

A PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO E O PROCESSO DE PRIVATIZAÇÃO DA SAÚDE:

as contradições presentes na constituição histórica da Secretaria de
Estado de Saúde do Rio de Janeiro¹

RESUMO

A precarização das relações de trabalho na contemporaneidade se constitui como um processo dinâmico e contraditório, inerente à dinâmica capitalista, refletindo o resultado de um cenário de disputas, travadas entre o capital e o trabalho. A análise desta conjuntura reforça a tese em torno da centralidade da metamorfoseada categoria trabalho, contemplando a natureza dos limites impostos ao trabalho no setor de serviços e no seio de políticas públicas, como é o caso da saúde. Nesta perspectiva, o presente trabalho, consiste em identificar e decifrar as relações de trabalho precarizantes estabelecidas no âmbito da política pública de saúde, tendo como horizonte os mecanismos exploratórios, consolidados no interior da lógica privatizante, que serve de escopo para a operacionalização da saúde no âmbito da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro, refletindo a estratégia do capital de superexploração trabalho, como eixo estruturante e norteador do processo de reprodução do sistema capitalista.

Palavras-chave: Política de saúde. Trabalho. Precarização do Trabalho.

ABSTRACT

The precariousness of work relations in contemporary times constitutes a dynamic and contradictory process, inherent to capitalist dynamics, reflecting the result of a scenario of disputes between capital and work. The analysis of this conjuncture reinforces the thesis around the centrality of the metamorphosed category of work, contemplating the nature of the limits imposed on work in the service sector and within public policies, as is the case of health. In this perspective, the present work consists of identifying and deciphering the precarious work relationships invaded within the scope of public health policy, having as a horizon the exploratory switches, consolidated within the privatizing logic, which serve as a scope for the operationalization of health in the scope of the Rio de Janeiro State Health Secretariat, reflecting the capital strategy of overexploitation of work, as a structuring and guiding axis of the process of reproduction of the capitalist system.

Keywords: Health policy. Work. Precariousness of Work.

1. INTRODUÇÃO

Nosso ponto de partida perpassa pela síntese que compreende o modo de produção capitalista, de natureza toyotista, como um padrão de resposta capitalista à

¹ Marcelo Augusto do Nascimento Muniz. Doutor em Serviço Social pelo Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Assistente Social do Corpo de Bombeiros Militar do Estado do Rio de Janeiro (CBMERJ).

crise instalada pelo fordismo e, conseqüentemente, à constituição do trabalho de caráter repetitivo e em massa. A interrelação entre as formulações do toyotismo e a busca por alternativas à crise estrutural, promovida e inerente ao grande capital representa, portanto, uma nova forma de organização do trabalho e um novo modelo de regulação de suas relações, compatível com um hodierno ordenamento social. Estamos nos referindo a dinâmica capitalista neoliberal, que envolve um conjunto de determinações e requisições, traçadas e definidas a partir do resultado da correlação de forças entre capital e trabalho, tendo a assadura própria do Estado como testemunha e, muitas vezes, cúmplice em um cenário de disputas sociais e ideológicas.

Assim, sob o prisma da centralidade do trabalho no mundo contemporâneo, o desemprego estrutural, a ampliação do assalariamento do setor de serviços, o aumento do subproletariado e do trabalho precário funcionam como ingredientes essenciais para a compreensão do processo de heterogeneização, fragmentação e complexificação da classe trabalhadora que, conseqüentemente, dão novos significados às relações entre capital e trabalho, estabelecidas em nossos dias, inclusive no âmbito de políticas públicas como a saúde. Uma vez reconhecida e ratificada a centralidade do trabalho na trama do capitalismo contemporâneo, o tratamento teórico acerca dos fenômenos que envolvem o universo do trabalho seria infrutífero se desconsiderássemos a teoria crítico-dialética de tradição marxista como marco teórico-metodológico capaz de decifrar os enigmas que envolvem a combinação dos processos capitalistas de produção e reprodução, a partir da constatação de uma realidade em constante movimento e transformação, em uma relação progressiva, histórica e não-linear.

Desta maneira, estão dados os elementos teóricos e categorias analíticas, que juntamente com outras tantas contribuições, correspondem ao alicerce para a tentativa de interpretação e análise da relação capital x trabalho, estabelecida no interior da política pública de saúde, culminando na possibilidade de identificação e desvendamento de mecanismos recentes de exploração e precarização, que recaem sobre o conjunto da classe trabalhadora, a partir das determinações impostas pela lógica de organização estrutural capitalista. Neste sentido, o presente trabalho, resultante da tese de doutorado "*O trabalho na saúde: a ofensiva do capital e a precarização das relações de trabalho na contemporaneidade*", defendida recentemente no Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade do

Estado do Rio de Janeiro (UERJ), tem o intuito de promover um amplo debate sobre os processos atuais de precarização das relações de trabalho na saúde, escamoteados pela perspectiva alienante inerente ao múnus capitalista de reprodução.

