

Relações contratuais e perfil dos cirurgiões-dentistas em centros de especialidades odontológicas de baixo e alto desempenho no Brasil

Analysis of contractual relations and profile of dentists at dental specialty centers of low and high performance in Brazil

Raquel Santos de Oliveira

Universidade de Pernambuco. Faculdade de Odontologia de Pernambuco. Departamento de Odontologia Social. Olinda, PE, Brasil.
E-mail: raquelsoliveira78@yahoo.com.br

Heloisa Maria Mendonça de Morais

Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Medicina Social. Recife, PE, Brasil.
E-mail: heloisa.morais@uol.com.br

Paulo Sávio Anzeiras de Goes

Universidade Federal de Pernambuco. Departamento de Odontologia Preventiva e Social. Recife, PE, Brasil.
E-mail: paulosaviogoes@gmail.com

Carlos Botazzo

Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. São Paulo, SP, Brasil.
E-mail: botazzo@hotmail.com

Bruno Gama Magalhães

Universidade Federal de Pernambuco. Faculdade de Odontologia. Departamento de Odontologia. Recife, PE, Brasil.
E-mail: bruno.gama83@yahoo.com.br

Resumo

Introdução: No Brasil, a partir da década de 1990, quando foram implementadas novas modalidades contratuais flexíveis na administração pública, tem se destacado o debate sobre as relações de trabalho. Esse movimento de mudanças tem repercutido no sistema público de saúde pela tendência à instabilidade dos vínculos laborais e à desproteção social. **Objetivo:** Investigar o perfil profissional de cirurgiões-dentistas dos centros de especialidades odontológicas e analisar a natureza das relações de trabalho em vigor nos contratos firmados entre esses profissionais e os municípios. **Metodologia:** O estudo, de natureza exploratória, foi realizado a partir de entrevistas semiestruturadas com 289 profissionais alocados em 59 centros de especialidades odontológicas das 5 macrorregiões do país, selecionados entre os 10% com melhor e pior desempenho na produção de procedimentos. **Resultados:** Entre os profissionais investigados, a maioria era do sexo feminino (55,0%). Quanto à qualificação profissional, 72,7% do total dos entrevistados afirmaram ter cursado ou estar cursando pós-graduação no momento da entrevista. A presença de vínculos precários e a instabilidade laboral sobressaem nas entrevistas, o que evidencia algumas distinções entre as macrorregiões do país. **Conclusões:** Ao ressaltar o debate sobre o conceito de trabalho precário, os autores reafirmam que essa condição se faz presente no espaço da Política Nacional de Saúde Bucal implementada por estados e municípios.

Palavras-chave: Trabalho; Condições de Trabalho; Mercado de Trabalho; Saúde Bucal.

Correspondência

Raquel Santos de Oliveira
Rua Caetano Ribeiro, 425, apto. 304. Olinda, PE, Brasil. CEP 53130-440.

Abstract

Introduction: In the 1990s, flexible contractual relations were implemented in the realm of public administration in Brazil, which have led to job insecurity among health professionals working in the public sector. **Objective:** The aim of the present study was to investigate the profile of dentists at Dental Specialty Centers of the Brazilian public healthcare system and to analyze the nature of work relations stipulated in contracts between dentists and municipalities. **Methods:** An exploratory study was carried out involving semi-structured interviews with 289 dentists at 59 Dental Specialty Centers representative of the five macro-regions of Brazil and selected among the 10% best and worst performance in the production of procedures. **Results:** Among the professionals surveyed, more than half were women (55.0%). As regards professional qualifications, 72.7% of total respondents said they had attended or were attending postgraduate school at the time of the interview. The most important issues raised during the interviews regarded unstable work ties and job insecurity. Moreover, differences were found among the country's macro-regions. **Conclusions:** The findings of the present study underscore the existence of job insecurity stemming from the Brazilian National Oral Health Policy implemented by states and municipalities. **Keywords:** Work; Working conditions; Job market; Oral health.

Introdução

No campo da saúde, em anos recentes, tem se destacado o debate sobre as relações de trabalho. A importância atribuída a essa questão está relacionada, em grande medida, ao processo de expansão da precarização do trabalho nos serviços de saúde, sejam eles de natureza pública ou privada, o que tem ocasionado relevantes problemas, tanto para os trabalhadores como para as instâncias de gestão do sistema de saúde.

Para alguns autores, o trabalho precário diz respeito àquelas modalidades contratuais com déficit ou ausência de direitos trabalhistas e previdenciários garantidos pela legislação (Girardi, 1996; Nogueira; Baraldi; Rodrigues, 2004; Baraldi; Dáz; Martins, 2009; Girardi et al., 2010). Outros, entretanto, introduzem uma dimensão adicional ao conceito, porque entendem que a temporalidade dos vínculos de trabalho é promotora de insegurança e instabilidade (Druck; Thébaud-Mony, 2007; Alves, 2009; Antunes, 2009; Hirata, 2009; Girardi et al., 2010). Por último, e não menos importante, também comporia a ideia de trabalho precário o baixo valor dos salários pagos aos trabalhadores (OIT, 1999; Antunes, 2008; Braga, 2012).

