



## **NOVAS FORMAS DE FLEXIBILIZAÇÃO DOS REGIMES DE TRABALHO NO SETOR PÚBLICO: um estudo de caso do programa de saúde da família em Araruna em 2003**

**Larissa Ataíde Martins Lins Bezerra** - larissataide@yahoo.com.br  
Universidade Federal da Paraíba, Departamento de Administração  
Campus Universitário, 58059 - 900 – João Pessoa - PB

**Resumo:** Esse estudo buscou analisar as relações de trabalho dos profissionais inseridos no Programa de Saúde da Família do município de Araruna, a 180 Km de João Pessoa, na Paraíba, enfatizando principalmente as novas formas de flexibilização do trabalho. O PSF (Programa de Saúde da Família) é a principal estratégia de organização da atenção básica à saúde, porém as relações de trabalho vêm sofrendo um processo de flexibilização. Por um lado, flexibiliza-se e desregulamenta-se o arcabouço existente e, por outro, estimula-se a descentralização das negociações. O problema é que tudo isso ocorre num contexto de elevado desemprego, o que é utilizado como mecanismo de pressão sobre os sindicatos e os trabalhadores para que aceitem negociações que retirem os direitos adquiridos. Constatou-se nesse estudo que uma consequência positiva dessa nova forma de flexibilização, foi o aumento do número de empregos, como também a oportunidade de receber melhores salários. Porém, um problema que aflige os profissionais é a instabilidade no emprego culminando na ausência dos direitos trabalhistas. Enfim, estamos numa fase de enfraquecimento dos sindicatos, cuja origem está no avanço das novas formas de flexibilização do trabalho. Esse enfraquecimento faz com que não se possa enfrentar esse embate, na verdade às vezes faz com que até retro-alimente o problema.

### **1. INTRODUÇÃO**

Os estudos sobre a aplicabilidade do conhecimento teórico à prática organizacional vêm obtendo bastante espaço na produção científica no campo da administração. Esse estudo resultou da necessidade de analisar as perspectivas de regimes de trabalho no setor público, principalmente no que diz respeito às novas formas de flexibilização, através de um estudo de caso do Programa de Saúde da Família em Araruna, a 180 Km de João Pessoa, na Paraíba.

Esta tendência representa um retrocesso nas relações de trabalho, não apenas na área de saúde, mas principalmente em outros setores, pois surge redução de direitos e conquistas.

A questão central que norteou esta pesquisa foi: tomando como base as relações de trabalho, quais as consequências detectadas pelos profissionais da saúde em relação as novas formas de flexibilização dos serviços no programa de saúde da família (PSF)?

As informações necessárias para responder a esta pergunta de pesquisa consistiram de dados primários obtidos através de entrevistas com a equipe de PSF de

Araruna/PB, localizada a aproximadamente 180 Km de João Pessoa, na Paraíba e foi composta também de dados secundários obtidos através de levantamento bibliográfico.

É importante mencionar que a análise do caso aqui desenvolvida não abrange as relações de trabalho como um todo. O estudo focaliza uma unidade do Programa de Saúde da Família, especialmente os profissionais de medicina e de enfermagem.

Busca-se, neste ensaio, analisar o Programa de Saúde da Família do município de Araruna, na Paraíba e as relações de trabalho dos profissionais nele inseridos, enfatizando principalmente as novas formas de flexibilização do trabalho no PSF.

## **2. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - PSF**

O PSF (Programa de Saúde da Família) é a principal estratégia de organização da atenção básica à saúde. Uma equipe de saúde da Família é formada por no mínimo, um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários saúde. É responsável pelo atendimento de uma determinada comunidade, englobando de 600 a 1000 famílias ( PROJETO MAIS SAÚDE, 1999). Sem dúvida, o PSF foi um grande avanço em nosso país, pois além de beneficiar os profissionais da saúde (gerando mais empregos), as comunidades são assistidas por uma equipe multiprofissional através de visitas domiciliares, e de recebimento de medicamentos gratuitos quando são detectadas as enfermidades. Outros profissionais como assistentes sociais ou psicólogos , poderão ser incorporados às equipes, ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais.