Trata-se, portanto, da busca por significados, informações e dados sobre a conflituosa relação travada entre capital e trabalho, tendo como espaço amostral a política pública e estadual de saúde, conformada sobre um cenário de privatização de suas relações, caracteristicamente definido na conjuntura de contrarreforma do aparelho de Estado que, conseqüentemente, redefiniu seu limites e responsabilidades, abrindo espaço para o avanço da iniciativa e dos interesses privados sobre as políticas públicas pela via de concessão aos novos modelos de gestão e administração. Associada a pesquisa de natureza teórica e a releitura de uma gama de legislações pertinentes e necessárias para a exata compreensão das controvérsias presentes no mundo do trabalho e sua relação histórica com a política de saúde do Brasil, foram utilizados, fundamentalmente, os dados fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) do Rio de Janeiro, em outubro de 2021, cuja fotografia pôde ser desvelada e contribuiu, significativamente, para a leitura de fenômenos e estratégias recentes de exploração e subordinação do trabalho às imposições do grande capital.

O resultado do intercurso analítico proposto, presente nesta breve exposição, cumpre a função de promover a necessária interlocução entre os dados da realidade fornecidos pela SES e o premente exercício reflexivo em torno das estratégias contemporâneas de exploração do trabalho. Assim, o caráter privatizante impresso pelo avanço da gestão das Organizações Sociais e da Fundação Saúde do Rio de Janeiro e, fundamentalmente, a concepção e organização do trabalho na saúde, são norteadores da seara que confirmam as múltiplas estratégias do capital para manutenção e reprodução do sistema capitalista, por intermédio de novos e constantes mecanismos de precarização do trabalho e expropriação dos direitos sociais do conjunto de trabalhadores da saúde. Decifrar os signos dessa realidade é condição sine qua non para superação de suas contradições e reversão dos resultados mais recentes e adversos da luta de classes, que representa a atividade finalística de todo esforço analítico que norteou esta tese.

2. SAÚDE E TRABALHO: ELEMENTOS DA CONSTITUIÇÃO HISTÓRICA DA POLÍTICA DE SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

A rede de atendimento estadual de serviços de saúde pode ser considerada bastante diversificada e robusta, sendo composta por Unidades de Pronto Atendimento (UPAS 24h), institutos, hospitais gerais, hospitais especializados, policlínicas e unidades de apoio, diagnose e terapia. De acordo com o Plano Estadual de Saúde do Rio de Janeiro referente aos anos de 2020 – 2023, a Secretaria de Estado de Saúde, além de seu protocolar papel de gestora, indutora, promotora e articuladora da política de saúde, atua diretamente na assistência à saúde, por intermédio de 56 (cinquenta e seis) unidades, sendo 26 (vinte e seis) unidades do tipo Institutos, Centros Especializados, Hospitais Gerais ou Unidades Especializadas e 30 (trinta) Unidades de Pronto Atendimento), além do Centro de Diagnóstico por Imagem e das unidades móveis de mamografia e tomografia.

No que se refere a distribuição territorial das unidades de saúde supracitadas, o plano destaca que as 26 (vinte e seis) unidades, entre hospitais, institutos e centros especializados, abrangem as cinco regiões de saúde e um total de 12 (doze) municípios. Na região Metropolitana I, com 13 (treze) unidades no município do Rio de Janeiro, 01 (uma) unidade em Duque de Caxias, 01 (uma) em Mesquita, 01 (uma) em Nilópolis e 01 (uma) em São João do Meriti. Na Metropolitana II, com 02 (duas) unidades em Niterói, 02 (duas) em Itaboraí e 01 (uma) em São Gonçalo. Na Baixada Litorânea, com 01 (uma) unidade em Araruama e outra em Saquarema. No Médio Paraíba, com 01 (uma) unidade em Volta Redonda e no Centro Sul, com 01 (uma) unidade em Paraíba do Sul.

Na perspectiva da conformação dos modelos de gestão dos serviços incorporados à administração das unidades de saúde vinculadas à SES, observamos a adoção de uma diversidade de estratégias presentes nesta conjuntura. Para compreendermos melhor o dinamismo impresso neste cenário apresentaremos a seguir um quadro comparativa entre o estudo desenvolvido por LIMA em 2017, os dados apresentados no Plano Estadual de Saúde, referente aos anos de 2020 a 2023, e os dados atuais apresentados pela SES em seu sítio eletrônico de domínio público. Os dados, a priori, demonstram uma tendência de avanço da gestão da Fundação Saúde no estado, que entre um estudo e outro assumiu sete novas unidades em um curto lapso temporal, demonstrando uma tendência recente de organização da política de saúde por parte da SES - RJ.