A dimensão do fenômeno da precarização do trabalho no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) foi revelada durante os anos 2000 por alguns estudos em âmbito nacional, encomendados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002, 2004b). As investigações trataram de avaliar, entre outras questões, as modalidades de contratação de profissionais no Programa Saúde da Família (PSF). Em Brasil (2007, p. 4-5), “constatou-se que dois terços dos municípios pesquisados vinculavam os profissionais com o PSF por meio de contratos precários (contratos temporários irregulares e contratos com autônomos prestadores de serviços) ou terceirizados”. Já em Brasil (2004a, p. 23), pesquisa realizada com os trabalhadores do SUS, “evidenciou-se que 30% deles possuíam vínculos contratuais precários”.

De modo geral, as pesquisas no campo da saúde têm dado prioridade ao conhecimento dos tipos de modalidades de vínculos contratuais e empregatícios, aos padrões de remuneração, à durabilidade do emprego, aos esquemas de proteção e aos benefícios

e direitos dos trabalhadores. Essas características dimensionam, de algum modo, a qualidade do emprego diante ao cenário de precarização do trabalho.

Desde então, a questão do trabalho precário na área da saúde tem sido objeto de investigação e de acalorados debates. De um lado porque, no Brasil, nas últimas duas décadas, esse fenômeno tem se apresentado como uma clara tendência, tanto no âmbito do setor público como do privado. Igualmente nítidas são as consequências que a precarização traz para a vida do trabalhador - nessa condição marcada pela instabilidade no trabalho, por baixos salários e pela ausência de proteção social -, e, em decorrência, para sua saúde.

Nessa mesma direção, Pereira (2004) argumenta que, desde o início da década de 1990, o debate sobre a força de trabalho em saúde no SUS tem sido assinalado como um de seus nós críticos, entretanto, sem o devido tratamento no que diz respeito à sua organização e gestão em âmbito nacional.

Pelas razões expostas, a interpretação desse fenômeno tem mobilizado diferentes visões, considerando as distintas dimensões presentes na explicação do “trabalho precário”, dimensões estas que transitam desde a esfera legal até a econômica e a política.

Sabe-se que a ocorrência desse fenômeno tem sido discutida em escala global há pelo menos quatro décadas. Desde então, a classe trabalhadora tem vivenciado profunda transformação no universo laboral, em decorrência das novas formas flexíveis de gestão e organização do trabalho. Uma grande parcela da força humana disponível para o trabalho padece das atribulações do trabalho precarizado, subcontratado, parcial, terceirizado, quarteirizado, marcado pela instabilidade e pelo constante desmonte dos direitos trabalhistas e previdenciários, ou vivencia a “barbárie do desemprego”.

Os fenômenos da flexibilização e precarização do trabalho advieram da crise do capital, iniciada na segunda metade dos anos 1970, e, desde então, assiste-se à tendência contínua e crescente de desconstrução do universo laboral. Para Mészáros (2007) é da natureza do capital progredir para além de suas barreiras imediatas e, assim, ampliar com dinamismo perverso sua esfera de dominação e operação. A sociedade vivencia uma crise histórica sem precedentes, dimensionada como estrutural

por Mészáros (2007), devido ao fato de não ser uma crise cíclica mais ou menos ampla do capitalismo, como as ocorridas anteriormente.

Diante da necessidade de superação da crise, o capital iniciou um processo de reorganização e recuperação de seu ciclo produtivo, processo este conhecido por reestruturação produtiva, cujas bases estão alicerçadas em políticas macroeconômicas de cunho neoliberal. Entre seus pressupostos destacam-se: a abertura das economias liberais; o controle do déficit fiscal; o corte nos gastos sociais; a desmontagem do setor produtivo estatal; e a desregulamentação dos direitos do trabalho.

As mudanças decorrentes da reestruturação produtiva, sobretudo as orientadas e inspiradas pelas formas flexíveis de gestão e organização do trabalho, alteram substantivamente a formação do mercado de trabalho, via desemprego, terceirização e precarização do trabalho (Mota; Amaral, 2000).

Cabe esclarecer que a flexibilização é a estratégia para a desregulamentação do trabalho, via tecnologias de gestão do “mundo empresarial”, que são expressões de uma lógica societária na qual só o capital vale e a força humana de trabalho conta apenas enquanto parcela imprescindível para a reprodução desse mesmo capital.

