **o fato de você não ter uma coisa organizada [...]**. (DT03)

Pode-se observar nesse depoimento outra situação que se tornou marcante no HUCAM com o processo de flexibilização: o constante fechamento de leitos, que ocorre principalmente nos encerramentos dos contratos com as empresas de terceirização. Esse fato, além dos danos que traz para a oferta de serviços aos usuários do sistema de saúde, tem fortes repercussões para as atividades de ensino e se converte em prejuízo financeiro, pois o hospital deixa de receber do SUS com a não realização dos procedimentos. Estes fragmentos apenas exemplificam a situação, pois é difícil retratar os transtornos da maneira como realmente se sucedem nos períodos das crises.

Na primeira **transição**, que aconteceu da Pró-Matre para a Express, a **clínica cirúrgica feminina ficou fechada** em torno de uns **dois anos**. [...] Depois, com a **saída da Express**, nós ficamos em torno de **dois meses** também com a **feminina fechada**. [...] eu sempre mantinha a ala que tinha o maior número de leitos para a gente dividir masculino e feminino numa clínica só. Era assim que a gente trabalhava nesses **vácuos que tiveram de uma empresa para outra**. Traz prejuízo para o hospital e também, novamente, o prejuízo financeiro para a empresa. (DU24)

[...] quando **terminou o contrato** da Express para entrar a Excellence, nós tivemos que **fechar leitos**; fechamos acho que uns **quinze leitos na urologia**. (DT20)

[...] na **UTIN**, atualmente, a gente está com **doze leitos fechados por falta de pessoal**. (DU08)

A amplitude desses fatos pode ser verificada em matéria publicada no Jornal “A Gazeta”, em fevereiro de 2009⁸¹, ao divulgar que o Ministério Público do Espírito Santo (MPF/ES) ajuizou ação civil obrigando a UFES a realizar concurso público para o preenchimento de 688 cargos na estrutura da Universidade. Desse total, cinquenta eram para médicos, 56 para enfermeiros e 283 para técnicos de enfermagem. O Procurador da República, autor da ação, faz um relato sobre a situação caótica que o HUCAM vinha enfrentando em virtude do *deficit* de pessoal e por ficar o Hospital “[...] à mercê de soluções paliativas que duram somente até a eclosão da próxima crise”. A suspensão de cirurgias cardíacas, o *deficit* de leitos de terapia intensiva e neonatologia, o fechamento do setor já montado de urologia, a sobrecarga de trabalho no setor de clínica médica, os prejuízos nos serviços oferecidos pelo setor de oftalmologia eram problemas que se apresentavam pela redução da força de trabalho (MPF, 2009).

A desestruturação dos serviços decorrente da flexibilização das relações de trabalho também se traduz no depoimento dos trabalhadores:

[...] o **HUCAM perdeu muito**, está muito defasado isto aqui, **não tem mais atendimento como antigamente**. Era muito bom logo que a gente entrou aqui, o Hospital das Clínicas era o melhor hospital, todo mundo só queria vir para cá. (DU21)

Com essa **constante rotatividade de funcionários**, de algum tempo pra cá as pessoas falam assim: “Nossa! mas **lá no HUCAM quase nada funciona**, nunca se sabe o que está fechado, não se sabe o que foi descredenciado, é difícil conseguir até informação. Lá ninguém nunca sabe de nada, **não se tem concurso** e está sempre aquela confusão”. Com esse monte de **vínculos diferentes**, acredito que a Instituição **perdeu** muito de sua **credibilidade** perante a sociedade. (DU10)

Essa situação, denominada de “crise dos HUFs”, configura-se, segundo Correia e Dantas (2012, p. 6), pela progressiva redução de pessoal no setor público e pela insuficiência de investimentos para atender a complexa missão social de assistência, ensino, pesquisa e extensão dos HUs, que foram gradativamente sucateados. Assim, baseado no discurso da ineficiência da gestão pública e do alto custo desses hospitais, o Governo Federal justificou como “única solução” a criação da EBSEH (SODRÉ et al., 2013, p. 372). O depoimento a seguir corrobora essas informações:

Parece uma **estratégia a longo prazo**, que já foi lançada há vários anos atrás e que agora a gente está sentindo o reflexo. [...] **diminuir a qualidade** desde antes para que a gente, então funcionário, tenha a **esperança** de que, com uma **administração privada** essa **qualidade**, vá **melhorar**, e infelizmente eles conseguiram [...]. Eu

⁸¹ Disponível em: <http://gazetaonline.globo.com/_conteudo/2009/02/53944-mpf+quer+concurso+para+preenchimento+de+688+cargos+no+hucam.html>. Acesso em: 24 ago. 2013.

acho que a ideia foi essa: “**pior do que está não dá para ficar**”, então a gente tem esperança que vai melhorar. (DU09)

Assim, em abril de 2013, o HUCAM se rendeu a essa medida que, no entendimento de Souza e Sodré (2013, p. 10), pode ser vista como mais uma das investidas neoliberais de privatização das instituições públicas, de mercantilização das políticas sociais e de desresponsabilização do Estado, que teve como alvo os HUFs.

Então, buscando apreender dos depoimentos quais as expectativas dos trabalhadores para a EBSERH, foi possível identificar um misto de esperanças, dúvidas e um entendimento que tal medida vai ao encontro da subordinação dos direitos sociais, como a saúde, à lógica do mercado.

“A *expectativa é de melhora, de que realmente venha bonitinho como está no papel [...]*” (DT01) e de que “[...] a questão de *peçoal*, a questão de *equipamento* e a questão de *manutenção*, eu acho que isso vai resolver [...]” (DT26), mas também há preocupação: “[...] talvez até *pire* no sentido de que vai *trabalhar em cima de quantidade e não em cima de qualidade da assistência*. [...] eu acho que *eles vão querer produtividade*.” (DU22). E quanto “à nossa situação, *servidores da UFES*, [...] a *EBSERH é uma caixinha de surpresas: quando a gente abrir, a gente não sabe muito bem o que vai encontrar lá dentro*.” (DU24)

Esse pensamento é corroborado por Littike (2012, p. 87), que considera a implantação da EBSERH como uma fase de incertezas para os trabalhadores estatutários, pois ainda não se conhece essa nova modalidade de gestão de pessoal e do trabalho. Finalmente é importante destacar que a EBSERH ainda vai manter a fragilização das diferenças de vínculos no interior da Instituição, pois, até a realização do concurso, poderá contratar por terceirização e, depois, ainda haverá dois grupos: os celetistas e os estatutários (SOUZA; SODRÉ, 2013, p. 10), como foi relatado neste depoimento:

[...] com a EBSERH, essa **diferença** não vai terminar não. Eu penso que **não vai terminar** porque você ainda vai continuar tendo o pessoal efetivo e o pessoal que vai passar por um concurso pela EBSERH para entrar aqui, para ficar não sei quanto tempo [...] mas essa diferença, eu acho que ela não vai simplesmente acabar não, **não é a solução para esse problema** [...]. (DT01)

No entendimento da FASUBRA (2011, p. 1-2), a EBSERH surge como proposta de solução para os problemas dos HUs, mas tem em seu cerne uma experiência privatizante. Coloca as

universidades como laboratório para um novo modelo de gestão que dá continuidade ao processo de terceirização nos HUs, mantém a flexibilização das relações de trabalho e retoma a figura do emprego público, adotada pelo governo de Fernando Henrique Cardoso como parte das medidas de flexibilização do trabalho, com explícito propósito de ajustar a economia em geral e a administração pública em particular a requisitos de eficiência e controle dos gastos. No ver da FASUBRA, a solução para o que se denominou “crise dos HUs” deve estar fundamentada na retomada dos concursos públicos pelo RJU e no incremento financeiro a fim de que essas unidades possam cumprir, com qualidade, sua importante função social de ensino pesquisa, extensão e assistência.

Todo esse processo de flexibilização das relações de trabalho que descrevemos na trajetória do HUCAM faz repensar que os trabalhadores da saúde constituem a base social e técnica desse sistema, que, apesar de todo e qualquer avanço tecnológico, não pode prescindir do trabalho humano. Portanto as consequências advindas do processo de flexibilização das relações de trabalho que aqui demonstramos afetam duplamente a sociedade, na medida em que comprometem a qualidade da assistência prestada aos usuários e desprotegem as garantias sociais aqueles que prestam serviços, gerando também uma descontinuidade nos programas e políticas governamentais que se apoiam em trabalhadores, cuja relação laboral é instável (GIRARDI, 1999, *apud* COSTA; TAMBELLINI, 2009).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo proporcionou-nos uma reflexão acerca da realidade vivenciada no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes ao longo das duas últimas décadas, em que nos confrontamos com um movimento contínuo de instabilidades financeiras e administrativas e, principalmente, de *desmonte* do contingente da força de trabalho da enfermagem que, devido à política de flexibilização das relações de trabalho definida pela Reforma do Estado de 1990, se apresenta fragilizada pelo processo de terceirização, com todas as suas consequências, entre elas a precarização do trabalho.

Buscamos reconstituir, por meio da memória dos trabalhadores da Instituição, os fatos que marcaram a trajetória do HUCAM nesse processo. Para tanto foi fundamental a coleta de depoimentos que nos permitiu um recuo relativo com vistas à reconstrução de determinados contextos, conforme orienta o historiador Henry Rousso (AREND; MACEDO, 2009, p. 2090). Nesse sentido, a metodologia utilizada contemplou as expectativas, permitindo não só a apreensão dos relatos individuais, como também a construção de um coletivo pela aproximação dos fatos.

Para a consecução desta pesquisa, traçamos objetivos que entendemos terem sido atingidos em parte, devido a dificuldades encontradas na realização da coleta de dados, já que não pudemos ter acesso a documentos, que não estavam disponíveis na ocasião, bem como a algumas informações, como a relação dos concursos realizados pela Universidade nas duas últimas décadas, em que foram destinadas vagas aos profissionais da saúde. Por dificuldades de ordem interna, esses dados, embora considerados importantes, não foram acessados pela pesquisadora, fato, no entanto, que não impossibilitou a descrição da trajetória do HUCAM na flexibilização das relações de trabalho.

Participamos nesse processo como funcionária do HUCAM, mas a leitura dos diversos autores que tratam do tema possibilitou-nos compreender que a flexibilização das relações de trabalho está inserida em um contexto histórico muito mais amplo e não se justifica apenas pela *falta de concursos*, mas também por sua ideologia neoliberal, cujos preceitos rejeitam a intervenção do Estado na economia, exaltando a liberdade da iniciativa privada, a mercantilização das políticas sociais, a privatização das instituições públicas e a

desresponsabilização do Estado, que assume o papel de regulador e não mais de provedor de políticas sociais, como as de educação e saúde.