Quadro 1 – Modelos de Gestão das Unidades Hospitalares de Saúde da SES

Modelos de Gestão da Saúde/ Fonte de Dados	Organizações Sociais	Fundação Saúde	Administração Direta	Gestão Compartilhada
LIMA (2017)	13	3	7	2
PLANO ESTADUAL DE SAÚDE (2020 – 2023)	11	10	2	3
INFORMAÇÕES DE DOMÍNIO PÚBLICO (2023)	8	14	1	3

FONTE: O autor, 2023.

A esta altura nos parece autoexplicativa a importância atribuída ao debate sobre o trabalho e suas formas mais precarizadas, em uma conjuntura onde a política de saúde é entregue às ações e determinações do mercado. A SES que, comprovadamente, eximiu-se de sua função e responsabilidades na prestação direta da assistência à saúde, pouco se interessaria sobre as condições em que o trabalho na saúde se realiza. Em termos de associação e representação por organismos, associações e movimentos sociais, o mix de relações de trabalho e vínculos profissionais consegue efetivar a estratégia do capital de dissolver e, por vezes, dissipar a capacidade organizativa dos trabalhadores da saúde. O terreno minado e arenoso que encobre as contradições do capital e seu projeto de dominação e exploração é invisibilizado pelas múltiplas e específicas pautas presentes nas relações cotidianas dos profissionais de saúde. Entre os servidores públicos efetivos, o debate se concentrou na luta para a implementação do Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS), que não possui nenhuma vinculação com os trabalhadores com vínculos precários e instáveis.

Já no que tange aos profissionais com vínculos frágeis, a luta perpassa, necessariamente, pela manutenção dos empregos e garantia de salários em dia. Conforme mencionamos anteriormente, o avanço do trabalho autônomo e temporário e, principalmente, a significativa participação de Pessoas Jurídicas agudiza os processos alienantes do capital, dificultando a capacidade de autorreconhecimento da classe trabalhadora como tal e sua organização. Paralelamente, a Reforma Trabalhista (Lei nº 13.467/2017) e a destituição da obrigatoriedade da contribuição sindical, afastou intencionalmente os trabalhadores de seus órgãos representativos, tornando a relação capital e trabalho ainda mais desigual. Neste cenário

completamente adverso aos trabalhadores da saúde, não foi possível identificar espaços de organização e representação dos profissionais vinculados, direta e indiretamente, à SES. O isolamento dos trabalhadores da saúde, imposto pela lógica capitalista, fez com que suas lutas e pautas fossem individualizadas e ilhadas em sua própria problemática, gerando uma conjuntura de apassivamento dos trabalhadores e, conseqüentemente, inviabilizando a constituição de movimentos de resistência aos processos de exploração e precarização do trabalho na saúde.

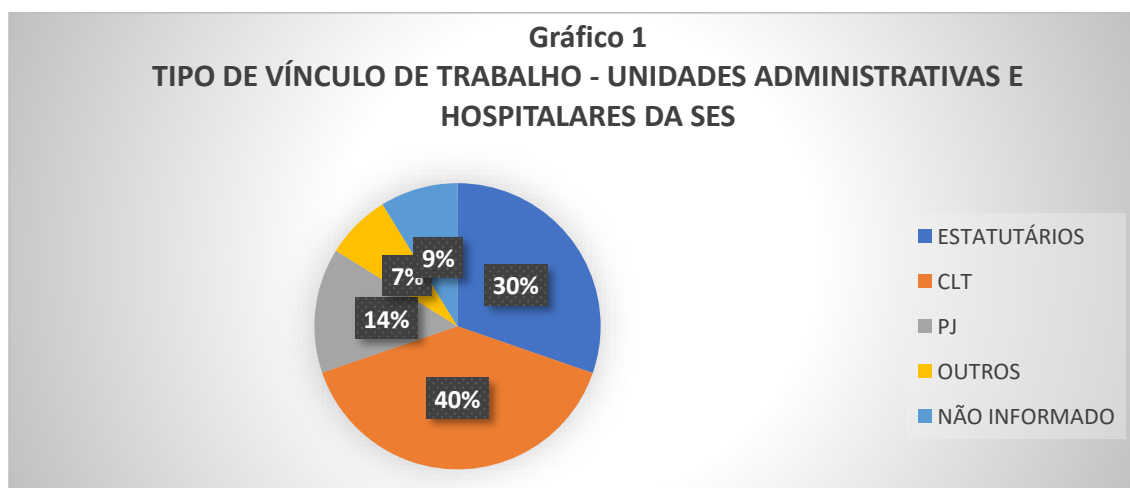
A intensificação do processo de terceirização no Rio de Janeiro, com a proliferação das Organizações Sociais na saúde, ao longo dos dois mandatos do governador Sérgio Cabral, representou, portanto, uma gestão de recursos humanos apoiada nas regras e normas precarizantes impostas pelo mercado, com a consolidação de métodos de controle de qualidade total, que exigiu a formação de trabalhadores versáteis para a execução de inúmeras tarefas distintas. Compreende-se, portanto, que a proposta de terceirização da saúde, materializada com o repasse da gestão dos serviços para as Organizações Sociais e à Fundação Saúde, interfere diretamente na constituição do trabalho coletivo na saúde, não de maneira isolada, mas dentro de uma perspectiva ampla e articulada, que altera e subjuga o conjunto de trabalhadores da saúde.