Isso porque o capital é incapaz de realizar sua autovalorização e expansão sem utilizar a força de trabalho humano. No livro I de *O capital*, Marx (2011, p. 370) afirma: “o capital tem seu próprio impulso vital, o impulso de valorizar-se, de criar mais-valia, de absorver com sua parte constante, com os seus meios de produção, a maior quantidade possível de trabalho excedente” e são “os assalariados que transformam sua força de trabalho em força de valorização crescente do capital que está sempre se expandindo”.

Na tentativa de esclarecer os alicerces do fenômeno da precarização do trabalho na atual sociedade capitalista, Alves (2009) afirma que a base objetiva da precarização do trabalho se caracteriza pela intensificação da exploração e pela espoliação da força de trabalho; pelo desmonte de coletivos de trabalho e de resistência sindical-corporativa; e pela fragmentação social nas cidades em virtude do crescimento exacerbado do desemprego em massa. Antunes (2009) acrescenta, ainda, que existem

outras formas de trabalho que frequentemente mascaram a superexploração e mesmo a autoexploração, como o “empreendedorismo”, as falsas “cooperativas”, os trabalhos “voluntários”. Segundo Kalleberg (2009), na condição de trabalho precário, os riscos empregatícios passam a ser assumidos principalmente pelo trabalhador e não por seus empregadores ou pelo Estado.

No Brasil, a possibilidade legal da implementação do trabalho flexível iniciou-se nos anos 1990, a partir do projeto de reforma do Estado ou, como denominado por alguns autores, da contrarreforma do Estado (Behring, 2008; Mota; Amaral; Peruzzo, 2010; Behring; Boschetti, 2011).

O processo de flexibilização do trabalho materializou-se, então, por meio da Emenda Constitucional n. 19/1998, na qual foram realizadas profundas modificações no texto constitucional. Desde então, na administração pública, passaram a ser permitidas as seguintes condições: a nomeação sem concurso público para os cargos em comissão, declarados em lei de livre nomeação e exoneração; a contratação por tempo determinado no caso de “necessidade temporária de excepcional interesse público” estabelecida pelo regime especial; e a introdução do vínculo contratual regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), que vem substituindo o vínculo estatutário regido pelo Regime Jurídico Único (RJU). Ao contrário do que alguns sustentaram, a partir da edição dessas alterações não ficaram prejudicados os estatutos elaborados pelos entes federativos; todos continuam vigentes, mas foi reaberta a possibilidade de “convivência harmônica” (Ribeiro, 2006, p. 11) entre diferentes regimes jurídicos. É a partir desse novo arcabouço jurídico, então, que estão formalmente instituídas no Brasil as relações flexíveis de trabalho ou a possibilidade legal da precarização na administração pública.

Vale reafirmar que o setor da saúde não ficou à margem dessas transformações. Alguns estudos apontam um cenário de precarização do trabalho no âmbito do SUS (UFRN, 2006; Tomasi et al., 2007; Girardi et al., 2010; Mendonça et al., 2010; Silveira et al., 2010). Outros trabalhos se referem ao problema no âmbito da Política Nacional de Saúde Bucal (PNSB) (Nogueira; Baraldi; Rodrigues, 2004; Girardi et al., 2007; Tomasi et al., 2008; Oliveira, 2010).

É, pois, no âmbito da PNSB que se insere esta pesquisa, que teve por objetivo investigar o perfil profissional de cirurgiões-dentistas e analisar a natureza das relações de trabalho em vigor nos contratos firmados entre esses profissionais e os municípios das cinco macrorregiões do país. Os serviços pesquisados foram os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), que têm papel estratégico na implementação dessa política.

Metodologia

Os dados analisados nesta investigação são parte da segunda fase da “Pesquisa de Linha de Base para Avaliação e Monitoramento: Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil”, realizada em 2009, como desdobramento do Projeto de Cooperação Internacional entre Brasil e Cuba, financiado pela Agência Brasileira de Cooperação (ABC) e pela Organização Pan-Americana da Saúde (Opas).

Na segunda fase da pesquisa, foram realizadas entrevistas diretas intensivas por meio de questionários semiestruturados com cirurgiões-dentistas lotados nos 59 CEO visitados nessa etapa. Esses serviços estão localizados em 51 municípios das 5 macrorregiões brasileiras. Do total dos municípios, 19 eram de pequeno porte (abaixo de 50 mil habitantes) e 32 de grande porte (acima de 100 mil habitantes). O universo de 59 CEO foi definido a partir dos 613 investigados na primeira fase da pesquisa, os quais foram implantados até 31 de dezembro de 2007. Esses CEO foram escolhidos entre os 10% com melhor e pior desempenho na produção de procedimentos utilizados como referência na primeira fase.

No período em análise, os 59 CEO foram selecionados, por critério de proporcionalidade, de acordo com o número de serviços existentes nas macrorregiões do país, que correspondeu a 36,9% na região Nordeste; a 36,7% na região Sudeste; a 14,5% na região Sul; a 6,5% na região Centro-Oeste; e a 5,4% na região Norte, equivalendo, respectivamente, a 22, 21, 9, 4 e 3 CEO em cada uma das macrorregiões.