### ***Incentivo***

*“O incentivo para o PSF é variável, dependendo do nível de cobertura do programa do município. Vai de R\$ 28.008,00 a R\$ 54.000,00 por ano por equipe, recebidos mensalmente em parcelas de 1/12. Há um incentivo adicional para a implantação de novas equipes no valor de R\$ 10.000,00 por equipe implantada, pago em duas parcelas”*(Revista Saúde Mais Perto, 2001, p. 28).

O programa de Saúde da Família (PSF) fortalece as ações de promoção, prevenção e recuperação de forma integral e contínua. A primeira etapa de sua implantação começou em 1991, por meio do Programa de agentes Comunitários de Saúde (PACS). A partir de 1994, começaram a ser formadas as primeiras equipes desse programa, incorporando e ampliando a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde.

Sabe-se hoje que as ações educativas e de prevenção, aliadas aos atendimentos mais frequentes, considerados baixa complexidade, resolvem 85% dos problemas de saúde da população. Isso significa que o investimento na atenção básica evita o adoecimento ou o agravamento das doenças. Assim, a qualidade de vida da população melhora e diminuem os gastos com os procedimentos de média e alta complexidade. Isso proporciona redução dos índices de mortalidade infantil, diminuição do número de mortes por doenças de cura simples e conhecida e diminuição das filas de hospitais das redes pública e conveniada com o SUS.

As ações educativas/preventivas e a rapidez no atendimento aos problemas mais simples, no entanto, exigem que o sistema de saúde esteja muito próximo das pessoas. O ideal é que consiga envolver as próprias comunidades.

### ***A Equipe de Saúde da Família***

A equipe é constituída no mínimo por um médico generalista ou médico da família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. O número de agentes comunitários de saúde varia de acordo com o número de pessoas sob responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 550 pessoas acompanhadas.

Os agentes comunitários são moradores da própria região. Eles recebem treinamento e passam a atuar como linha de frente da atenção básica. A visita domiciliar é seu principal instrumento de trabalho. Cada agente vai pelo menos uma vez por mês a cada casa localizada em sua área de atuação. Eles fazem ligação entre as famílias e o serviço de saúde, realizam o mapeamento de cada área, o cadastramento das famílias e estimulam a comunidade para as práticas que proporcionem melhores condições de vida e de saúde.

### ***A Unidade de Saúde da Família***

A estruturação física do PSF se dá a partir da Unidade de Saúde da Família. Trata-se de uma unidade pública de saúde que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada. Uma unidade de saúde da família pode atuar com uma ou mais equipes do PSF, dependendo da concentração de famílias no território de sua abrangência.

É muito importante notar que a Unidade de Saúde da Família possui algumas características fundamentais. Em primeiro lugar ela tem caráter substitutivo. Isto é, não constitui uma ova estrutura de serviços (exceto em áreas desprovidas), mas substitui práticas convencionais de assistência por um novo processo de trabalho, cujo eixo está centrado na vigilância à saúde e na participação da comunidade.

Em segundo lugar, ela faz parte orgânica do sistema de saúde, dentro do princípio de integralidade e hierarquização. Por isso, deve estar vinculada à rede de serviços para garantir atenção integral aos indivíduos e às famílias, garantindo os encaminhamentos para atendimentos de média e alta complexidade, sempre que necessário.

Em terceiro lugar, funciona com a territorialização a adscrição da clientela. Ou seja. Tem um território definido de abrangência e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população moradora nessa área.

### ***Financiamento***

Por ser uma estratégia central da atenção básica, o PSF deve ter seu financiamento garantido pelo PAB e pelos incentivos que compõem a parte variável de PAB, adicionados aos recursos de fontes estaduais e municipais.