3. A PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE: A SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO EM QUESTÃO

De acordo com os números analisados a SES possui um efetivo de 7.733 (sete mil, setecentos e trinta e três) estatutários (servidores públicos efetivos). Lembrando que tais dados são um recorte de informações pertinentes a outubro de 2021. Entre os profissionais com vínculos de trabalho junto à Fundação Saúde o número é de 4.552 (quatro mil, quinhentos e cinquenta e dois) trabalhadores com vínculo precário de trabalho, sendo 2.670 (dois mil, seiscentos e setenta) profissionais sobre o regime da CLT e 1.883 (mil, oitocentos e oitenta e três) profissionais de saúde com vínculo considerado temporário, o que significa estar suscetível ao tempo determinado pela própria fundação. Entre as unidades subordinadas à gestão das Organizações Sociais, essa relação é ainda mais confusa. Ao todo são, aproximadamente, 7.395 (sete mil trezentos e noventa e cinco) funcionários sob regime da Consolidação das Leis Trabalhistas. Entretanto, duas unidades consultadas não informaram o tipo de vínculo estabelecido entre a instituição e seus profissionais, o Hospital Regional do

Médio Paraíba Doutora Zilda Arns Neumann e o chamado Complexo Lagos, que juntas possuem 2.239 (dois mil, duzentos e trinta e nove) funcionários em seus quadros. Isso significava que os dados abaixo apresentados são dotados de uma certa dose de obscuridade, embora sugestivamente apontem para a reafirmação da tendência de estabelecimento de vínculos precários de trabalho em quantidades ainda maiores do que as passíveis de confirmação e exatidão.

Os dados apresentados são alarmantes e bastante representativos quanto a fatia precarizante destinada aos trabalhadores da saúde do estado do Rio de Janeiro. Os profissionais com vínculo estável ocupam apenas 30% dos postos de trabalho declarados pela SES. Se observarmos, comparativamente, parcela a parcela, o percentual de trabalhadores com vínculos sólidos de trabalho não parece tão discrepante dos demais. Porém, quando analisamos o real significado expresso no conjunto das informações detalhadas no gráfico, podemos facilmente concluir que estamos diante de um cenário com mais de 60% de trabalhadores com vínculos fragilizados. Muitos deles, com pouco ou nenhum tipo de instrumento legal destinado à proteção da classe trabalhadora. São cerca de 40% de trabalhadores regidos pela atacada CLT, 14% contratado como PJ e sem vínculo trabalhista e, ainda, 7% de profissionais de saúde ocupando os postos de trabalho na condição vexatória de temporários e autônomos. Se considerarmos que os 9% dos vínculos não declarados estão em unidades sob gestão estritamente privada, podemos compreender que este universo privatizante que, conseqüentemente, marca as relações de precarização e exploração do trabalho na saúde, representa uma realidade absoluta de 70% dos trabalhadores identificados pela pesquisa em curso.



Fonte: O autor, 2023.

A relação entre OSs e profissionais de saúde é, ainda, mais complexa quando observamos em seus quadros outro tipo de vínculo entre empregadores e empregados. Neste sentido, identificamos uma prática comum de recrutamento de trabalhadores da saúde que assumem suas funções na condição de Pessoas Jurídicas (PJ). Foram identificados 3.596 (três mil, quinhentos e noventa e seis) trabalhadores da saúde nesta condição. Isso implica uma relação, caracteristicamente, entre empresas, no âmbito das unidades de saúde subordinadas à SES e, conseqüentemente, uma desobrigação das contratantes do pagamento de encargos, assim como, garantia de direitos trabalhistas, que passam a ser obrigações da própria Pessoa Jurídica contratada. Estamos nos referindo a um tipo de vínculo que não prevê afastamentos remunerados, férias, décimo terceiro salário e nenhum outro benefício previdenciário. Ou seja, uma relação capitalista, tipicamente alienante, onde os profissionais da saúde são convencidos que esta nova modalidade de contrato é necessária para garantia de salários mais elevados, além de serem seduzidos pela possibilidade de não pagamento de tributos, como o Imposto de Renda (IR).