No Brasil, em nome de uma administração pública mais flexível, ágil e eficaz, diversas iniciativas de reforma foram empreendidas, tendo como marco a Reforma da década de 1990 que, apoiada nesses preceitos, reduziu a atuação do Estado ao provimento das políticas sociais, transferindo-as para organismos da sociedade civil e formando uma rede de parcerias entre público e privado, que muitas vezes traduzem mecanismos de privatização, camuflados sob o argumento de descentralização dos serviços. Além disso, no contexto político dessa Reforma, as relações entre os trabalhadores da saúde e as instituições prestadoras de serviços passaram por transformações que se caracterizam especialmente por um processo de desregulamentação, verificado, sobretudo, pela substituição do emprego formal e assalariado por diversas outras modalidades de vinculação dos profissionais aos serviços.

Por essas e outras razões, alguns autores, como March (2011, p. 176), consideram que a *reforma* que se inaugurou no governo de Fernando Henrique Cardoso foi, na verdade, um movimento de *contrarreforma*, pois apresentava os direitos sociais como entraves ao desenvolvimento econômico, empreendendo uma política de cortes orçamentários que, entre outras medidas, promovia a desregulação da economia e a flexibilização da legislação do trabalho, a privatização de empresas estatais e a abertura do mercado aos investimentos transnacionais, implicando importante retrocesso social, com perdas das conquistas consolidadas no texto constitucional de 1988, que consagrou um alargamento e a democratização da esfera pública e estatal.

Esse contexto estava atrelado às transformações globais que ocorriam nos anos de 1980 e 1990, desencadeadas pela crise econômica e pelo processo de globalização, com abertura dos mercados internacionais e o desmonte do Estado de Bem-Estar Social que atingiram a configuração dos países capitalistas do Primeiro Mundo, influenciando fortemente os países em desenvolvimento e atingindo o mundo do trabalho, que foi assolado pelo desemprego, pela desestruturação e desregulamentação do mercado de trabalho, ampliando a informalidade dos empregos pela flexibilização dos vínculos.

No percurso que empreendemos para uma reflexão sobre os aspectos históricos e filosóficos do trabalho, pudemos confirmar o que nos disse Marx (1982, p. 50 e 189) sobre o trabalho

como uma “[...] necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza [...]”, produzindo valores de uso e mantendo a vida humana, independente da forma de organização da sociedade. No entanto, a partir do século XVII, com o modo de produção capitalista, essa atividade, antes realizada basicamente para atender as necessidades humanas, passou a ser considerada uma *mercadoria*, na medida em que o trabalhador, despossuído dos meios de produção, *vende sua força de trabalho* para os *donos do capital*, configurando a relação do trabalho com um salário, como nos diz esta depoente: “[...] *o trabalho, primeiro ele é uma realização profissional, [...] depois tem a questão da remuneração; você precisa e quer ter um bem, então você tem que trabalhar para isso [...].*” (DT17)

Mas ficou evidente, na análise dos depoimentos, que o trabalho, além de assegurar a sobrevivência do homem de maneira individual e coletiva, também se constitui em um fator de coprodução de si mesmo, apontado nos depoimentos como dispositivo fundamental para *realização profissional, crescimento, troca de experiências, conhecimento, convívio, sentimento de utilidade, fator de sobrevivência*, corroborando o pensamento de Campos (2007b, p. 13) de que precisamos trabalhar não só pelo salário, mas também para dar sentido e significado à nossa vida e à sociedade em que vivemos.

Concordamos então com Deville (2012, p. 55) quando explica, baseado nos princípios de Marx, que, trabalhando uns para os outros, os homens buscam, por diversas especialidades de trabalhos úteis que se completam entre si, satisfazer a soma das suas necessidades. Focalizamos nessa cadeia o trabalho em saúde, considerado na divisão social do trabalho da sociedade capitalista como um serviço de consumo, compondo a esfera econômica do terceiro setor, que engloba todas as atividades que têm como característica comum a imaterialidade de seus produtos, que não são estocáveis e são consumidos no ato da produção, numa interação entre quem produz e quem usufrui do produto.

Por essa razão, na produção da assistência à saúde, os trabalhadores assumem um protagonismo fundamental, constituindo a base social e técnica desses serviços, dentro da qual, por maior que sejam os avanços tecnológicos, o trabalho humano efetivado para o *cuidar do outro* não pode ser substituído pela máquina. Como dito em um depoimento: “[...] *você faz um ‘puxadinho’ como a gente vê, você estica um leito, você quebra uma parede,*

“você aumenta uma enfermaria, você traz um respirador novo que você não tinha; mas não tem ‘puxadinho’ para recurso humano: você tem ou você não tem [...].” (DU04)

Justificam-se assim as dificuldades que o HUCAM bem como os outros HUFs têm enfrentado com a flexibilização das relações de trabalho adotada a partir da Reforma do Estado da década de 1990 que, fundamentada na ideologia neoliberal e apoiada no discurso da mudança de paradigma gerencial da Administração Pública, propõe a redução do Estado, com vistas ao ajuste fiscal e ao corte de despesas, elegendo como alvo central de ataque os direitos sociais, consagrados constitucionalmente, responsabilizando-os pela crise econômica e política do momento.

A nova configuração do Estado, em nome dos princípios da eficácia e da eficiência, baseia-se num trinômio que inclui o desmonte da máquina pública com desvalorização do servidor/serviço público; a privatização com dilapidação do patrimônio público e a terceirização. Além disso, o que historicamente foi conquistado como direito pelo servidor público, na visão neoliberal, passa a ser considerado *privilégio* (FREITAS, 2008, 92 e 95).

No Brasil, dentre as medidas adotadas pela Reforma do Estado, destacamos a Emenda Constitucional n.º 19/98, que modificou o Art. 39 da Constituição Federal e instituiu o Regime Jurídico Múltiplo para os trabalhadores da União. Além disso, a redução no quadro de pessoal resultante de exonerações de servidores não estáveis, a redução dos cargos de confiança e a extinção de outros, o programa de demissão voluntária, acompanhados pela não realização de concursos, acarretaram a exacerbação da vinculação por meio de contratos flexíveis, pois a implantação do SUS, que também ocorreu nesse período, configurava uma expansão dos serviços e, conseqüentemente, uma demanda maior da força de trabalho.

Esse cenário foi o pano de fundo para a realidade que vivenciamos no HUCAM nestas duas últimas décadas. Com a integração ao SUS, além das suas funções precípua, que englobam ensino, pesquisa, extensão e assistência, o Hospital passou a ser referência para serviços de alta complexidade. Simultaneamente, passou a conviver com um processo de sucateamento dos serviços públicos que, segundo Drago (2011, p. 187), é resultado da falta de investimento governamental e do descrédito em relação ao SUS dentro do sistema capitalista contemporâneo, o que aproxima a desestatização de áreas estratégicas, como os hospitais de ensino, e, ao mesmo tempo, exalta os serviços privados.

Durante os anos de trabalho no HUCAM, o que pudemos constatar foi exatamente esse movimento. No entanto, pela intensidade das atividades que se reproduzem no âmbito hospitalar, os trabalhadores estão imersos nessa situação e nem sempre fazem uma reflexão mais crítica acerca de todo esse contexto histórico que envolve o processo de flexibilização das relações de trabalho.

Verificamos, com a realização deste estudo, que a terceirização, considerada um dos eixos da Reforma, é adotada como recurso para manter os serviços em funcionamento e é celebrada, conforme afirma Di Pietro (2008), sob a forma de contratos de fornecimento de mão de obra para prestação de serviços especializados, com o intuito de assegurar uma aparente legalidade. No entanto, aos olhos do TCU, caracteriza-se como uma irregularidade e tornou-se uma *pedra no sapato* dos gestores do HUCAM, que se tornam reféns dessa alternativa, gerando desvio dos recursos recebidos para custeio do Hospital e provocando um *deficit*, que foi revertido em folha de pagamento para o pessoal terceirizado.

Dessa forma, além do contingenciamento dos recursos financeiros necessários para viabilizar a produção dos serviços prioritários da política nacional de saúde e da necessidade de contornar as questões legais e administrativas advindas desse processo, ocorre ainda uma grande dificuldade no gerenciamento das desigualdades do ambiente organizacional, uma vez que os trabalhadores integrados no mesmo processo de trabalho realizam atividades semelhantes, mas, devido às diferentes modalidades de vínculo, percebem salários e têm direitos, vantagens e deveres diferenciados.

Esses fatos transparecem em diversos momentos nos depoimentos analisados, demonstrando que a flexibilização das relações de trabalho repercute de maneira crucial no âmbito da instituição, dificultando a organização dos processos de trabalho; interferindo nas relações interpessoais pela desigualdade de direitos e pela discrepância entre os salários, e, principalmente, promovendo um ambiente de insegurança e incertezas para os trabalhadores.

Tais fatores se refletem na realização do trabalho da enfermagem e, conseqüentemente, no seu produto final, pois, apesar de transparecer nos depoimentos a preocupação em assegurar a assistência aos pacientes, é evidente que a rotatividade de pessoal e o *deficit* numérico da força de trabalho acarretam sobrecarga de serviço. Além disso, a desmotivação gerada pela

precarização das condições de trabalho proporciona desgaste na qualidade da assistência prestada.

Outro fator que merece destaque é a duração dos contratos que ultrapassam o período estipulado pela Lei n.º 8.745/93, que regulamenta a contratação por tempo determinado no serviço público, assumindo um caráter de *permanência* para uma situação entendida como *temporária*, conforme a sua denominação. Tal fato constitui motivo de questionamentos por parte do TCU, do Ministério Público e da Procuradoria da UFES, que em diversos momentos se manifestam quanto à necessidade de regularização da situação pela realização de concurso público, que se justifica pela existência de cargos vagos na Instituição. E esse também é um questionamento do trabalhador: “[...] **outros órgãos estão tendo concurso sempre para preencher as vagas e aqui nos hospitais públicos não. Aposenta, aquele cargo fica vago e tem que botar pessoal terceirizado. Então o Governo... geralmente ele deixa a desejar na saúde pública.**” (DU12)

Fica explícito no conteúdo dos documentos analisados o permanente embate da equipe de gestão do HUCAM com os trâmites legais, numa constante *queda de braços* para conseguir justificar e viabilizar a terceirização de pessoal e a renovação desses contratos, o que só tem acontecido sob a alegação de evitar o fechamento do HUCAM, com prejuízos de ordem ainda maior para o ensino e a assistência. Em contrapartida, apesar das frequentes solicitações, o concurso público para o suprimento das vagas não aconteceu, mantendo-se assim todas as complicações que advêm da flexibilização das relações de trabalho.