Ao aderir ao PSF, o município recebe auxílio financeiro para investir na implantação e passa a ter direito a uma parcela mensal de recursos para compor o financiamento do programa, que entrará em seu PAB variável. Cabe lembrar que a expansão é limitada, a cada ano, pelo teto financeiro negociado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

Em primeiro lugar, há uma destinação única de R\$ 10.000 por equipe do PSF implantada, pago em duas parcelas. Também entram no PAB variável R\$2.200 fixos por agente comunitário, por ano, dividido em doze parcelas mensais. Finalmente, é adicionado mais um valor anual que varia de R\$ 28.008 a R\$ 54.000 por equipe do PSF, igualmente divididos em doze parcelas mensais.

O valor do incentivo para as equipes do PSF varia de acordo com o percentual da população atendido pelo programa. Para fazer esse cálculo, o Ministério da Saúde

considera que cada equipe atende em média 3.450 pessoas. Portanto o número total de pessoas atendidas num município será o número de equipes multiplicado por 3.450. Esse número é então dividido pelo total da população desse mesmo município para encontrar a porcentagem coberta.

A necessidade de educação continuada das equipes de saúde da família levou ao Ministério da Saúde a promover a implantação de pólos de capacitação, a partir de 1997, com recursos do REFORSUS. Vinculados, em geral as universidades, estes pólos articulam uma ou mais instituições voltadas para a formação, capacitação e educação permanente de recursos humanos para a saúde, por meio de convênios com as Secretarias de Estados e Municípios.

### ***SIAB***

O monitoramento e a avaliação das atividades desenvolvidas no PSF deverão ser realizados pelo Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), que possui os seguintes dados de alimentação obrigatória: dados cadastrais das equipes de saúde da família e dados cadastrais das famílias acompanhadas pelo PSF.

A não alimentação do Sistema de Informações, por um período de dois meses consecutivos ou três meses alternados durante o ano, implicará suspensão do cadastramento do programa, o que significa suspensão dos recebimentos relativos à parcela do PAB variável do PSF.

### ***Perspectivas de consolidação do PSF no Brasil***

A velocidade de expansão do Programa de Saúde da Família comprova a adesão de gestores municipais e estaduais. Iniciado em 1994 apresenta um impulso expressivo no seu crescimento, principalmente nos anos de 2000 e 2001, quando o número de equipes de saúde da família apresentou um acréscimo de 68%. No final do primeiro semestre de 2001, já existiam mais de 12 mil equipes de implantadas em mais de quatro mil municípios localizados em todas as regiões do país.

É possível afirmar que existe, apesar da permanência de inúmeros desafios ainda não superados, uma série de elementos favoráveis ao desenvolvimento e consolidação do PSF no Brasil, neste momento. Elementos esses que passam:

- pelo espaço político e institucional ocupado, não mais como “programa” na concepção tradicional, mas como estratégia estruturante da atenção básica com capacidade de provocar-ou contribuir para a reorganização dos sistemas locais de saúde;

- pela possibilidade de incremento significativo de recursos, com financiamento externo, que deve vigorar a partir de 2002, em complementação aos recursos orçamentários;

- pela adesão significativa dos gestores municipais e estaduais, e também das instituições de ensino superior enquanto parceiras na missão de qualificar os profissionais para este novo modelo;

- pela oportunidade da implantação da norma operacional de assistência (NOAS), que incorpora maior resolutividade à atenção básica e possibilita a integralidade da assistência, pela organização do serviços de forma hierarquizada e regionalizada.

Em 1999, o Ministério da Saúde realizou a ‘Avaliação da Implantação e funcionamento do Programa de Saúde da Família’(REVISTA SAÚDE EM FAMÍLIA, 2002). Naquele momento o programa contava com cinco anos de desenvolvimento, tendo 3.119 equipes implantadas em 1.219 municípios de 24 unidades da federação. A

avaliação identificou inúmeras situações que exigiam providências por parte dos três níveis de gestão do SUS, para que o PSF pudesse avançar com qualidade na direção das metas de expansão.