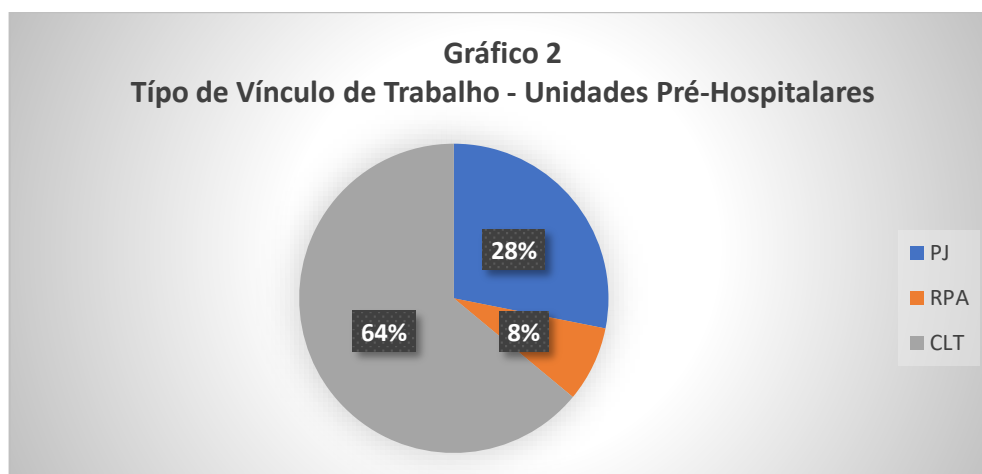
De fato, esta conjuntura representa um conjunto de perdas sem precedentes para a classe trabalhadora, que vê sua condição de classe diluída na relação jurídica entre uma empresa privada, que detém a concessão da administração geral do serviço ou unidade de saúde, e dezenas de outras microempresas subsidiárias, que representa o esmagamento e a supressão da classe trabalhadora em sua relação com a burguesia, expressão dos interesses do grande capital. Numa perspectiva geral, essa relação reflete duas tendências principais. A primeira delas é a contratação quase individual de profissionais através de vínculo como pessoa jurídica. É o caso de unidades como o Hospital da Mulher, onde a razão entre o número de profissionais e o número de contratos com pessoas jurídicas é de 1,43. Ou seja, 63 (sessenta e três) profissionais para 44 (quarenta e quatro) contratos entre a detentora da concessão da gestão da unidade de saúde e outras empresas menores, muitas delas apenas com um profissional. Outra tendência identificada são os contratos firmados por setor profissional ou especialidade de saúde. Neste caso, o contrato firmado com uma pessoa jurídica representa a responsabilização da contratada por um setor ou departamento da unidade de saúde. Assim, cada clínica ou departamento é entregue a uma empresa, que recruta precariamente seus colaboradores para assumir a responsabilidade sobre determinados setores. No geral, os contratos firmados nesta

modalidade de pessoa jurídica são, majoritariamente, voltados para profissionais da medicina, o que em teses contribui para a manutenção dos salários mais altos entre os profissionais de saúde, sem o ônus dos encargos trabalhistas que deveriam ser pagos pelo empregador capitalista.

Ao analisarmos os aspectos pertinentes ao vínculo de trabalho de unidades pré-hospitalares, como as Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), identificamos uma relação empregador capitalista e trabalhadores da saúde ainda mais diversa e precarizante. Em linhas gerais, os dados disponibilizados pela SES sobre as UPAs ratificam a tendência, usualmente praticada no mercado, de estabelecimento de contratos de trabalhos subsidiados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), principalmente entre os profissionais de saúde não médicos. Por outro lado, reproduz-se a lógica de contratação de pessoas jurídicas para ocupar postos de trabalho, majoritariamente, médicos. Entretanto, uma terceira via se apresenta neste contexto. São os chamados Recibos de Pagamentos Autônomos (RPA), também denominados *coringas*, que representam uma espécie de contratação de pessoa física autônoma, que presta serviços pontuais para as unidades de saúde, cobrindo férias e licenças, sem que isso caracterize vínculo empregatício regulado pela CLT ou que represente qualquer outro tipo de responsabilidade legal entre a empresa contratante e o trabalhador requisitado.