Trata-se de um estudo avaliativo exploratório, cuja amostra estimada foi de conveniência, para a qual não se advoga representatividade nem capacidade inferencial.

A coleta de dados foi realizada com os 289 cirurgiões-dentistas lotados nesses serviços, que concordaram em participar do estudo. Os questionários padrão foram aplicados *in loco* aos profissionais por pesquisadores previamente treinados e calibrados ($kappa = 0,90$).

Os CEO foram instituídos pelo Ministério da Saúde em 2004, em decorrência da implantação da PNSB, conhecida como “Brasil Sorridente”, com o objetivo de garantir a integralidade da atenção à saúde bucal, devendo constituir unidades de referência para a atenção básica, integrados ao processo de planejamento loco-regional para ofertar, minimamente, as especialidades de periodontia, endodontia, pacientes com necessidades especiais, diagnóstico bucal e cirurgia oral menor. Em função de seus recursos físico-estruturais, podem ser classificados em três tipos: CEO tipo I (3 cadeiras odontológicas); CEO Tipo II (4 a 6 cadeiras odontológicas); e CEO Tipo III (mais de 7 cadeiras odontológicas). Devem funcionar 40 horas semanais, sendo o número de profissionais variável em função do tipo de CEO. Em 2010, estavam implantados no país 832 CEO, número 8 vezes maior que o registrado em 2004, quando havia apenas 100 unidades em funcionamento (CRO-PE, 2010).

Para caracterizar as relações precárias de trabalho, esta pesquisa adota a perspectiva de que a precariedade tem um sentido amplo, portanto, compreende um conjunto de situações nos vínculos laborais que imprimem a estes a condição de insegurança, de baixos salários e de desproteção social. Ou seja, afastar-se-ia da linha de pensamento segundo a qual os limites da precariedade são impostos pelo marco legal-formal, para atender à realidade objetiva decorrente da reconfiguração do Estado tal como definida desde os anos 1990.

O material obtido foi examinado à luz da categoria analítica selecionada - precarização do trabalho - e das categorias empíricas correspondentes: formas de seleção e contratação; usufruto de direitos trabalhistas; e existência, ou não, de plano de cargo, carreira e salário.

A análise descritiva dos dados foi realizada por meio do programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 11.0. Nessa

etapa, foram feitas as distribuições de frequência das variáveis quantitativas e, quando apropriado, foram calculadas as medidas de tendência central, de dispersão e proporção.

Todos os indivíduos que participaram do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, com base na Resolução n. 196/1996, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi submetida à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Pernambuco (UPE), obtendo parecer favorável para o desenvolvimento do estudo, sob o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAEE) n. 3840.0.097.000-08.

Resultados e discussão

Inicialmente, há uma caracterização da força de trabalho dos CEO investigados. Em seguida, são analisadas as características das relações contratuais identificadas para investigar a presença de trabalho precário.

O perfil dos cirurgiões-dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas

Dos profissionais investigados, a maioria era do sexo feminino (55,0%) e a maior proporção (66,8%) desses trabalhadores se concentrou no grupo etário de 30 a 49 anos de idade.

A presença progressiva das mulheres entre os dentistas coincide com o fenômeno de feminilização do trabalho em saúde. No Brasil, dados censitários mostram o crescimento da força de trabalho feminino, com o aumento de 13,6%, em 1950, para 26,9%, em 1980, atingindo 47,2% no final da década de 1990 (Wermelinger et al., 2010).

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

Ainda, segundo Machado (2000), a análise dos últimos dados censitários do Brasil, relativa à força de trabalho em saúde, aponta que do total de 709.267 profissionais com escolaridade universitária, 61,7% são mulheres. Profissões que eram

tradicionalmente masculinas, como a medicina, odontologia e veterinária, estão cada vez mais femininas (Machado, 2000).

No que diz respeito à qualificação profissional, 72,7% do total de entrevistados afirmaram ter cursado ou estar cursando pós-graduação no momento da entrevista. Entre esses entrevistados, 86% responderam que o tipo de pós-graduação era em nível de especialização e 58,8% deles atuavam no CEO de sua especialidade.

Os cirurgiões-dentistas foram indagados a respeito do principal motivo que os levou a procurar o CEO como oportunidade de trabalho. Para 34,6%, a oportunidade de exercer a especialidade foi a principal motivação; em contrapartida, apenas 4,5% foram motivados pelo salário.

É importante destacar que 78,5% dos dentistas não recebiam gratificação ou incentivo por trabalhar nos CEO, embora muitos deles fossem especializados; em 90,8% desses serviços também não havia gratificação por desempenho ou por metas atingidas.