As medidas tomadas pelo gestor federal são: a mudança na lógica de repasse dos incentivos financeiros referentes ao PSF, que passou a valorizar a cobertura populacional dos municípios, como medida de enfrentamento da tendência de pulverização observada na implantação das equipes ; a incorporação de um incentivo fixo e pontual para apoiar a organização da infra-estrutura deficiente observadas nas unidades básicas de saúde; a ampliação no fornecimento de medicamentos para as unidades básicas de saúde da família por meio do Programa Farmácia Popular; a ampliação dos pólos de capacitação, para fortalecer as atividades de capacitação dos profissionais.

Para que o PSF possa atuar de forma efetiva, o Ministério da saúde deverá atuar de forma proativa, definindo e revendo normas e diretrizes para a implantação do PSF, na medida em que se forem se acumulando experiências que apontem essa necessidade. Deve também consolidar e analisar dados de interesse nacional gerados pelo sistema de informações, divulgando os resultados obtidos.

As Secretarias Estaduais de Saúde têm também um papel fundamental nesse processo, principalmente no que diz respeito à contribuição para a reorientação do modelo de atenção à saúde, por meio do estímulo à adoção da estratégia do Programa de Saúde da Família pelos serviços municipais de saúde.

O financiamento do programa é de responsabilidade do governo federal, estadual e municipal. Da parte do governo federal esse financiamento é feito pelo ministério da saúde, que criou em 1988 o Piso de Atenção Básica (PAB). Esse piso marca uma profunda transformação no modelo de financiamento da Atenção Básica. É uma das principais medidas tomadas pelo Ministério da Saúde para viabilizar a organização das ações de saúde no municípios brasileiros.

### **3. RELAÇÕES DE TRABALHO**

Percebe-se recentemente mudanças na legislação trabalhista, principalmente no que diz respeito a flexibilização de um mercado de trabalho que já é flexível. Os sindicatos são fragmentados em sua base, sob a forma do sindicato de categoria. Conseqüentemente surge uma limitação do seu poder, pois a negociação coletiva e a greve são considerados aspectos que precisam estar subordinados à política econômica e ao desenvolvimento do país.

A posição da CUT é de grande valor, já que enfatizam que a questão do dinamismo do emprego não depende de uma redução do custo do trabalho, mas do crescimento do consumo, do investimento e das exportações. Em síntese, a discussão das medidas necessárias para enfrentar o desemprego, assim, como a definição de um sistema de relações de trabalho e sua relação com esse problema social são objeto de uma controvérsia, dependendo da visão de sociedade e de desenvolvimento dos atores sociais.

Na verdade, “o que está acontecendo, na prática, e graças às mudanças institucionais, um processo de alteração das relações de trabalho. Por um lado, flexibiliza-se e desregulamenta-se o arcabouço existente e, por outro, estimula-se a descentralização das negociações. O problema é que tudo isso ocorre num contexto de elevado desemprego, o que é utilizado como mecanismo de pressão sobre os sindicatos e os trabalhadores para que aceitem negociações que retirem os direitos adquiridos (KREIN, 1999). Assim é a política neoliberal, que visa reduzir a proteção política,

manter e ampliar a legislação trabalhista coletiva para restringir, e se fosse possível eliminar, a ação sindical, a negociação coletiva e o direito à greve.

O papel de interventor e benfeitor do Estado decepciona os profissionais de saúde. Enquanto isso, os economistas tentam limitar os direitos dos trabalhadores de classe média e até mesmo de baixa renda, contradizendo os princípios da economia, pois reduzindo a renda dos trabalhadores, prejudica também o poder de consumo. Percebe-se assim, que nos momentos de fragilidade financeira o problema sempre é detectado na classe trabalhadora, flexibilizando as relações de trabalho que já são extremamente flexíveis.