Ao todo, foram analisados os dados de 29 (vinte e nove) Unidades de Pronto Atendimento vinculadas à SES, as quais eram administradas por 7 (sete) Organizações Sociais diferentes: Viva Rio (8), Sociedade Beneficente Caminho de Damasco (1), Instituto dos Lagos Rio (2), Associação Filantrópica Nova Esperança (7), Hospital Mahatma Gandhi (6), Instituto Diva Alves do Brasil – IDAB (4) e Instituto de Desenvolvimento, Ensino e Assistência à Saúde – IDEAS (1). Os números confirmam, em primeiro lugar, a tendência que se generalizou no último decênio de afastamento total da instância estadual na prestação direta de serviços pré-hospitalares, como o que é oferecido pelas UPAs. Não foi identificada a participação de nenhum servidor público em nenhum segmento ou setor responsável por estes serviços. Além disso, observou-se a reprodução do padrão de contratação de profissionais de saúde das unidades hospitalares também neste contexto, com a confirmação de um número expressivo de trabalhadores da saúde regidos pela CLT, totalizando 3.128 (três mil, cento e vinte e oito) profissionais de diferentes áreas de conhecimento. Entretanto, embora os números apontem para esta tendência principal,

é expressivo o número de profissionais que perdem sua condição de trabalhador e são contratados como pessoa jurídica, perfazendo um quantitativo de 1.375 (mil trezentos e setenta e cinco) profissionais nesta condição. Não podendo ignorar o número de trabalhadores autônomos, sem vínculo profissional algum com a empresa contratante e, tão pouco, amparado pelos direitos legalmente constituídos pela CLT: 386 trabalhadores.

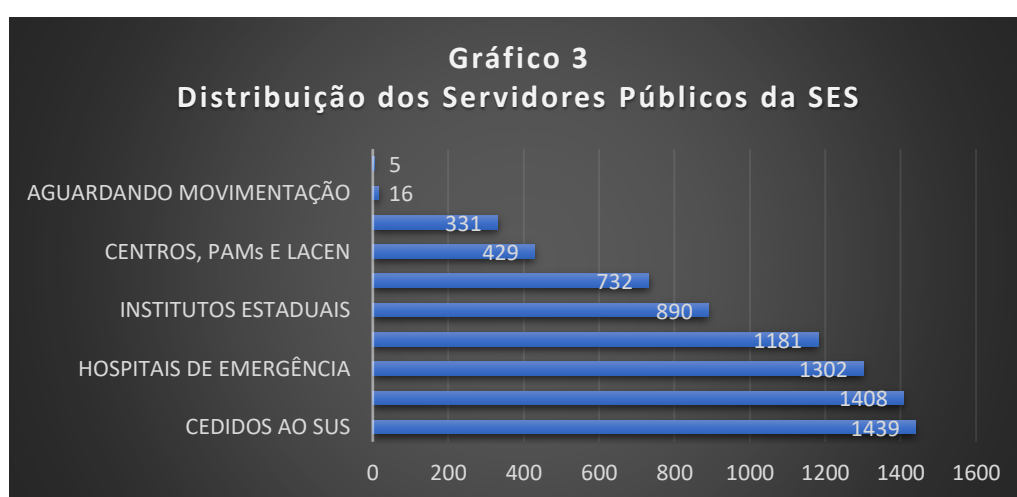


Fonte: O autor, 2023.

Embora o cenário apresentado tenha demonstrado uma tendência progressiva de avanço e aprofundamento dos interesses privados do grande capital sobre os serviços públicos de saúde do estado do Rio de Janeiro, mais especificamente sobre os repasses oriundos do fundo público, não podemos ignorar a existência e as condições de trabalho, semelhantemente precárias, a que estão submetidos o funcionalismo público vinculado à SES. Ao recuperarmos os dados fornecidos pela Secretaria de Estado de Saúde, agora com um olhar especificamente sob os servidores públicos, buscamos entender qual é o lugar reservado ao funcionalismo público neste contexto de privatização generalizada da saúde através da concessão da gestão das unidades e serviços de saúde do estado. As informações disponibilizadas pela SES mostram o vácuo institucional no que se refere à questão dos servidores públicos da saúde e a importância atribuída a seu trabalho.

Conforme sinalizado anteriormente, a SES contava em outubro de 2021 com 7.733 (sete mil, setecentos e trinta e três) servidores sob regime de trabalho considerado estatutário. Desse total, cerca de 1.408 (mil, quatrocentos e oito) atuam em atividades burocráticas-administrativas no nível central da SES e 732 (setecentos

e trinta e dois) servidores estão cedidos a outros setores fora da Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro. Entre as unidades que prestam assistência direta à população do estado, o maior quantitativo de profissionais está cedido a outras unidades do SUS, das instâncias federais ou municipais, cerca de 1.439 (mil, quatrocentos de trinta e nove). Outros 3.373 estão atuando em Hospitais de Emergência, Hospital Especializados ou Institutos Estaduais, além 429 (quatrocentos e vinte e nove) trabalhando em unidades ambulatoriais e 331 (trezentos e trinta e um) cedidos à Fundação Saúde.



Fonte: O autor, 2023.