O que foi constatado é que a terceirização da força de trabalho no HUCAM não foi suficiente para manter integralmente o funcionamento do Hospital, que se arrasta cronicamente com redução de leitos, descontinuidade de projetos e programas, desestruturação de serviços como consequência do *deficit* de pessoal, que se agrava com as aposentadorias, sem reposição, e a grande rotatividade dos trabalhadores terceirizados pela renovação dos contratos, o que muitas vezes não ocorre de forma sequencial, havendo um intervalo entre o término de um e o início de outro. Além disso, muitos trabalhadores rescindem o contrato, tendo em vista a insegurança e a insatisfação com as condições de trabalho, traduzidas pela desproteção social do trabalho e do trabalhador.

Essa questão é sem dúvida o cerne desta pesquisa, pois há um prejuízo incalculável para os trabalhadores terceirizados que se submetem, ao longo de anos, à flexibilização das relações de trabalho, convivendo com salários, cargas horárias e jornadas diferenciadas muito inferiores, quando comparados aos trabalhadores da UFES.

Considerando a flexibilização das relações de trabalho em seus aspectos de *anjo* ou *demônio*, como nos diz Sérgio Pinto Martins (2000, p.13), pudemos constatar que as diversas modalidades de vinculação ampliaram, por um lado, a possibilidade de ingresso dos trabalhadores no serviço público, o que até então só aconteceria através do concurso público, atendendo *numericamente* às demandas impostas pelos avanços da tecnologia, da expansão dos serviços e da assistência no SUS. Além disso, ofereceram certa *flexibilidade* para se contratar e dispensar os trabalhadores, atendendo à lógica do mercado e das necessidades do serviço, o que foi inclusive preconizado por Bresser Pereira.

No entanto, se analisado por outro prisma, ficam evidentes os malefícios que esse fenômeno acarreta, por promover conflitos de ordens diversas entre os trabalhadores de diferentes vínculos em uma mesma instituição, uma perda da memória institucional pela falta de fixação dos trabalhadores, a desorganização dos processos de trabalho e a desestruturação dos serviços com conseqüente prejuízo da qualidade dos serviços prestados aos usuários e, principalmente, por gerar a precarização do trabalho, na medida em que a adoção de arranjos contratuais não consegue garantir as necessidades de proteção social dos trabalhadores, conforme estabelecido nas normas do direito trabalhista brasileiro.

Outro fato que não foi objeto do presente estudo, mas certamente contribui para o cenário caótico da flexibilização das relações de trabalho na atualidade, refere-se à representatividade sindical dos trabalhadores. No HUCAM, em especial, observa-se que o Sindicato dos Trabalhadores da UFES representa todos os trabalhadores regidos pelo RJU, independente do cargo ou função que exercem. Já a representação sindical dos trabalhadores terceirizados é construída por diferentes entidades, dependendo do vínculo e da categoria profissional. Essa questão dificulta a luta da classe, uma vez que essas representações não se unificam para a defesa da coletividade dos trabalhadores de enfermagem, conforme está explícito do depoimento a seguir, que reforça a fragmentação da organização.

[...] imagine se o **convênio** agora vai começar a se reunir para **reivindicar condições de trabalho**? Gente, eu sou enfermeira, eu usei esta expressão: eu sou enfermeira e, presta atenção, **se melhorar a minha condição de trabalho, melhora a sua e melhora o cuidado**. Agora, se a gente entrar nesse racha, **nós vamos ter racha**, vamos ficar: UFES X convênio; CLT da Fundação X Regime Jurídico Único; 40 horas X 30 horas; **eu posso tudo e, como ele pode tudo, você não pode nada porque você tem que fazer o que ele não faz [...]. (DU04)**

Sem dúvida, esse é um tema que merece maior aprofundamento, pois, segundo Lima (2010, p. 24), também representa uma consequência do trinômio flexibilização-terceirização-precarização, uma vez que não há uma identidade no coletivo de trabalho, que está fragmentado, com distintas formas de contrato e inserção organizativa, ademais a redução do contingente de trabalhadores na empresa primeira, diminui seu poder de luta e resistência, e os terceirizados são fragilizados pelo sentimento de desproteção e vulnerabilidade, que, associado ao medo do desemprego, os torna desmobilizados e submissos, satisfazendo assim aos ditames do capitalismo.

No contexto da crise dos HUs, a proposta de solução apresentada pelo Governo Federal apresenta-se na figura da EBSERH e constitui mais um dos eixos da Reforma da década de 1990, definido como publicização, que possibilita o gerenciamento das atividades não exclusivas do Estado por uma parcela organizada da sociedade civil por meio de uma empresa pública de direito privado, com patrimônio próprio e capital exclusivo da União. Assim, lentamente, ao longo da história, a Reforma do Estado vai consolidando suas medidas com a prerrogativa da *ineficiência das instituições estatais*, cujos problemas serão *magicamente* resolvidos pela transferência para a esfera privada, considerada *ágil e eficiente*.

Na atualidade, o HUCAM está passando por uma transformação na sua figura jurídica, a partir da assinatura do contrato com a EBSERH. Mas, para os trabalhadores que participaram desta pesquisa, essa Empresa é uma grande incógnita, e manifestam nos depoimentos significados que vão desde a expectativa de melhora e resolução dos problemas de gestão e infraestrutura a questionamentos como “[...] *quem são essas pessoas? Qual a pretensão? [...] você mexe com gente, eu não posso querer produzir com gente; então a empresa visa lucro. Como vai ser esse lucro? Qual vai ser a qualidade da assistência? [...].*” (DU11) Acreditamos que essas questões merecem ser objeto de outros estudos sobre os HUs, levando em consideração os resultados advindos desse processo.

Concluimos, então, com o entendimento de que as propostas da Reforma do Estado não conduziram aos seus objetivos, pelo menos no que se refere aos serviços de saúde, pois a política de enxugamento do quadro de pessoal e a flexibilização das relações de trabalho no âmbito dos HUs não tornaram os serviços mais *eficazes*; pelo contrário, foram verdadeiros entraves para essas instituições, conforme demonstramos no decorrer deste estudo. No HUCAM, as duas últimas décadas representaram períodos de constantes instabilidades, com prejuízos para todos os que dele usufruem: os estudantes, os usuários e, principalmente, os trabalhadores.

Portanto, embora seja preciso considerar que as transformações no mundo do trabalho, que ocorreram com a organização da sociedade capitalista, tenham conduzido à necessidade de se discutir a flexibilização das relações de trabalho como possível alternativa de manutenção dos postos de trabalho, concordamos com Araújo e colaboradores (2006, p. 165), quando afirmam que, diferente do que pensam os adeptos do capitalismo, o trabalho não é uma mercadoria qualquer, ele constitui o resultado do esforço humano e, como tal, deve ser valorizado, respeitado e protegido em todas as suas formas. Mesmo que sejam necessárias adaptações aos desafios dos novos tempos, o mais importante é proteger o trabalhador e sua família.

9 REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, Nicolás. **Dicionário de filosofia**. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ABRÃO, Janete. **Pesquisa & história**. Porto Alegre: Ed. PUCRS, 2002. (Coleção História 51).

ALBERTI, Verena. **Manual de história oral**. 3. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2005.

ALMEIDA, Célia Maria. A reforma do Estado e a reforma de sistemas de saúde: experiências internacionais e tendências de mudança. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 263-286, 1999.

ALMEIDA, Paulo Roberto de. Dossiê de história oral: uma breve apresentação. **Revista de História e Estudos Culturais**, ano 2, v. 2, n. 2, abr./maio/jun. 2005. Disponível em: <http://www.revistafenix.pro.br/PDF3/Apresentacao%20Dossie_Paulo%20de%20Almeida.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2013.

ALVES, Giovanni. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal – precarização do trabalho e redundância salarial. **Katalysis**, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 188-197, jul./dez. 2009.

ANTUNES, Márcio Fenili; MORAIS, Ronaldo Queiroz de. A mundialização do capital: para a crítica da economia no espaço-tempo transpolítico. **Revista de Estudos Sociais**, Cuiabá-MT, ano 11, v. 2, n. 22, p. 145-159, 2009. Disponível em: <<http://revistas.ufmt.br/index.php/res/article/view/220>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

ANTUNES, Ricardo (Org.). **A dialética do trabalho**. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2. ed. São Paulo: Boitempo, 2009a.

ANTUNES, Ricardo. O trabalho, sua nova morfologia e a era da precarização estrutural. **Revista Theomai/Theomai Journal On-line**, n. 19, p. 47-57, 2009b. Disponível em: <<http://revista-theomai.unq.edu.ar/numero19/ArtAntunes.pdf>>. Acesso em: 1.º ago. 2013.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao trabalho?** – ensaios sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 15. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

ANTUNES, Ricardo. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (Org.). **A perda da razão social do trabalho**: terceirização e precarização. São Paulo: Boitempo, 2012. p. 13-22.

ARAÚJO, Lídice Maria et al. Para subsidiar a discussão sobre a desprecarização do trabalho no SUS. **Cadernos RH Saúde**, Brasília, v. 3, n. 1, p. 155-166, 2006.

AREND, Sílvia Maria Fávero; MACEDO, Fábio. Sobre a história do tempo presente: entrevista com o historiador Henry Rousso. **Tempo e Argumento**, Florianópolis, v. 1, n. 1, p. 201-216, jan./jun. 2009.

BARATA, Luiz Roberto Barradas; MENDES, José Dínio Vaz; BITTAR, Olímpio J. Nogueira. Hospitais de ensino e o Sistema Único de Saúde. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 12, n. 46, p. 7-14, jan./mar. 2010.

BARBOSA, Nelson Bezerra. Regulação do trabalho no contexto das novas relações público *versus* privado na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2497-2506, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S141381232010000500024&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 28 fev. 2012.

BARROS, José D'Assunção. **O campo da história: especialidades e abordagens**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 7. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2001.

BRASIL. Decreto-Lei n.º 200, de 25 de fevereiro de 1967. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 fev. 1967. Seção I, p. 4. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/dele0200.htm>. Acesso em: 18 ago. 2013.

BRASIL. Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jun. 1986. Seção I, p. 9273-9275.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 20 set. 1990a. Seção I, p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm#art4>. Acesso em: 20 ago. 2013.

BRASIL. Lei n.º 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da União, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 12 dez. 1990b. Seção I, p. 23935. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8112cons.htm>. Acesso em: 13 set. 2013.

BRASIL. Lei n.º 8.666, de 21 de junho de 1993. Regulamenta o art. 37, inciso XXI, da Constituição Federal, institui normas para licitações e contratos da administração pública e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 22 de junho de 1993a. Seção I, p. 8269. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8666cons.htm>. Acesso em: 24 ago. 2013.

BRASIL. Lei n.º 8.745, de 9 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender necessidade temporária de excepcional interesse público, nos termos do inciso IX do art. 37 da Constituição Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 19 dez. 1993b. Seção I, p. 18937. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8745cons.htm>. Acesso em: 20 maio 2013.

BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília: Imprensa Oficial, 1995.