Apesar de exploratórios, esses dados apontam uma força de trabalho qualificada, porém, essa qualificação não necessariamente corresponde a incentivos salariais. A propósito, Boltanski e Chiapelo (2009, p. 277) discutem a não correspondência entre o grau crescente de qualificação requerida e a remuneração dos profissionais: “É preciso trabalhar mais, ter mais diplomas, porém, os salários não correspondem às qualificações, além do progressivo aumento dos vínculos instáveis de trabalho”. No mesmo sentido, Kuenze (2004) afirma que, para trabalhar em equipe e ser polivalente, o trabalhador precisa, de fato, ser mais bem qualificado, porém, os trabalhadores não têm aumento de salário, configurando uma superexploração da mais-valia.

Não é desconhecido que, nas sociedades capitalistas, a progressiva incorporação tecnológica e a crescente especialização configuram determinantes centrais da organização das corporações das profissões de saúde, fundamentando suas estratégias de competição e alimentando o ciclo, aparentemente incessante, de mais tecnologia, maior especialização.

Sabe-se que, no Brasil, estão localizados 19% dos pouco mais de 1 milhão dos dentistas

formados no mundo. Em números absolutos, o país dispõe hoje de aproximadamente 219.575 profissionais registrados no Conselho Federal de Odontologia (CFO). Esses dados sugerem uma grande pressão por espaço no mercado de trabalho (Morita; Haddad; Araújo, 2010).

Nesse cenário, o setor público é o maior empregador da força de trabalho em saúde. A partir dos dados do Ministério da Saúde, Baraldi, Dáz e Martins (2009) explicam que, do total de 1.436.987 ocupações inseridas nos serviços de saúde, 91,9% estão vinculadas ao SUS. No caso específico da saúde bucal, a implantação da PNSB fomentou a abertura de postos de trabalho para os cirurgiões-dentistas (Baraldi; Dáz; Martins, 2009).

Com base nessas informações, é possível compreender a escolha dos entrevistados pelo trabalho nos CEO. Assim é que, além do desejo de exercer suas especialidades (afirmado por 34,6%), eles também mencionaram aspectos vinculados ao salário que julgavam necessários para prover a vida. Nesse sentido, foram apontados o valor do salário, a complementação da renda e a remuneração fixa por, respectivamente, 4,5%, 13,1% e 23,2% dos entrevistados.

Cenário da precarização do trabalho nos Centros de Especialidades Odontológicas do Brasil

As relações de trabalho têm sido particularmente afetadas no cenário da precarização. Entre os entrevistados desta pesquisa, verificou-se que, quanto à forma de seleção para o ingresso na administração pública, 31,1% dos profissionais foram admitidos de forma irregular.

A contratação irregular é aquela que decorre da desobediência ao requisito constitucional de concurso ou seleção pública (Nogueira; Baraldi; Rodrigues, 2004). Cabe argumentar que, atualmente, a seleção pública equivale a novos arranjos da administração pública para viabilizar a instabilidade, pois se trata do ingresso por tempo determinado.

Os dados obtidos diferiram entre as macrorregiões do país, sendo a região Nordeste aquela que apresentou maior número de profissionais admitidos irregularmente, com 46,1%; seguida pela região Centro-Oeste, com 34,6%; região Norte, com 31,2%; região Sudeste, com 22,5%; e região Sul, com 18,4%.

Além da irregularidade dessa inserção, vale ressaltar a questão da estabilidade no trabalho, visto que, dos 289 profissionais entrevistados, 46,4% não tinham estabilidade. Desse total, 13,8% ingressaram por seleção pública; 31,1% por outras formas de seleção; e 1,5% não souberam responder.

Comparando as macrorregiões do país, essa questão fica ainda mais preocupante, porque, na região Nordeste, apenas 25,9% dos dentistas ingressaram por concurso público nos CEO; em contrapartida, na região Sudeste, esse número se eleva para 73,8%.

No que diz respeito à forma de contratação, os dados da pesquisa revelaram que 39,1% dos cirurgiões-dentistas tinham vínculos precários com os respectivos municípios, sendo 22,5% de contratos temporários; 3,5% de cargos comissionados; 0,7% de contratos verbais informais; 0,7% de cooperado; 5,9% de prestação de serviços; e 5,8% de outros tipos de contratação. Ao distribuir os vínculos precários entre as macrorregiões, observou-se sua presença em 67,6% dos profissionais da região Nordeste; em 34,6% da região Centro-Oeste; em 23,7% da região Sul; em 19,6% da região Sudeste; e em 6,3% da região Norte.

Quanto aos direitos trabalhistas, 71,6% dos entrevistados afirmaram ter esses direitos. Analisando esses dados por macrorregião, verificou-se que, nas regiões Nordeste e Norte, apenas 52,0% e 43,5%, respectivamente, tinham direitos trabalhistas garantidos, em oposição a 92,1% e 85% nas regiões Sul e Sudeste.