Os dados comprovam o abissal desprezo e irrelevância atribuída aos servidores públicos e estatutários da saúde nesta conjuntura. Se considerarmos que atualmente somente uma unidade de saúde da SES, o Hospital Estadual Tavares de Macedo, está sob gestão direta da instância estadual de saúde e que apenas outras três unidades têm participação na gestão dos serviços (Gestão Compartilhada Público-Privada) – Hospital de Traumatologia e Ortopedia Dona Lindu, Hospital Regional Médio Paraíba Dra. Zilda Arns e Hospital Estadual Vereador Melchíades Calazans – podemos concluir que a maior parte dos profissionais de saúde da SES com vínculo efetivo presta serviço para Organizações Sociais e/ou Fundação Saúde. A SES ainda conta com mais de quatrocentos profissionais comissionados, além de cerca de duzentos militares, especialmente do Corpo de Bombeiros do Estado do Rio de Janeiro, e mais de seiscentos terceirizados, distribuídos em diferentes setores e unidades, em um movimento de clara substituição dos servidores públicos concursados da área da saúde.

Na prática, resulta desta conjuntura um amplo leque de relações e interesses contraditórios, que impõem aos servidores públicos um lugar onde eles são tidos como supérfluos e obsoletos. Diferentemente do que se possa imaginar, os estatutários são afastados de suas funções laborais e atividades fins, além da prestação direta de assistência aos usuários dos serviços de saúde. Mesmo nas unidades mencionadas, a atuação dos servidores públicos está restrita a atividades burocráticas e tidas como menos importantes na estrutura dos respectivos serviços, como em núcleos de saúde do trabalhador, principalmente. A esses trabalhadores são destinados postos de trabalho específicos, mais parecidos como depósitos de servidores públicos, onde só cabem estatutários e cujas funções não são de interesse da instituição e nem interferem na dinâmica de funcionamento das unidades de saúde. A iniciativa privada, através dos gestores da saúde, delega aos servidores um papel de meros figurantes, que aguardam inertes o fim de sua “vida útil” e só são tolerados, enquanto ainda servem a algum interesse do capital. Afinal, ainda executam funções burocráticas e sem visibilidade que o capital não tem interesse de pagar.

Assim, parafraseando ANTUNES (2018), podemos concluir que o processo de terceirização, que inclui a privatização da saúde pela via da concessão da gestão da política à iniciativa privada, de fato, constitui o fio condutor dos instrumentos recentes que determinam os mecanismos de precarização do trabalho em países com traços de dependência, como é o caso do Brasil. Terceirizar a saúde representa, portanto, muito mais do que uma mera opção de modernização das engrenagens do Estado, como tem sido aludido desde meados da década de 1990, no bojo dos marcos legais da reforma administrativa do Estado e de seu plano diretor. Atualmente, terceirizar a saúde corresponde a um fenômeno societário com sérios rebatimentos sobre todos os campos e dimensões do trabalho, sendo uma opção prática que envolve a redefinição da lógica de gestão, organização e controle do trabalho, resultante da consolidação de contratos flexíveis, caracterizados pela progressiva redução ou eliminação do sistema de proteção social e trabalhista. Em outras palavras, a terceirização corresponde a virulento ataque à identidade coletiva dos trabalhadores da saúde, marcada pelo aprofundamento das táticas de individualização, fragmentação e alienação, que sempre estiveram associadas, necessariamente, à desvalorização do trabalho humano e à subsunção da legislação social e trabalhista ao capital em detrimento do processo de valorização do capital e reprodução do sistema capitalista.

4. CONCLUSÃO

Todas as relações estabelecidas no âmbito do trabalho, evidenciadas até aqui, sejam elas tipicamente privadas ou entre as imposições colocadas aos servidores públicos da SES, confirmam a abissal estratégia capitalista de exploração e precarização do trabalho, elemento central no processo de produção e reprodução das relações contraditórias do capitalismo contemporâneo. Desta forma, vimos, portanto, que a lógica de precarização e superexploração da força de trabalho, de fato, não corresponde a algo estático e uniforme, sendo capaz de se ampliar e avançar para além de limites anteriormente imagináveis. Assim, podemos concluir que o processo de precarização do trabalho na saúde, traço característico e intrínseco ao capitalismo, atualmente se manifesta por intermédio de vários mecanismos, como a intensificação das diferentes formas de contratualização do trabalho na saúde, prolongamento da jornada de trabalho, restrição e expropriação de direitos e novas formas de organização sociotécnica do trabalho.