BRASIL. Decreto n.º 2.271, de 7 de julho de 1997. Dispõe sobre a contratação de serviços pela administração pública federal direta, autárquica e fundacional e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 8 jun. 1997. Seção I, p. 14293. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d2271.htm>. Acesso em: 24 ago. 2013.

BRASIL. Emenda Constitucional n.º 19, de 4 de junho de 1998. Modifica o regime e dispõe sobre os princípios e normas da administração pública, servidores e agentes políticos, controle de despesa e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 5 jun. 1998. Seção I, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/civil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc19.htm>. Acesso em: 23 mar. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. In: SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE POLÍTICA DE DESPRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO NO SUS: em defesa da legalidade da ação do Estado e dos direitos dos trabalhadores. **Relatório...** Brasília, 2003. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/relatorio_seminario_desprecarizacao2.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde**: agenda positiva. Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS – desprecariza SUS: perguntas & respostas**. Brasília: Editora MS, 2006. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Gestão do trabalho na saúde**. Brasília: CONASS, 2007a. (Coleção Progestores – para entender a gestão do SUS, v. 5). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro5.pdf>. Acesso em: 8 ago. 2012.

BRASIL. Decreto n.º 6.170, de 25 de julho de 2007. Dispõe sobre as normas relativas às transferências de recursos da União mediante convênios e contratos de repasse, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 26 jul. 2007b. Seção 1, p. 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial n.º 2.400, de 2 de outubro de 2007. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 3 out. 2007c. Seção 1, p. 102. Disponível em: <<http://www.diariodasleis.com.br/busca/exibelinck.php?numlink=1-92-31-2007-10-02-2400>>. Acesso em: 20 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. Brasília: Editora MS, 2009a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde: agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde**. 3. ed. Brasília, 2009b. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Diretoria de Hospitais Universitários e Residências em Saúde. **Relatório REHUF – Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários: diagnósticos e propostas**. Brasília, 2009c. Disponível em: <<http://www.adurj.prg.br/observatorio/?p=196>>. Acesso em: 22 ago. 2013.

BRASIL. Decreto n.º 7.082, de 27 de janeiro de 2010. Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 27 jan. 2010. Seção 1, p. 1. Edição extra. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Decreto/D7082.htm>. Acesso em: 19 ago. 2013.

BRASIL. Lei n.º 12.550, de 15 de dezembro de 2011. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 16 dez. 2011. Seção 1, p. 2. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12550.htm>. Acesso em: 19 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. **Hospitais universitários**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12267&ativo=513&Itemid=512>. Acesso em: 19 ago. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. **Perguntas e respostas sobre a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)**. Brasília, [s.d.]. Disponível em: <http://www.ufrj.br/ebserh/docs/perguntas_respostas_ebserh_250512.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2013.

CALMON, Sebastiana. **O absenteísmo e a influência que os vários vínculos empregatícios têm sobre o mesmo, na gestão do serviço de enfermagem de um Hospital Universitário**. 2010. 29 f. Monografia (MBA em Executivo em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Executivo em Saúde, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro, 2010.

CAMPOS, Conceição Maria Cordeiro. **Convênios da administração pública: algumas questões pontuais**. 2011. Disponível em: <http://www.jurisway.org.br/v2/dhall.asp?id_dh=6586>. Acesso em: 18 nov. 2012.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Apresentação. In: SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). **Trabalhador da saúde: muito prazer!** – protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde. Ijuí: Ed. Unijuí, 2007. p. 11-15. (Coleção Saúde Coletiva).

CAMPOS, Natália. A flexibilização nas relações de trabalho como consequência da crise do paradigma sociocultural da modernidade. **Webartigos**, 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/a-flexibilizacao-nas-relacoes-de-trabalho-como-consequencia-da-crise-do-paradigma-sociocultural-da-modernidade/27881/#ixzz29VI9291F>>. Acesso em: 4 nov. 2012.

CARDOSO JR., José Celso. Reforma do Estado e desregulamentação do trabalho no Brasil nos anos 90. **Ensaio FEE**, Porto Alegre, v. 23, n. 2, p. 899-922, 2002.

CARINHATO, Pedro Henrique. Neoliberalismo, reforma do Estado e políticas sociais nas últimas décadas do século XX no Brasil. **Aurora**, Marília-SP, ano 2, n. 3, p. 37-46, dez. 2008. Disponível em: <http://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/Aurora/aurora_n3_misclanea_01.pdf>. Acesso em: 3 mar. 2013

CARTES, Omar. **História do trabalho**. 2006. Disponível em: <http://www.guatimozin.org.br/artigos/hist_trabalho.htm>. Acesso em: 26 fev. 2012.

CARVALHO, Luís Henrique Sousa de. A flexibilização das relações de trabalho no Brasil em um cenário de globalização econômica. **Jus Navigandi**, Teresina, ano 5, n. 48, dez. 2000. Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/1147>>. Acesso em: 10 mar. 2013.

CEGALA, Joana Ribeiro Gomes; OLIVEIRA, Douglas Luís de; FARIA, Carla Beatriz de. O contrato temporário: características que definem a inconstitucionalidade deste certame frente à doutrina e a luz da jurisprudência pátria. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, ano 15, n. 102, jul. 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11956>. Acesso em: 5 set. 2013.

CHERCHIGLIA, Mariangela Leal. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: CASTRO, Janete Lima de; SANTANA, José Paranaçuá (Org.). **Especialização em desenvolvimento de recursos humanos em saúde**: CADRHU. Natal: OPS/OMS, 1999. p. 367-385. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T5.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2012.

CISLAGUI, Juliana Fiúza. Hospitais universitários federais e novos modelos de gestão: faces da contrarreforma do Estado no Brasil. In: BRAVO, Maria Inês Souza; MENEZES, Juliana Souza Bravo de (Org.). **Saúde na atualidade**: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011. p. 56-63. (Cadernos de Saúde). Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTIZzYIBnNjBTcHFEbnZaRXBHNWNmQ/edit?pli=1>>. Acesso em: 2 jul. 2013.

CORREIA, Maria Valéria Costa; DANTAS, Analice. Não implantar a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares nos hospitais universitários é possível e necessário. **Caderno de Notícias – Jornal da Adufes**, Vitória, n. 88, p. 6-7, ago./set./out. 2012.

CORROCHANO, Maria Carla; BRESCIANI, Luís Paulo. **O mundo do trabalho**: contexto e sentido. Disponível em:

<http://www.educared.org/educa/index.cfm?pg=revista_educarede.educarede_por_ai_princip_al>. Acesso em: 5 abr. 2012.

COSTA, Daniel de Oliveira; TAMBELLINI, Anamaria Testa. A visibilidade dos escondidos. **Physis On-line**, v. 19, n. 4, p. 953-968, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010373312009000400003>. Acesso em: 12 mar. 2012.

COSTA, Frederico Lustosa. **Reforma do Estado e contexto brasileiro**: crítica do paradigma gerencialista. Rio de Janeiro: FGV, 2010.

COSTA, Lúcia Cortes da. O governo FHC e a reforma do Estado Brasileiro. **Pesquisa & Debate**, São Paulo, v. 11, n. 1(17), p. 49-79, 2000.

COSTA, Olívio Louro. HUCAM: passado, presente e futuro. **Revista HUCAM**, ano 1, n. 0, p. 4-7, nov./dez. 1997.

COSTALDELLO, Ângela Cássia. O regime jurídico dos agentes públicos e a Emenda Constitucional n.º 19/1998. **Resenha Eleitoral – Nova Série**, v. 6, n. 1, jan./jun. 1999. Disponível em: <http://www.tre-sc.jus.br/site/resenha-eleitoral/edicoes-impresas/integra/arquivo/2012/junho/artigos/o-regime-juridico-dos-agentes-publicos-e-a-emendaconstitucionaln191998/indexe723.html?no_cache=1&cHash=612b78aa78b86d902dd0d3b7abc5eeac>. Acesso em: 10 mar. 2013.

DALLORA, Maria Eulália L. V.; FORSTER, Aldaísa C. A importância da gestão de custos em hospitais de ensino – considerações teóricas. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 135-142, abr./jun. 2008. Disponível em: <http://revista.fmrp.usp.br/2008/VOL41N2/rev_a_importancia_gestao_custos_hospitais_ensino.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2013.

DEVILLE, Gabriel. **O Capital / Karl Marx**. 3 ed. cond. São Paulo: EDIPRO, 2012. (Série Clássicos Edipro).

DI PIETRO, Maria Sílvia Zanella. **Parcerias na administração pública**: concessão, permissão, franquias, terceirização, parceria público-privada e outras formas. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

DORNELES, Leandro do Amaral D. de. **A transformação do direito do trabalho**: da lógica da preservação à lógica da flexibilidade. São Paulo: LTr, 2002.

DRAGO, Leandra Maria Borlini. **Servindo a dois senhores**: a gestão do HUCAM entre o ensino e assistência. 2011. 210 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Programa de Pós- Graduação em Políticas Sociais, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2011.

ELIAS, Marisa Aparecida; NAVARRO, Vera Lúcia. A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital-escola. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 4, ago. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692006000400008&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 11 jan. 2013.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES – EBSEH. **Hospitais universitários**. 2012. Disponível em: <<http://ebserh.mec.gov.br/hospitais-universitarios>>. Acesso em: 19 ago. 2013.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FEDERAÇÃO DE SINDICATOS DE TRABALHADORES DAS UNIVERSIDADES BRASILEIRAS – FASUBRA. **HU's patrimônio público sob gestão pública: contra a MP 520 – HU's na mira da privatização**. Brasília: Qualidade Ltda., 2011. Disponível em: <<http://www.fasubra.org.br/>>. Acesso em: 10 ago. 2013.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa**. 3 ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERREIRA, Marieta de Moraes. História do tempo presente: desafios. **Cultura Vozes**, Petrópolis, RJ, v. 94, n. 3, p. 111-124, maio/jun. 2000.

FORTUNA, Cinira Magali et al. Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 62, p. 272-281, set./dez. 2002.

FOUCAULT, Michel. O nascimento do hospital. In: _____. **Microfísica do poder**. 8. ed. São Paulo: Graal, 2008. p. 99-111.

FRASER, Márcia Tourinho Dantas; GONDIM, Sônia Maria Guedes. Da fala do outro ao texto negociado: discussões sobre a entrevista na pesquisa qualitativa. **Paidéia**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 28, p. 139-152, 2004.

FREITAS, Nelson Luiz Oliveira de. Gestão de pessoas, papel do Estado e o modelo da (in)competência administrativa no processo de terceirização. In: FÓRUM SOBRE AS INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR, 1., 2008, Brasília. **Anais...** Brasília: TCU, 2008. p. 90-99.

FUNDAÇÃO DE APOIO AO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES. **Estatuto**. Vitória, 1999. Disponível em: <<http://www.fahucam.org.br/estatuto.pdf>>. Acesso em: 24 ago. 2013.