A média salarial no Brasil, por 20 horas semanais de trabalho, variou entre R\$ 1.001,00 e R\$ 3.000,00, para 66,4% dos entrevistados. Na região Nordeste, 40,2% dos entrevistados responderam que a média salarial variava entre R\$ 1.001,00 e R\$ 2.000,00; a região Centro-Oeste foi a que apresentou as melhores médias salariais: 38,5% dos cirurgiões-dentistas declararam ter salário acima de R\$ 4.000,00.

No Brasil, como se sabe, o parâmetro que avalia a remuneração da força de trabalho em condições próximas de seu valor é o salário-mínimo necessário (SMN), calculado desde 1970 pelo Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (Dieese). Em 2009, enquanto o salário-mínimo era de R\$ 425,00, o SMN estimado era de R\$ 1.995,91. Isso significa que o valor mínimo da faixa salarial correspondeu apenas à metade do SMN, enquanto o valor máximo equivaliu somente a 150% do SMN.

Observe-se que, para a região Nordeste, a variação máxima foi igual ao SMN.

Ao detectar profissionais inseridos irregularmente na administração pública e sem estabilidade laboral, os resultados da investigação evidenciaram a precarização do trabalho nos CEO. Isso significa que há no país um contingente não desprezível de cirurgiões-dentistas inserido em trabalhos instáveis, com alta rotatividade, mal remunerados e sem garantia de ascensão/progressão profissional.

Em consonância com as diferenças da concentração de renda e riqueza entre as regiões do país - dado por demais analisado na literatura -, evidenciou-se, mais uma vez, que a condição de precarização entre os cirurgiões-dentistas guarda relação com a dinâmica da acumulação capitalista regional.

Deve-se ressaltar que estamos diante de um trabalho precarizado mesmo que muitos trabalhadores - nas regiões mais prósperas, como é o caso do Sul e Sudeste - tenham direitos trabalhistas assegurados. Retomando as distintas compreensões a esse respeito, Nogueira, Baraldi e Rodrigues (2004) argumentam que a noção de trabalho precário em saúde tem sido utilizada, sobretudo para denotar um déficit de observância de direitos trabalhistas e sociais em situações de emprego mantidas pela administração pública. Os autores explicam, ainda, que o trabalho “especial”, ou seja, por tempo determinado, adotado pela administração pública brasileira, é considerado um trabalho protegido. Assim, “o contrato temporário é lícito do ponto de vista do direito administrativo e será sempre um contrato que resguardará direitos trabalhistas e sociais, ainda que o trabalho se *exerça por tempo determinado e excepcional interesse público*” (Nogueira; Baraldi; Rodrigues, 2004, p. 26) (grifo nosso).

Em oposição a essa interpretação e reafirmando o que já foi exposto, entende-se que a instabilidade do vínculo laboral também configura precarização do trabalho, sendo materializada em contratos temporários, cooperados, terceirizados, comissionados ou em estágios remunerados, condições estas encontradas no universo da pesquisa.

Cabe esclarecer, ainda, que nem sempre o trabalho formal equivale ao trabalho de qualidade, pois a condição de formalização não significa, necessariamente, segurança no trabalho. A propósito,

na última década, foram detectadas altas taxas de rotatividade entre trabalhadores formais no Brasil, em razão do baixo valor dos salários. Esse quadro se aproxima da experiência laboral de milhares de trabalhadores da saúde.

Os autores que fundamentam este estudo (Mészáros, 2002; Druck; Thébaud-Mony, 2007; Antunes, 2008, 2009; Boltanski; Chiapello, 2009) salientam que a instabilidade no emprego também é uma das consequências deletérias advindas da flexibilização do trabalho. Diferentemente do que entende, a atual administração pública brasileira leva em conta o caráter da temporalidade, assumido como parte da imanência do conceito de precarização. Essa distinção é importante para deixar claro que a instabilidade do vínculo laboral faz parte da noção de trabalho precário, ainda que, eventualmente, o trabalhador seja sujeito de direitos trabalhistas.

Para Girardi et al. (2010), são determinações essenciais da qualidade do emprego atributos como o grau de estabilidade e a determinação temporal dos contratos, o valor da remuneração, a duração das jornadas, as salvaguardas contra riscos e incertezas do mercado de trabalho e os direitos associados ao emprego.

Em outro estudo, Girardi et al. (2010) referem que o emprego já não tem sido visto como compromisso para toda vida - estável e tranquilo, mesmo que mal pago - mas, ao contrário, como um contrato de desempenho, que deve ser continuamente negociado. E isso, além de estressante, pode ser mortal e sempre é excludente. Portanto, duplamente mortal, moralmente mortal e biologicamente mortal.