Ratifica-se, portanto, a perspectiva da terceirização como o fio condutor do processo de precarização do trabalho na saúde, não restando dúvidas quanto o caráter nocivo do processo de terceirização, via transferência e concessão dos serviços públicos de saúde para a iniciativa privada. A transferência e o abandono do Estado de suas funções protetoras e assistenciais no âmbito da política de saúde consolidou um terreno fértil para o fortalecimento do ataque do capital a todas as formas anteriores de regulação do Estado, seja das políticas públicas de caráter universal ou dos instrumentos e mecanismos de proteção do trabalho e controle de abusos cometidos ao longo dos processos exploratórios inerentes ao mercado. A defesa da flexibilização como processo inexorável, suscitado pela falácia da modernidade capitalista expôs a notória conjuntura de desigualdade e expropriação dos direitos da classe trabalhadora, que a cada dia trabalha mais e recebe menos, em um contexto de instabilidade funcional, subtração de direitos, intensificação das relações alienantes e dos instrumentos que encobrem os interesses e a capacidade organizativa da classe trabalhadora. Esta dinâmica torna as demandas provenientes da classe trabalhadora e, por vezes, o próprio trabalhador, personagens invisíveis no processo de correlação de forças que envolve os interesses difusos entre trabalho e o capitalismo contemporâneo, que amplia sua estratégia de produção e ampliação do mais-valor, adentrando definitivamente no setor de serviços e no veio das políticas públicas, como procuramos demonstrar ao longo de toda esta jornada.

O que se observa na prática é um intenso esforço do capitalismo para consolidar um novo tipo de trabalhador, mistificado na figura do colaborador, o que implica um personagem ou sujeito social que aceita, pacificamente, as imposições do capital em nome de uma filosofia cooperação ou um compromisso/ responsabilidade social maior, sendo convidado a assumir uma postura incrédula e fatalista diante de um contexto apresentado como algo imutável. Garantias, como de salários e remunerações compatíveis com as atribuições profissionais exigidas, passariam, necessariamente, por sacrifícios e perdas. Esse é o discurso ideologicamente elaborado por representantes dos interesses privados capitalistas ao estabelecer contratos com Pessoas Jurídicas e abandonar a opção por vínculos formais de trabalho. O resultado parece evidente ao deflagrar novas formas de extração e precarização do trabalho e expropriação dos direitos sociais, além de permitir a metamorfose do tempo e do espaço, a partir da ampliação da lógica de terceirização.

É notório que a principal estratégia do capital perpassa pela desarticulação da classe trabalhadora, com quem, historicamente, protagoniza grandes duelos e embates, tornando-a invisível. Sem o aprofundamento da consciência de classe não é possível estabelecer mecanismos de resistência diante dos desmandos e abusos do capital. Ao capital cabe desagregar para avançar, individualizar as relações de trabalho para dominar e invisibilizar a estrutura de classes para eliminar qualquer possibilidade de resistência. Essa é a estratégia central do capitalismo contemporâneo esquadrihada neste estudo e representa, simultaneamente, a única alternativa da classe trabalhadora para suplantar o mais vil e violento ataque do capitalismo dos últimos anos. Sem consciência de classe será impossível o trabalhador voltar a se colocar como contraponto à ofensiva do capital, no bojo das disputas de classe e no desigual processo de correlação de forças.

5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREAZZI, M. F. S. *O público e o privado na atenção à saúde: notas para uma caracterização de trajetórias e desafios no Brasil*. In: Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2013.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 16. ed. São Paulo/ SP: Cortez, 2015.

BRASIL. Lei nº 13.467, de 13 de julho de 2017. Altera a Consolidação das Leis do

Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e as Leis nº 6.019, de 3 de janeiro de 1974, 8.036, de 11 de maio de 1990, e 8.212, de 24 de julho de 1991, a fim de adequar a legislação às novas relações de trabalho. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Poder Legislativo, Brasília, DF, 14 de julho. 2017.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. Livro I: o processo de produção do capital. 1ª ed. São Paulo: Editora Biotempo, 2013.

_____. *O Capital: crítica da economia política*. Livro III: o processo global da produção capitalista. 1ª ed. São Paulo: Editora Biotempo, 2017.

PARADA, R. *Federalismo e o SUS: um estudo sobre as mudanças dos padrões de governabilidade no Rio de Janeiro*. 2002. 158f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.

RIO DE JANEIRO. Lei nº 8.986, de 25 de agosto de 2020. Acrescenta o parágrafo único ao art. 41 da Lei nº 6043, de 19 de setembro de 2011, que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais, no âmbito da saúde, mediante contrato de gestão, e dá outras providências e fica a Lei nº 6043, de 19 de setembro de 2011, revogada a partir de 31 de julho de 2024. *Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro, RJ, 26 de agosto. 2020.

TEIXEIRA, M. J. O. *A fundação estatal de direito privado na saúde: um modelo de gestão democrático?* In: Saúde, Serviço Social, Movimentos Sociais e Conselhos. São Paulo: Cortez, 2013.