GIOVANINI, Telma. Uma abordagem dialética da enfermagem. In: GIOVANINI, Telma et al. **História da enfermagem – versões e interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda., 2002. p. 1-57.

GRANEMANN, Sara. Fundações estatais: projeto de Estado do capital. In: BRAVO, Maria Inês Souza; BRAVO, Juliana Souza. (Org.). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011. p. 50-55. (Cadernos de Saúde). Disponível em: <<https://docs.google.com/file/d/0B55E03eNUSwpTIZzYIBnNjBTcHFEbnZaRXBHNWNmQ/edit?pli=1>>. Acesso em: 2 jul. 2013.

IASI, Mauro Luís. Trabalho: emancipação e estranhamento? In: SANT'ANA, Raquel Santos et al. (Org.). **Avesso do trabalho II: trabalho, precarização e saúde do trabalhador**. São Paulo: Expressão Popular, 2010. p. 61-83.

KLERING, Luís Roque; PORSSE, Melody de Campos Soares; GUADAGNIN, Luís Alberto. Novos caminhos da administração pública brasileira. **Análise – A Revista Acadêmica da FACE**, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 4-17, jan./jun. 2010.

KONDER, Leandro. **O que é a dialética**. 25. ed. São Paulo: Brasiliense, 1981.

KOSTER, Isabella. **A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde**. 2008. 208 f. Dissertação (Mestrado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2008.

KOSTER, Isabella; MACHADO, Maria Helena. A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 33-44, maio 2012.

KREIN, José Dari. **A reforma do sistema de relações de trabalho no Brasil**. São Paulo, 1999. Mimeografado.

LACAZ, Francisco Antônio de Castro et al. Gestão do trabalho e tecnologia na atenção básica do Sistema Único de Saúde em municípios do estado de São Paulo. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 173-193.

LIMA, Jacob Carlos. A terceirização e os trabalhadores: revisitando algumas questões. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 17-26, 2010.

Disponível em:

<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S151637172010000100003&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 dez. 2012.

LIMA, Rita de Cássia Duarte. Do Sanatório Getúlio Vargas ao HUCAM: uma trajetória de muitos desafios. **Revista HUCAM**, Vitória, ano 2, n. 4, p. 12-15, nov./dez. 1998.

LITTIKE, Denilda. **Improvizando a gestão por meio da gestão do improviso: o processo de trabalho dos gestores de um hospital universitário federal**. 2012. 128 f. Dissertação (Mestrado Políticas e Gestão em Saúde) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito do Santo, Vitória, 2012.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde e sua trajetória na reforma sanitária. In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 257-281.

MACHADO, Maria Helena; KOSTER, Isabella. Emprego e trabalho em saúde no Brasil: as políticas de desprecarização do Sistema Único de Saúde. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 195-213.

MACHADO, Maria Helena; MOYSÉS, Neuza Maria Nogueira; LEMOS, Waldirlando. ProgeSUS: uma proposta para mudar a realidade da gestão do trabalho. **Divulgação em Saúde para Debate**, Rio de Janeiro, n. 47, p. 16-28, maio 2012.

MACHADO, Maria Helena; OLIVEIRA, Eliane dos Santos de; MOYSÉS, Neuza Maria Nogueira. Tendências do mercado de trabalho em saúde no Brasil. In: PIERANTONI, Célia; DAL POZ, Mario Roberto; FRANÇA, Tânia (Org.). **O trabalho em saúde: abordagens quantitativas e qualitativas**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ, 2011, v. 1. p. 103-116.

Disponível em:

<<http://www.ensp.fiocruz.br/observarh/arquivos/Tendencias%2520de%2520Mercado%2520de%2520Trabalho.pdf>>. Acesso em: 5 mar. 2013.

MACHADO, Sérgio Pinto; KUCHENBECKER, Ricardo. Desafios e perspectivas futuras dos hospitais universitários no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 871-877, 2007.

MARCH, Cláudia. A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. **Revista Tempus – Actas de Saúde Coletiva On-line**, v. 5, n. 1, 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/925/935>>. Acesso em: 12 mar. 2013

MARCH, Cláudia. A Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, universidades públicas e autonomia: ampliação da subordinação lógica do capital. **Caderno de Notícias – Jornal da Adufes**, Vitória, n. 88, p. 8, ago./set./out. 2012.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. Prefácio. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 9-14.

MARTINS, Heloísa de Souza; RODRIGUES, Iram Jácome. O sindicalismo brasileiro na segunda metade dos anos 90. **Tempo Social: Revista de Sociologia da USP**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 155-182, out. 1999

MARTINS, Sérgio Pinto. **A terceirização e o direito do trabalho**. 3. ed. rev. amp. São Paulo: Malheiros, 1997.

MARTINS, Sérgio Pinto. **Flexibilização das condições de trabalho**. São Paulo: Atlas S.A., 2000.

MARX, Karl. **O capital – crítica da economia política: o processo de produção do capital**. 7. ed., São Paulo: Difusão Editorial S.A., 1982.

MÉDICI, A. C. Hospitais universitários: passado, presente e futuro. **Revista da Associação Médica Brasileira**, Brasília, v. 47, n. 2, p. 149-156, abr./jun. 2001.

MEIHY, José Carlos Sebe Bom. **Manual de história oral**. 5. ed. rev. amp. São Paulo: Loyola, 2005.

MELO, Cristina Maria Meira de. **Divisão social do trabalho e enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1986.

MELO, Nildo Aparecido de. Reestruturação capitalista e a base produtiva de Presidente Prudente: fordismo/taylorismo e acumulação flexível e as relações com a empregabilidade dos trabalhadores. **Geografia em Atos**, Presidente Prudente, v. 2, n. 8, 2008. Disponível em: <<http://revista.fct.unesp.br/index.php/geografiaematos/article/viewFile/260/melon8v2II>>. Acesso em: 27 abr. 2012.

MENEZES, Joyceane Bezerra de. O princípio da eficiência na administração pública brasileira: instrumentalização, destinação e controle. **Pensar**, Fortaleza, v. 10, n. 10, p. 57- 66, fev. 2005. Disponível em: <http://www.unifor.br/images/pdfs/pdfs_notitia/1666.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2012.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. rev. ampl. Rio de Janeiro: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2008. p. 278-284. ISBN: 978-85-987-36-6. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/apresentacao.html>>. Acesso em: 4 mar. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 10. ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

MOYSÉS, Neuza Maria Nogueira; O'DWYER, Gilson Cantarino. **Relações trabalhistas no SUS**. 2008. Caderno de textos para o Curso de Negociação do Trabalho no SUS do EAD/ENSP. Rio de Janeiro, 2008. p. 89-97.

MORIN, Estelle; TONELLI Maria José; PLIOPAS, Ana Luísa Vieira. O trabalho e seus sentidos. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 47-56, 2007. Edição especial.

MPF quer concurso para o preenchimento de 688 cargos no HUCAM. **Gazeta On-line**, Vitória, 2 fev. 2009. Disponível em: <<http://gazetaonline.globo.com/conteudo/2009/02/53944mpf+quer+concurso+para+preenchimento+de+688+cargos+no+hucam.html>>. Acesso em: 24 ago. 2013.

MUNIZ, Cibele Cristina Baldassa. Princípio da eficiência na administração pública brasileira. **Prisma Jurídico**, São Paulo, v. 6, p. 85-100, 2007.

NAVARRO, Vera Lúcia; PADILHA, Valquíria. Dilemas do trabalho no capitalismo contemporâneo. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, 2007. Número especial. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822007000400004>>. Acesso em: 26 fev. 2012.

NEGRÃO, João José. **Para conhecer o neoliberalismo**. [S.l.]: Publisher Brasil, 1998.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. **Divulgação em Saúde para Debates**, Rio de Janeiro, n. 14, p. 427-434, ago. 1996. Disponível em: <http://www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04U3T8.pdf>. Acesso em: 27 abr. 2012.

NOGUEIRA, Roberto Passos. **Introdução ao estudo do capital nos serviços de saúde**. Rio de Janeiro: CEBES. Disponível em:

<<http://www.cebes.org.br/media/File/Introdu%20ao%20estudo%20do%20capital%20nos%20servi%20os%20de%20sa%20FAde%20-%20Cebes.pdf>>. Acesso em: 5 fev. 2013.

NORONHA, José Carvalho de; SOARES, Laura Tavares. A política de saúde no Brasil nos anos 90. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 445-450, 2001.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200013>>. Acesso em: 3 jan. 2012.

OLIVEIRA, Thaís Azevedo de. **Princípio do não-retrocesso social nos limites da futura regulamentação da proteção ao emprego contra dispensa arbitrária ou sem justa causa**. 2010. Monografia (Especialização em Direito do Trabalho) – Programa de Pós-Graduação em Direito do Trabalho, Faculdade de Direito de Vitória, Vitória, 2010.

ORNELLAS, Thuê Camargo Ferraz de; MONTEIRO, Maria Inês. Aspectos históricos, culturais e sociais do trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 4, p. 552-555, jul./ago. 2006.

OSÓRIO, Cláudia et al. O trabalho cotidiano em hospitais: o ponto de vista da atividade de enfermagem. In: ASSUNÇÃO, Ada Ávila; BRITO, Jussara (Org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011. p. 83-107.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2011.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. **A reforma do Estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle**. Brasília: MARE, 1997. (Cadernos MARE da Reforma do Estado, v. 1).

PIERANTONI, Célia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 341-360, 2001.

Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200006>>. Acesso em: 3 jan. 2012.

PILOTTO, Bernardo. **Os hospitais universitários e sua crise**. Disponível em:

<<http://www.scribd.com/doc/36023434/Os-Hospitais-Universitarios-e-Sua-Crise>>. Acesso em: 18 ago. 2013.

PIMENTEL, Anne Geraldí. Toyotismo: prisão para a mente. **Revista Estudos do Trabalho**, ano 1, n. 1, 2007. Disponível em: <http://www.estudosdotrabalho.org/Pimentel_RET01.pdf>. Acesso em: 5 abr. 2012.

RIBEIRO, Sheila Maria Reis. Reforma do Aparelho do Estado no Brasil: uma comparação entre as propostas dos anos 60 e 90. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE LA REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, 7., 2002, Lisboa, Portugal. Disponível em:

<unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/clad/clad0043326.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2013.

RIZZOTO, Maria Lúcia Frizon. Neoliberalismo e saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2 ed. rev. amp. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2009. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/neosau.html>>. Acesso em: 8 set. 2013.

ROCHA, José Cláudio. O papel das fundações de apoio no contexto das universidades públicas no Brasil. **Âmbito Jurídico**, Rio Grande, ano 15, n. 100, maio 2012. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=11646>. Acesso em: 23 ago. 2013.