Dejours (2007), em suas análises sobre a banalização da injustiça social presente na esfera do trabalho, estabelece uma associação com o contexto do neoliberalismo, que, em todo o mundo, tem levado os trabalhadores ao medo ou à insegurança da perda do emprego, à precarização do trabalho, à perda de qualidade de vida, à impossibilidade de sustentar suas famílias.

Os efeitos da flexibilização sobre a força de trabalho em saúde tem acarretado diversificadas condições de trabalho, multiplicidade de vínculos e leque variável do gozo de direitos trabalhistas (Baraldi; Dáz; Martins, 2009). É notório que as condições precárias de trabalho no setor constituem causa de insatisfação e diminuição do compromisso público,

de baixa autoestima e descontinuidade na prestação de ações de saúde (Cordeiro, 2001). Assiste-se, hoje em dia, a um processo de legitimação social e científica da precariedade, às vezes avaliada de forma positiva e, em outras, apresentada como inelutável, fatal, quase natural (Hirata, 2009).

No contexto do fenômeno da precarização, a classe trabalhadora vivencia uma perversa contradição. Se, por um lado, está inserida em um mercado caracterizado por forte instabilidade contratual e reduzida remuneração, por outro, é exigido cada vez mais envolvimento com seu processo de trabalho, o que se dá pela introdução da lógica da produtividade nos serviços, a qual requer um processo sem fim: mais iniciativa, maior multifuncionalidade, autonomia e habilidade comunicacional. É esse conjunto de transformações que caracteriza o fenômeno da superexploração do trabalhador no mundo contemporâneo, do qual não está isento o trabalho em saúde.

No entanto, os dados deste estudo devem ser interpretados à luz de suas limitações, já que se tratou de uma escolha intencional de serviços, no entanto, não se pode deixar de realçar sua relevância, por ser parte de um estudo pioneiro, que constituiu a base para o recém-lançado PMAQ_CEO (Programa de Melhoria do Acesso e Qualidade dos Centros de Especialidades Odontológicas), que investigará todos os serviços instalados no país.

Ainda há poucos estudos que abordam a precarização do trabalho na atenção à saúde bucal. Desse modo, esta pesquisa, ao investigar as relações de trabalho dos cirurgiões-dentistas que trabalham no CEO, coloca em evidência o fenômeno da precarização.

Considerações finais

Em uma perspectiva descritiva, os resultados dessa investigação possibilitam afirmar que, apesar dos cirurgiões-dentistas dos CEO serem qualificados, são baixos os valores remuneratórios pelo trabalho exercido e quase a metade desses trabalhadores não possui estabilidade laboral. A crescente feminilização registrada no setor da saúde pode ser observada nos CEO investigados.

Uma análise mais detalhada dessas evidências vai ao encontro de uma vasta produção científica que explica as transformações ocorridas na esfera

do trabalho nas últimas décadas, em escala global. No Brasil, são muitos os autores que, atentos às especificidades de nosso modo de produção capitalista, têm buscando uma explicação local para esses fenômenos.

No caso particular do setor da saúde, especificamente no âmbito do SUS, alguns autores têm buscado aproximar as transformações mais gerais do mundo do trabalho fabril com aquelas detectadas no interior dos serviços. Ainda que esta pesquisa não tenha esse grau de detalhamento, chama atenção a pronta adesão do setor público aos novos arranjos - flexíveis, agora - para a organização e gestão do trabalho em saúde. Neste caso, em saúde bucal.

Caberia registrar a oportunidade de pesquisas adicionais para detectar os elos provavelmente existentes entre o trabalho precarizado observado nos CEO e seus efeitos nos resultados da assistência prestada à população.

Referências

- ALVES, G. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal - precarização do trabalho e redundância salarial. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 188-197, 2009.
- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. São Paulo: Cortez, 2008.
- ANTUNES, R. As configurações do trabalho na sociedade capitalista. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 12, n. 2, p. 131-132, 2009.
- BARALDI, S.; DÁZ, M. Y. P.; MARTINS, W. J. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 539-548, 2009.
- BEHRING, E. R. *Brasil em contra-reforma: desestruturação do estado e perda de direitos*. São Paulo: Cortez, 2008.
- BEHRING, E. R.; BOSCHETTI, I. *Política social: fundamentos e histórias*. São Paulo: Cortez, 2011.
- BOLTANSKI, L.; CHIAPELLO, E. *O novo espírito do capitalismo*. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2009.
- BRAGA, R. Condições de trabalho estão muito precárias. *Caros Amigos*, São Paulo, v. 16, n. 182, p. 20-20, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Política de Recursos Humanos. *Relatório de pesquisa: agentes institucionais e modalidades de contratação de pessoal no PSF no Brasil*. São Paulo: EPSM; Belo Horizonte: UFMG, FM, NESCON, 2002.
- 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, DF, 2004a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília, DF, 2004b.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Precarização e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família*. Belo Horizonte: UFMG, FM, NESCON, 2007.
- CORDEIRO, H. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, p. 319-328, 2001.
- CRO-PE - CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DE PERNAMBUCO. *Jornal informativo oficial bimestral: volume 83*. Rosarinho: CRO-PE, 2010.
- DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: Getúlio Vargas, 2007.
- DRUCK, G.; THÉBAUD-MONY, A. Terceirização: a erosão dos direitos dos trabalhadores na França e no Brasil. In: DRUCK, G.; FRANCO, T. (Org.). *A perda da razão social do trabalho: terceirização e precarização*. São Paulo: Boitempo, 2007. p. 25-29.
- GIRARDI, S. N. Flexibilização dos mercados de trabalho e escolha moral. *Revista Divulgação em*

- Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n. 14, p. 23-32, ago. 1996.
- GIRARDI, S. N. et al. *Precarização e qualidade do emprego no Programa de Saúde da Família: relatório de pesquisa*. Belo Horizonte: UFMG, 2007.
- GIRARDI, S. N. et al. Trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, p. 11-23, maio 2010.
- HIRATA, H. A precarização e a divisão internacional e sexual do trabalho. *Revista Sociologias*, Porto Alegre, v. 21, n. 11, p. 24-41, 2009.
- KALLEBERG, A. L. O crescimento do trabalho precário: um desafio global. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, São Paulo, v. 69, n. 24, p. 21-30, 2009.
- KUENZE, A. Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 239-265, 2004.
- MACHADO, M. H. Gestão do trabalho em saúde em contexto de mudanças. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 136-146, 2000.
- MARX, K. *O capital: crítica da economia política*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011. Livro 1, v. 1.
- MENDONÇA, M. H. M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2335-2365, 2010.
- MORITA, M. C.; HADDAD, A. E.; ARAÚJO, M. E. *Perfil atual e tendências do cirurgião-dentista brasileiro*. Maringá: Dental Press, 2010.
- MOTA, A. E.; AMARAL, S. A. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e serviço social. In: MOTA, A. E. (Org.). *A nova fábrica de consensos*. São Paulo: Cortez, 2000. p. 23-44.
- MOTA, A. E.; AMARAL, A. S.; PERUZZO, J. F. O novo desenvolvimentismo e as políticas sociais na América Latina. In: MOTA, A. E. (Org.). *As ideologias da contrarreforma e o serviço social*. Recife: Universitária UFPE, 2010. p. 35-67.
- MÉSZÁROS, I. *Para além do capital*. São Paulo: Boitempo, 2002.
- MÉSZÁROS, I. *O desafio e o fardo do tempo histórico: o socialismo do século XXI*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- NOGUEIRA, R. P.; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. A. Mercado de trabalho e emprego em saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. *Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil: estudos e análises*. Brasília, DF: Ministério da saúde, 2004. p. 81-104.
- OIT - ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO. *Trabajo decente, memoria del Director General a la 87ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo*. Ginebra, 1999.
- OLIVEIRA, R. S. *Precarização e intensificação do trabalho na atenção à saúde bucal: um estudo com os cirurgiões-dentistas dos Centros de Especialidades Odontológicas*. 2010. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010.
- PEREIRA, L. D. A gestão da força de trabalho em saúde na década de 90. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 363-382, 2004.
- RIBEIRO, A. B. Vínculos de trabalho na administração pública brasileira. Brasília, DF: ObservaRH, 2006.
- SILVEIRA, D. S. et al. Gestão do trabalho, da educação, da informação e comunicação na atenção básica à saúde de municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 9, p. 1714-1726, 2010.
- TOMASI, E. et al. Condições de trabalho e automedicação em profissionais da rede básica de saúde da zona urbana de Pelotas, RS. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 66-74, 2007.
- TOMASI, E. et al. Perfil sócio-demográfico e

epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, p. 193-201, 2008. Suplemento.

UFRN - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva.

Observatório RH NESC/UFRG. *Programa Saúde da Família: flexibilidade e precarização no trabalho*. Natal, 2006.

WERMELINGER, M. et al. A força de trabalho do setor de saúde no Brasil: focalizando a feminização. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, v. 45, p. 54-70, maio 2010.

Contribuição dos autores

Oliveira participou da coleta dos dados e foi a principal redatora do manuscrito. Moraes participou da elaboração do manuscrito e da revisão crítica. Botazzo contribuiu na discussão dos resultados e participou da revisão crítica do artigo. Goes proporcionou o delineamento do objeto de estudo, a análise dos dados e participou da revisão crítica do artigo. Magalhães participou da coleta dos dados e contribuiu na análise dos dados e revisão crítica do artigo.

Recebido: 17/12/2013

Reapresentado: 11/06/2014

Aprovado: 10/07/2014