Observa-se que o incentivo ao individualismo em nossa sociedade é um fato marcante. Há décadas atrás as crianças nem sequer conheciam a televisão, a diversão era fazer cirandas, jogar futebol, brincar de esconde-esconde, ou melhor, realizavam atividades que exigiam uma sociabilização, onde as pessoas mais solidárias geralmente eram os líderes, um grande incentivo! Atualmente, ao contrário, as crianças são incentivadas a brincar de vídeo games ou a brincar nos computadores, acreditam até que não precisam de amigos, tornando-se egoístas.

Os administradores de empresa ainda têm uma visão limitada em relação às pessoas, um exemplo disso é a denominação “recursos humanos”. Na realidade, a empresa é um recurso do homem e não o homem um recurso da empresa.

#### **4. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DO ESTUDO DE CASO**

A equipe do Programa de Saúde da Família foi escolhida aleatoriamente. Localizada, à aproximadamente 180Km de João Pessoa, na Paraíba, o grupo é composto de um médico, uma enfermeira, uma dentista, uma auxiliar de enfermagem, uma auxiliar de odontologia e cinco agentes comunitários de saúde. Em se falando de relação hierárquica, a auxiliar de enfermagem e os agentes de saúde estão subordinados à enfermeira; esta e o médico, por sua vez à coordenação; e esta última à secretaria de Saúde.

O Programa de Saúde da Família, como foi abordado anteriormente, é Federal, com a co-participação dos Municípios. Estes têm autonomia em selecionar os profissionais, e até mesmo empregar funcionários sem submeter a concurso público, contanto que atenda às exigências para a ocupação do cargo.

A divisão do trabalho nesta equipe está bem definida, pois apesar de contribuírem para o mesmo objetivo, a “prevenção e o tratamento de patologias”, desempenham papéis diferentes, é dessa forma que o grupo se torna coeso e interdependente.

Nesse município, pode-se mencionar que existe uma nova forma de flexibilização do trabalho, pois os sindicatos não têm ainda forte influência, ou melhor, o Governo oferece salários mais altos aos trabalhadores, comparados aos de mercado, porém alguns direitos trabalhistas são deteriorados. Por exemplo, a carteira do trabalhador não é assinada, isso significa dizer que se for demitido não poderá receber o mínimo necessário como fundo de garantia por tempo de serviço (FGTS) ou até mesmo, o seguro -desemprego. E o pior, a instabilidade no emprego se torna um agravante da situação.

Verifica-se que nos últimos anos, cresceu nos organismos oficiais e em diversos setores empresariais representativos uma crítica à rigidez da legislação trabalhista e sindical brasileira, que não se adaptaria à nova realidade de inserção do atual processo de globalização da economia, apontando assim, para a importância da flexibilização como forma de diminuir o “Custo Brasil” e proporcionar um maior compromisso entre capital trabalho na busca de mais produtividade e competitividade. Enfim, a

flexibilização é entendida como um instrumento de adaptação rápida do mercado de trabalho às mutações, decorrentes de fatores de ordem econômica, tecnológica ou de natureza diversa.

A flexibilidade trabalhista consiste na possibilidade da empresa de contar com mecanismos jurídicos que permitam ajustar sua produção, emprego e condições de trabalho ante às flutuações rápidas e contínuas do sistema econômico (demanda efetiva e diversificação da mesma, taxa de câmbio, interesses bancários, competência internacional), as inovações tecnológicas e outros fatores que demandam ajustes com rapidez (SIQUEIRA NETO, 1997).

A jornada de trabalho é de 40 (quarenta) horas semanais, contudo foi observado uma certa flexibilidade na carga horária, pois os funcionários de acordo com a filosofia do programa, deveriam trabalhar 8(oito) horas por dia de segunda à sexta-feira, porém houve um acordo de abolir um dia por semana (a enfermeira, por exemplo não trabalha nas sextas-feiras).