ROCHA, Patrícia Kuerten et al. Cuidado e tecnologia: aproximações através do modelo do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 1, p.113-116, jan./fev., 2008.

SANTOS, Boaventura de Souza. O social e o político na transição pós-moderna. **Lua Nova On-line**, São Paulo, n. 31, dez. 1993. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-64451993000300010&script=sci_arttext>. Acesso em: 31 jul. 2013.

SANTOS, Boaventura de Souza. **Pela mão de Alice: o social e o político na pós-modernidade**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 1997.

SCHOELLER, Soraia Dorneles. Processo de trabalho e organização trabalhista. In: GIOVANINI, Telma et al. **História da enfermagem – versões e interpretações**. 2. ed. Rio de Janeiro: Revinter Ltda., 2002. p. 129-251.

SILVA, Christine Oliveira Peter da Silva. A reforma administrativa e a Emenda n.º 19/98: uma análise panorâmica. **Revista Jurídica Virtual**, Brasília, v. 1, n. 1, maio 1999. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/revista/Rev_01/Reforma%20Administrativa.htm>. Acesso em: 15 jul. 2013.

SILVA, Denise Conceição da; ALVIM, Neide Aparecida Titonelli; FIGUEIREDO, Paula Alvarenga de. Tecnologias leves em saúde e sua relação como o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery – Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 291-298, jun. 2008.

SILVA, Rita Inês Casagrande. **Perfil dos pacientes revascularizados do miocárdio no período de 2004 a 2008 em um hospital universitário do Espírito Santo**. 2008. 137 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2008.

SILVA, Sayonara Grillo Coutinho Leonardo da; HORN, Carlos Henrique O princípio da proteção: fundamento da regulação não-mercantil das relações de trabalho. **Revista OAB**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 81-112, jul./dez. 2010.

SIMIONATTO, Ivete. Estado e sociedade civil em tempo de globalização: reinvenção da política ou despolitização. **Katalysis**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 19-30, jan./jun. 2004.

SOCIEDADE DE AMIGOS DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES. **Estatuto social da Sociedade de Amigos do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes**. Vitória, 1992.

SODRÉ, Francis et al. Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares: um novo modelo de gestão? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 114, p. 365-380, abr./jun. 2013.

SOUZA, Kátia de Oliveira; SODRÉ, Francis. A política de gestão dos hospitais universitários federais: o Estado e a lógica de mercado através da EBSERH para a saúde pública. In: ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL, 8., 2013, Vitória. **Anais...** Vitória: [s.n.], 2013.

SOUZA, Norma Valéria Dantas de Oliveira; LISBOA, Márcia Tereza Luz. Os múltiplos e contraditórios sentidos do trabalho para as enfermeiras: repercussões da organização e do processo laboral. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 5, n. 3, p. 326-334, set./dez. 2006.

TEIXEIRA, Carmen Fontes; SOLLA, Jorge Pereira. Modelo de atenção à saúde no SUS: trajetória do debate conceitual, situação atual, desafios e perspectivas. In: LIMA, Nísia Trindade; GERCHMAN, Sílvia; EDLER, Flávio Coelho (Org.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005. p. 451-479.

THÉBAUD-MONY, Annie; DRUCK, Graça. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In: DRUCK, Graça; FRANCO, Tânia (Org.). **A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização**. São Paulo: Boitempo, 2012. p. 23-58.

TOLFO, Suzana da Rosa; PICCININI, Valmíria. Sentidos e significados do trabalho: explorando conceitos, variáveis e estudos empíricos. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 1, p. 38-46, 2007. Edição especial.

TORO, Ivan Felizardo Contrera. O papel dos hospitais universitários no SUS: avanços e retrocessos. **Serviço Social & Saúde**, Campinas, v. 4, n. 4, p. 55-60, maio 2005.

TORRES, Marcelo Douglas de Figueiredo. **Estado, democracia e administração pública no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO. **Manual do servidor**. Vitória: PRGPAE. Disponível em: <<http://www.progepaes.ufes.br/manual-servidor>>. Acesso em: 10 set. 2013.

VAZQUEZ, Daniel Arias. Reestruturação produtiva e flexibilização do trabalho no Brasil – anos de 1990. **Revista ABE**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 80-96, jan./jun. 2008.

FONTES PRIMÁRIAS

ESPÍRITO SANTO (Estado). Processo n.º 4.123/01, de 2 de setembro de 2002. **Contrato firmado entre Associação Beneficente Pró-Matre e o Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes**. Vitória, 2001.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Processo n.º 23068.034155/2007, de 8 de agosto de 2007. **Convênio celebrado entre a Universidade Federal do Espírito Santo e o Município de Vitória**. Vitória, 2007.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Processo n.º 23068.0042341/07-58, de 4 de abril de 2008. **Contrato 056/2008 celebrado entre a Universidade Federal do Espírito Santo e Express Serviços de Locação de Mão de Obra Ltda.** Vitória, 2008.

ESPÍRITO SANTO (Estado). Processo n.º 23068.011450/2012-91, de 29 de agosto de 2012. **Contrato 037/2012 celebrado entre a Universidade Federal do Espírito Santo e Empresa Instituto Excellence.** Vitória, 2012.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES – HUCAM. **Processo de contratualização de metas do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes/UFES.** Vitória, 2005.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES – HUCAM. **Planejamento estratégico 2010-2020.** Vitória, 2010.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES – HUCAM. **Plano operativo anual 2011-2012.** Vitória, 2011.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES – HUCAM. Núcleo de Controladoria Técnico-Assistencial. **Força de trabalho atual do HUCAM/UFES.** Vitória, 2012.

APÊNDICE A

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

ROTEIRO PARA ESTIMULAR A FALA DOS SUJEITOS SOBRE O OBJETO

Depoimento n.º

Nome:

Categoria profissional:

O que o trabalho significa para você?

O que significa para você ser um trabalhador de enfermagem?

Há quanto tempo trabalha no HUCAM?

Em que área/setor você atua? Assistência ou gerência?

Turno e carga horária:

Qual o seu vínculo empregatício (UFES, SESA, terceirizado, outros)?

Você considera o seu salário compatível com os do mercado?

Você gosta de trabalhar nessa Instituição?

Fale sobre os pontos positivos e negativos em relação ao trabalho da enfermagem no HUCAM.

Fale sobre a sua percepção em relação aos diversos tipos de vínculo empregatício existentes na Instituição?

Quais as repercussões dessa situação para a força de trabalho da enfermagem?

E para você, em especial?

Quais as suas expectativas em relação à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)?

APÊNDICE B

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da minha pesquisa de Dissertação de Mestrado, a ser defendida no Mestrado Profissional em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, orientada pela Prof.^a Dr.^a Maria Carlota de Rezende Coelho e devidamente autorizada pelo CEP (CAAE: 04354612.5.0000.5071) e pela Diretoria do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes – UFES

Título: A flexibilização das relações de trabalho da enfermagem em um hospital universitário (1988 -1998).

Objetivos: Contextualizar o trabalho como atividade humana e a flexibilização das relações de trabalho na saúde no período de 1988 a 1998; identificar os diferentes tipos de vínculos e regulamentações trabalhistas vigentes no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes a partir da Reforma do Estado, na década de 1990; analisar o significado de flexibilização das relações de trabalho para o corpo social da enfermagem do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes.

Coleta de dados: Sua valiosa contribuição constituirá em uma entrevista individual sobre o tema estudado. Seu depoimento será gravado, transcrito e depois submetido à sua apreciação, a fim de assegurar a fidedignidade dos dados.

Garantia de esclarecimento, liberdade de recusa: Você será esclarecido(a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Sua participação é voluntária podendo, a qualquer momento, recusar-se a responder às perguntas ou desistir de participar e retirar seu consentimento, sem que isso lhe acarrete qualquer tipo de retaliação ou prejuízo.

Garantia de sigilo: Sua identidade não será declarada, garantindo-se assim sua privacidade e a confidencialidade das falas. Os depoimentos serão identificados por código, possibilitando as citações no desenvolvimento do estudo.

Riscos e benefícios: Não haverá riscos em sua participação e os benefícios do estudo serão a contribuição para se construir o conhecimento da história da enfermagem brasileira e do estado do Espírito Santo. Também não acarretará custos para você e nem será disponibilizado compensação ou reembolso financeiro adicional.

Os resultados da pesquisa serão utilizados apenas para alcançar os objetivos propostos e poderão constar de publicações, periódicos e trabalhos em eventos científicos. Você receberá uma cópia deste termo com os contatos da pesquisadora e de sua orientadora, caso queira sanar as dúvidas que tiver a qualquer momento. Consta também o e-mail do Comitê de Ética que aprovou o projeto.

Eu, _____, abaixo assinado(a), declaro estar ciente do inteiro teor deste TERMO DE CONSENTIMENTO e concordo em participar do estudo, com a garantia do sigilo das informações, sabendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, sem penalidades e/ou constrangimentos.

Vitória, __/__/2013

Assinatura: _____

CONTATOS

Mestranda: Sheila Maria Parreira Alves - Tel: (27) 3327-0615 / (27) 9832-0030
Endereço eletrônico: sheilaparreiralima@gmail.com
Espírito Santo, 2013.

Orientadora: Enf.^a Dr.^a Maria Carlota de Rezende Coelho - Tel.: (27) 3325-7975 / (27) 8167-4433
Endereço eletrônico: mcarlota3@hotmail.com
Espírito Santo, 2013

Conselho de ética: cephucam@gmail.com – Tel: (27) 3335-7130

APÊNDICE C

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO INSTITUCIONAL

Prezada Diretora do Departamento de Enfermagem do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes, Professora Rita Ines Casagrande da Silva

Por meio deste instrumento, venho respeitosamente solicitar a apreciação do projeto de pesquisa elaborado por mim, mestranda Sheila Maria Parreira Alves, sob a orientação da Enfermeira Doutora Maria Carlota de Rezende Coelho, para Dissertação de Mestrado a ser defendida no Mestrado Profissional em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo, com o título: A flexibilização das relações de trabalho da enfermagem em um hospital universitário (1988 -1998), devidamente autorizada pelo CEP (CAAE:04354612.5.0000.5071). Trata-se de uma pesquisa de cunho histórico social que tem como objeto de estudo a flexibilização das relações de trabalho em saúde e seus desdobramentos sobre o trabalho da enfermagem no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes na delimitação temporal de 1988 a 1998. Os objetivos são: contextualizar sobre o trabalho como atividade humana e a flexibilização das relações de trabalho na saúde no período de 1988 a 1998; identificar os diferentes tipos de vínculos e regulamentações trabalhistas vigentes no Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes a partir da Reforma do Estado na década de 90; analisar o significado de flexibilização das relações de trabalho para o corpo social da enfermagem do Hospital Universitário Cassiano Antônio Moraes. Para tanto, faz-se necessário a coleta de dados no que se refere ao período de vigência, instituições participantes, quantitativo de profissionais e faixa salarial por categoria dos contratos/convênios firmados por esta Instituição para suprir as demandas da força de trabalho da enfermagem. Solicitamos, então, autorização para proceder a coleta destes dados, bem como para citar o nome da instituição e ainda divulgação de registros documentais que por ventura venha ser necessário em algum momento da pesquisa.

Sheila Maria Parreira Alves

Declaro estar ciente do inteiro teor desta AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL e estou de acordo.

Vitória, 24 de maio de 2013

Rita Ines Casagrande da Silva

Mestranda:
Enfª Sheila Maria Parreira Alves
(27)3327-0615 - (27)9832-0030
sheilaparreiralima@gmail.com
Espírito Santo, 2013.

Orientadora:
Enfª Drª Maria Carlota de Rezende Coelho
(27)3325-7975 - (27)8167-4433
mcarlota3@hotmail.com
Espírito Santo, 2013

ANEXO A



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES

RECURSOS HUMANOS – 2012 – Atualizado em 20/08/2012

FORÇA DE TRABALHO ATUAL DO HUCAM/UFES

VÍNCULO	QUANTITATIVO	PERCENTUAL
MEC	891	53,35%
MINISTÉRIO DA SAÚDE	38	2,27%
TERCEIRIZADOS	505	30,23%
SESA Contrato	106	6,34%
SESA Estatutário	63	3,77%
PMV Estatutário	3	0,17%
PMV Contrato	0	0,00%
FAHUCAM (Convênio PMV)	33	1,97%
SAHUCAM (Voluntariado)	32	1,91%
TOTAL	1670	100%

RESIDÊNCIA MÉDICA E MULTIPROFISSIONAL

ÁREA	QUANTIDADE
ANESTESIOLOGIA	09
CARDIOLOGIA	04
CIRUR. GASTROENTEROLOGICA	04
CIRURGIA GERAL	16
CIRURGIA VASCULAR	04
CLÍNICA MÉDICA	22
DERMATOLOGIA	06
GASTROENTEROLOGIA	04
INFECTOLOGIA	05
HEPATOLOGIA	01
MASTOLOGIA	04
NEFROLOGIA	04
NEONATOLOGIA	01
OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA	13
OFTALMOLOGIA	07
PATOLOGIA	02
PEDIATRIA	07
RADIOLOGIA E DIAGNOSTICO	11
REUMATOLOGIA	04
MEDICINA INTENSIVA	04
TRANSPLANTE DE FÍGADO	01
UROLOGIA	07
ULTRASSON. EM OBST. E GIN.	03
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL	07
TOTAL	150

Av. Marechal Campos, 1355 - Santos Dumont – Vitória – ES – CEP. 29 040-091
Telefone: (27) 3335 7411

controladoriahucam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES

SERVIDORES UFES/HUCAM

CARGO	QUANTITATIVO
ADMINISTRADOR	2
AJUSTADOR MECANICO	2
ALMOXARIFE	5
ARQUIVISTA	2
ASSISTENTE DE LABORATORIO	2
ASSISTENTE EM ADMINISTRACAO	42
ASSISTENTE SOCIAL	11
ATENDENTE DE CONSULTORIO-AREA	5
ATENDENTE DE ENFERMAGEM	7
AUXILIAR DE ANATOMIA E NECROPSIA	1
AUXILIAR DE CARPINTARIA	1
AUXILIAR DE COZINHA	7
AUXILIAR DE ENFERMAGEM	222
AUXILIAR DE FARMACIA	4
AUXILIAR DE LABORATORIO	15
AUXILIAR DE NUTRICAO E DIETETICA	3
AUXILIAR EM ADMINISTRACAO	25
BIOLOGO	1
BOMBEIRO HIDRAULICO	3
CONTADOR	4
CONTINUO	4
COPEIRO	12
COSTUREIRO	1
COZINHEIRO	3
CARGO DIRETOR	2
ECONOMISTA	1
ELETRICISTA	2
ENCADERNADOR	1
ENFERMEIRO-AREA	51
FARMACEUTICO	8
FARMACEUTICO BIOQUIMICO	10
FISIOTERAPEUTA	2
FONOAUDIOLOGO	2
INSTRUMENTADOR CIRURGICO	2
MARCENEIRO	3
MECANICO	1
MEDICO-AREA	169
MOTORISTA	3
NUTRICIONISTA-HABILITACAO	7
ODONTOLOGO	1
OPERADOR DE CALDEIRA	1
OPERADOR DE MAQUINA DE LAVANDERIA	6

Av. Marechal Campos, 1355 - Santos Dumont – Vitória – ES – CEP. 29 040-091
Telefone: (27) 3335 7411

controladoriahucam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES

PEDREIRO	1
PINTOR-AREA	2
PORTEIRO	1
PROFESSOR 3º GRAU	7
PSICOLOGO-AREA	2
RECEPCIONISTA	3
SERVENTE DE LIMPEZA	14
TECNICO DE LABORATORIO AREA	33
TECNICO EM ANATOMIA E NECROPSIA	2
TECNICO EM CONTABILIDADE	1
TECNICO EM ELETRICIDADE	1
TECNICO EM ELETRONICA	1
TECNICO EM ENFERMAGEM	143
TECNICO EM FARMACIA	1
TECNICO EM NUTRICAÇÃO E DIETÉTICA	5
TECNICO EM RADIOLOGIA	14
TELEFONISTA	4
TOTAL	891

Fonte: Núcleo de Controladoria do HUCAM

TERCEIRIZAÇÃO RECURSOS HUMANOS
PERÍODO: JANEIRO À JULHO 2012

EMPRESA	ÁREA DE ATUAÇÃO	QUANTITATIVO PESSOAL	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR TRIMESTRE (R\$)
INSTITUTO EXCELLENCE	ZELADORIA	124	286.619,30	860.196,72
EXCELLENCE	COZINHA	66	160.297,72	480.893,16
APSA	ANESTESIOLOGIA	18	259.317,00	590.429,45
EXPRESS	APOIO ADMINIST	297	843.877,81	2.244.222,02
TOTAIS		505	1.550.111,83	4.175.741,35

OBS: OS VALORES VARIAM DE MÊS PARA O OUTRO, DE FORMA QUE TEMOS QUE ESCOLHER UM DELES. O ESCOLHIDO FOI O ÚLTIMO, COMO O MÊS DE FECHAMENTO DO TRIMESTRE (ABRIL À JUNHO 2012).

Av. Marechal Campos, 1355 - Santos Dumont – Vitória – ES – CEP. 29 040-091

Telefone: (27) 3335 7411

controladoriahucam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES

RESUMO DA PLANILHA DE MÃO-DE-OBRA

INSTITUTO EXCELLENCE – HIGIENIZAÇÃO

ITEM	CARGO	QUANTITATIVO
01	ENCARREGADO	05
02	SERVENTE	117
03	JARDINEIRO	02
TOTAL		124

INSTITUTO EXCELLENCE – COZINHA

ITEM	CARGO	QUANTITATIVO
01	COPEIRO	35
02	COZINHEIRO	06
03	ALMOXARIFE	01
04	DESPENSEIRO	02
05	AUXILIAR DE SERVIÇOS GERAIS	06
06	AUXILIAR DE COZINHA	08
07	ENCARREGADO NÍVEL I	06
08	ENCARREGADO GERAL	02
TOTAL		66

APSA – SOCIEDADE PRESTADORA DE SERVIÇOS EM ANESTESIOLOGIA LTDA

ITEM	CARGO	QUANTITATIVO
01	MEDICO ANESTESIOLOGISTA	18
TOTAL		18

EXPRESS SERVIÇOS DE LOCAÇÃO DE MÃO-DE-OBRA LTDA

ITEM	CARGO	QUANTITATIVO
1.	Administrador	08
2.	Almoхарife	05
3.	Analista de Tecnologia da Informação	02
4.	Assistente em Administração	66
5.	Assistente Social	06
6.	Atendente de Consultório	11
7.	Auxiliar de Enfermagem	33
8.	Auxiliar de Anatomia e Necropsia	01
9.	Auxiliar em Administração	23
10.	Biólogo	01
11.	Contador	01
12.	Contínuo	05
13.	Costureiro	01
14.	Engenheiro Civil	01
15.	Enfermeiro	18

Av. Marechal Campos, 1355 - Santos Dumont – Vitória – ES – CEP. 29 040-091
Telefone: (27) 3335 7411

controladoriahucam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES

16.	Farmacêutico	02
17.	Fisioterapeuta	02
18.	Médico	12
19.	Mestre de Edificações e Infraestrutura	03
20.	Motorista	03
21.	Operador de Caldeira	01
22.	Operador de Máquina de Lavanderia	20
23.	Psicólogo	02
24.	Recepcionista	35
25.	Secretaria Executiva	06
26.	Técnico de Laboratório	16
27.	Técnico de Informática	02
28.	Técnico em Arquivo	01
29.	Técnico em Contabilidade	02
30.	Técnico em Enfermagem	06
31.	Técnico em Instrumentação	01
32.	Telefonista	00
33.	Técnico em Segurança do Trabalho	00
34.	Terapeuta Ocupacional	01
TOTAL		297

FUNCIONÁRIOS CEDIDOS PELA SESA

CATEGORIA	CONTRATO TEMPORÁRIO	ESTATUTÁRIO	TOTAL
ASSISTENTE SOCIAL	03	02	05
AUXILIAR DE ENFERM.	32	01	33
AUXILIAR DE LABORAT.	01	00	01
AUXILIAR DE SERV. GERAIS	00	01	01
BIÓLOGO	01	00	01
ENFERMEIRO	18	05	23
MÉDICO	22	51	73
PSICÓLOGO	01	02	03
TÉCNICO DE ENFERM.	27	00	27
TÉCNICO DE LABORAT.	01	01	02
TOTAL	106	63	169



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES

Convênio PMV/FAHUCAM

CATEGORIA	QUANTITATIVO
ADMINISTRADOR	01
ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	01
AUXILIAR ADMINISTRATIVO	02
AUXILIAR DE PRODUÇÃO	17
AUXILIAR SERVIÇO LABORATÓRIO	01
BIÓLOGO	01
COORDENADOR PRODUÇÃO	01
FARMACÊUTICO	01
FONOAUDIÓLOGO	01
GERENTE GERAL	01
GERENTE PRODUÇÃO	01
PSICÓLOGO	01
RECEPCIONISTA	02
SECRETARIA	01
TÉCNICO EM LABORATÓRIO	01
TOTAL	33

VOLUNTÁRIOS DA SAHUCAM – Sociedade Amigos do HUCAM, entidade sem fins lucrativos.

CATEGORIA	QUANTITATIVO
AUXILIAR LABORATÓRIO	01
ENFERMEIRO	02
FARMACÊUTICO	02
FÍSICO	01
MÉDICO	16
PSICÓLOGO	01
PSICOPEDAGOGO	01
SERVIÇO SOCIAL	01
TÉCNICO EM LABORATÓRIO	01
TÉCNICO EM RADIOLOGIA	06
TOTAL	32

Av. Marechal Campos, 1355 - Santos Dumont – Vitória – ES – CEP. 29 040-091
Telefone: (27) 3335 7411

controladoriahucam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES

PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM LOTADOS NO HUCAM

CATEGORIA	VÍNCULOS							TOTAL
	UFES	Terceir.	SESA Estat.	SESA Contr.	PMV Estat.	PMV Contr.	SAHUCAM	
ENFERMEIRO	51	18	05	18	-	-	02	94
TÉC. DE ENF.	143	06	-	27	-	-	-	176
AUX. DE ENF	222	33	01	30	-	-	-	286
ATEND. ENF.	07	-	-	-	-	-	-	07
TOTAL	423	57	06	75	-	-	02	563

PROFISSIONAIS MÉDICOS LOTADOS NO HUCAM

Categoria	Vínculo	Quantitativo				TOTAL
		CH 20 h	CH 24 h	CH 40 h	*Outras CH	
MÉDICOS	UFES	103	-	66	-	169
	Ministério da Saúde	30	-	01	-	31
	Terceirizados	12	-	-	18	30
	SESA Estatutário	26	14	11	-	51
	SESA Contratados	07	01	14	-	22
	SAHUCAM (Voluntários)**	-	-	-	16	16
	PMV Estatutário	03	-	-	-	03
TOTAL GERAL		181	15	92	34	322

**Os funcionários da SAHUCAM possuem carga horária livre.*



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES

RELAÇÃO DE MÉDICOS POR ESPECIALIDADE E VÍNCULO EMPREGATÍCIO

ESPECIALIDADE	VÍNCULOS							TOTAL
	UFES	Terceirizados	MS	SESA Estat.	SESA Contr.	PMV Estat.	SAHUCAM	
Anestesiologia	06	18						24
Alergista e Imunologista					01			01
Anatomopatologista	02							02
Angiologia./Cirurgia Vasc.		01	01					02
Cardiologia	06		03	01			03	13
Cirurgia Cabeça/Pescoço	02							02
Cirurgia Geral	13			01				14
Cirurg. Pediátrica	05							05
Cirurgia Plástica				01	01		01	03
Cirurgia Torácica	02							02
Clínica Geral	09	01		02	01		03	16
Dermatologia	01		02	01	01			05
Endocrinologia	04	01	01					06
Gastroenterologia	06		02	06	01		01	16
Ginecologia/Obstetrícia	27	02	04	07	01		01	42
Hematologia	03		01	04				08
Infectologia	03		02	06	01			12
Intensivista	09							09
Mastologista		01		01				02
Medico do Trabalho	02			01				03
Nefrologia	06		02	01	01			10
Neurologia	02	01	01					04
Neurocirurgia	01		02					03
Oftalmologia	06	01	01	01	09	01		19
Ortopedia	01		01					02
Otorrinolaringologista	01		01	01			02	05
Patologia	01	01						02
Pediatria	26		04	09	03		01	43
Pneumologia	06		01	01				08
Proctologia	02			01				03
Psiquiatra			02	01				03
Radiologista	10	03		02	02	01	03	21
Reumatologia	04			01		01		06
Urologia	03			02			01	06
TOTAL	169	30	31	51	22	03	16	322

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Atualmente o quadro de pessoal do HUCAM está composto por 1.670 profissionais de diferentes vínculos empregatícios lotados nos diversos serviços e setores. Desse total, 891 profissionais (53,35%), representam os servidores técnicos administrativos do quadro efetivo, sendo que (46,65%) se referem às outras formas de admissão e contratação de pessoal utilizada pela Instituição para suprir o déficit de profissionais existentes no quadro próprio.

Av. Marechal Campos, 1355 - Santos Dumont – Vitória – ES – CEP. 29 040-091
Telefone: (27) 3335 7411

controladoriahucam@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTONIO MORAES

Acerca dos outros vínculos empregatícios existentes na Instituição, vale ressaltar que:

- a Secretaria Estadual de Saúde (SESA) disponibiliza ao HUCAM um total de 169 profissionais, por meio de cessão de servidores e de Contrato temporário de trabalho que prestam atendimento na área ambulatorial e hospitalar. Representando 10% do total de profissionais do quadro não efetivo.
- A Prefeitura Municipal de Vitória - PMV disponibiliza 03 profissionais para atendimento ambulatorial por meio de cessão de servidores e de um Convênio celebrado com o HUCAM com interveniência da Universidade Federal do Espírito Santo objetivando prestar assistência na área de urgência e emergência.

Esta situação evidencia o déficit de profissionais do quadro efetivo (UFES) o que representa hoje um percentual de 54,25% do total de enfermeiros atuantes na Instituição. Quanto aos demais profissionais do quadro, 46,65% do total representam as outras formas de admissão e contratação de pessoal utilizada pelo HUCAM para suprir o déficit dessa força de trabalho e garantir o atendimento à população.

**Núcleo de Controladoria Técnico Assistencial
HUCAM / UFES**

Av. Marechal Campos, 1355 - Santos Dumont – Vitória – ES – CEP. 29 040-091
Telefone: (27) 3335 7411

controladoriahucam@gmail.com

ANEXO B

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CASSIANO ANTÔNIO MORAES

RESUMO DISTRIBUIÇÃO DE LEITOS POR ÁREA - HUCAM

ÁREA	CLÍNICA	CAPACIDADE INSTALADA	LEITOS ATIVOS	LEITOS BLOQUEADOS	LEITOS PLANEJADOS
Clínica Médica	2º Andar	39	26	13	
	4º Andar	38	38	0	
	Nefrologia	13	13	0	
	Hospital Dia (AIDS)	9	9	0	
	*CPC	9	0	9	
	Total	108	86	22	
Clínica Cirúrgica	Masculina	22	22	0	
	Feminina	20	17	3	
	Urologia	25	25	0	
	Enfermaria 8	5	5	0	
	Cardiologia Cirúrgica	6	6	0	
	Total	78	75	3	
Gineco-Obstétrico	Ginecologia Clínica	10	10	0	
	Ginecologia Cirúrgica	5	5	0	
	Obstetria Clínica	16	15	0	
	Obstetria Cirúrgica	5	6	0	
	Total	36	36	0	
Leitos Complementares	UTI	8	8	0	8
	UTIN Tipo II	10	6	4	
	Unidade Intermediária	14	6	8	
	UTIP			0	10
	Semi-Intensivo Pediátrico			0	4
	Total	32	20	12	22
Clínica Pediátrica	1º Andar	12	9	3	
	2º Andar	21	12	9	
	Total	33	21	12	
TOTAL GERAL		287	238	49	22

* CPC - Centro de Pesquisa Clínica - Leitos de Tuberculose Pulmonar

OBS.: A atual capacidade instalada atual do HUCAM é de 287 leitos. Contudo, considerando os leitos da UTI Pediátrica, Semi-Intensivo Pediátrico e UTI Adulto, os quais não estão em funcionamento pela necessidade de aporte de profissionais e equipamentos, a capacidade operativa total é de 309 leitos.

Quanto à Unidade Intermediária Neonatal houve um acréscimo de 04 os quais correspondem aos leitos do Método Canguru (Portaria Nº 693/GM de 05/07/00). Na UTI Neonatal houve uma redução de 02 leitos tendo em vista a necessidade de adequação da relação metro quadrado por leito estabelecida na RDC Nº 50 de 21/02/02 e ao atendimento às determinações da RDC Nº 07 de 24/02/10.

Núcleo de Controladoria Técnico Assistencial do HUCAM - Fevereiro 2013

Enfa. Lucinete de Oliveira Souza

ANEXO C

ANEXO D

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A FLEXIBILIZAÇÃO DO EMPREGO E DO TRABALHO DA ENFERMAGEM: o caso de um hospital universitário (1988 -1998)

Pesquisador: Sheila Maria Parreira Alves

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 04354612.5.0000.5071

Instituição Proponente: Hospital Universitário Cassiano Antônio de Moraes

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 178.461

Data da Relatoria: 29/08/2012

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa(PP) apresenta devidamente preenchido, porém não há detalhamento da metodologia. A coleta de dados será por meio de entrevista gravada e consta apenas o roteiro dessa entrevista. Outros documentos relacionados ao PP dimensionam a pesquisa. Tem-se alguns erros de digitação e concordância nos documentos anexados.

Objetivo da Pesquisa:

Contextualizar a flexibilização do emprego e do trabalho na saúde a partir da Reforma do Estado na década de 90. Identificar os desdobramentos da flexibilização do emprego e do trabalho da enfermagem em um hospital universitário. Descrever o significado de flexibilização do emprego e do trabalho para o corpo social da enfermagem de um hospital universitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Por tratar-se de dados coletados durante uma entrevista não há risco ao entrevistado ou entrevistador, por ser uma participação voluntária, sem identificação com retirada livre do entrevistado da pesquisa. Quanto aos benefícios apresentados pelos autores, serão os de registros da história da enfermagem no Estado do Espírito Santo contextualizando a flexibilização do emprego e do trabalho no âmbito da Instituição referenciada e seus desdobramentos sobre o corpo social da enfermagem.

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.040-001

UF: ES

Município:

Telefone: (273)335 -7130

Fax: (273)335 -7130

E-mail: cepucam@gmail.com

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CASSIANO ANTÔNIO DE
MORAES



Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de cunho documentário com ganho para o conhecimento do trabalho da enfermagem num hospital universitário.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos anexados ao projeto de pesquisa, listam a folha de rosto, o roteiro da entrevista, este com perguntas subjetivas, além do cronograma, TCLE e o modelo do termo de autorização institucional, sem a devida autorização do Superintendente do hospital universitário, cenário da pesquisa. O TCLE apresenta os itens necessários e termos acessíveis aos entrevistados com apresentação, objetivos, comentários sobre a privacidade, por meio de códigos, a metodologia aplicada, autorização do entrevistado, participação voluntária, riscos e benefícios, informação da publicação e os contatos dos autores.

Recomendações:

Autorização Institucional

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O Projeto de pesquisa trata-se de uma documentação histórica do trabalho da enfermagem no Espírito Santo de um ambiente de trabalho: hospital universitário, de metodologia simples, sendo de total viabilização técnica e ética

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O Colegiado aprovou o parecer do relator.

19 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Fausto Edmundo Lima Pereira
(Coordenador)

Endereço: Avenida Marechal Campos, 1355

Bairro: Santos Dumont

CEP: 29.040-001

UF: ES

Município:

Telefone: (273)335 -7130

Fax: (273)335 -7130

E-mail: cepucam@gmail.com