Em relação aos salários, pode-se revelar que os profissionais estão satisfeitos no que diz respeito à remuneração. Pode-se citar algumas atribuições dos profissionais e seus respectivos salários (brutos):

- Coordenador: É responsável pela supervisão dos serviços. Salário: \$1. 718 reais;
- Médico: Visitas domiciliares e consultas. Os mesmos são estimulados a uma nova cultura, disseminar informações à comunidade, detectando precocemente as enfermidades, como também tratando-as. Salário: \$ 3.500 reais;
- Enfermeira: Consultas de crianças de 0 a 5 anos; realização de exames de pré-natal; execução de programas de hipertensão e diabetes, realização de exame Papanicolau (para detectar doenças sexualmente transmissíveis), vacinação e ainda, supervisão da equipe de agentes saúde e da auxiliar de enfermagem. Salário: \$ 1.718 reais;
- Dentista: Prevenção de enfermidades bucais; Realizam palestras em diversos locais, como por exemplo, nas escolas municipais. Salário: \$ 1.718
- Auxiliar de enfermagem: trabalha subordinada à enfermeira. Executa vacinação, medicamentos injetáveis e acompanha a enfermeira nas visitas domiciliares. Salário: \$ 480 reais;
- Auxiliar de odontologia: É subalterna a dentista. Salário: \$480 reais;
- Agentes Comunitários de Saúde: São responsáveis pelas visitas domiciliares para obter informação necessárias ao cadastramento das famílias no programa. São também elos de ligação entre a comunidade e os profissionais, pois informam quando algum membro das família estão doentes; Salário: \$ 240 reais;

Apesar de concordarem no que diz respeito a compatibilidade do salário com as suas necessidades básicas de sobrevivência, eles apresentam alguns conflitos devido à instabilidade no emprego, já que assinam um contrato de trabalho por tempo determinado.

A principal argumentação do poder executivo, ao apresentar a proposta de contrato por tempo determinado, inspirada numa iniciativa do Sindicato dos Metalúrgicos de São Paulo, foi de que se tratava de uma medida para tentar combater o agravamento do desemprego. O que se pode verificar nos próximos objetivos do governo, ao modificar as regras para o contrato por tempo determinado. Segundo o Ministério do Trabalho (1998, p. 9) a proposta do Governo Federal se resume em “ampliar os postos de trabalho, com redução de encargos sociais e custos para as empresas, incluir no mercado formal de trabalho parcelas dos trabalhadores que, assalariados sem carteira assinada, não possuem seus direitos trabalhistas assegurados, e

estimular a negociação coletiva como um dos pilares mais importantes do processo de modernização das relações trabalhistas”.

É importante mencionar que os profissionais não têm perspectiva de ascensão de cargo, o que revela também um desestímulo no trabalho. Observou-se um certo nível de absenteísmo e rotatividade de médicos, Hackman & Oldham, apud Kilimnik (1998, p.40) , explicam o fato da seguinte forma:

A insatisfação com os fatores contextuais pode reduzir o interesse do empregado a permanecer no emprego instável em que trabalha e no seu compromisso com o mesmo, entre outros aspectos. Essas variáveis relacionam-se ao bem-estar e satisfação do indivíduo que poderá buscar outro emprego que proporcione:

- Possibilidades de crescimento: chances do profissional, que apresente um bom desempenho, desenvolver-se dentro da organização;
- Segurança no trabalho: estabilidade no emprego, ausência de risco de ser demitido da empresa a qualquer momento;
- Compensação: salários e benefícios recebidos pelo empregado;
- Ambiente Social: relações cordiais e sem maiores conflitos no ambiente de trabalho;
- Supervisão: qualidade da supervisão recebida.

Na equipe estudada, a enfermeira e a médica não possuíam residência no município, porém os quatro dias na semana elas permaneciam na localidade, numa casa alugada pela Prefeitura Municipal, com direito a refeições e a uma empregada doméstica. O relato da enfermeira merece ser destacado:

“Se compararmos o nosso trabalho ao de outros estabelecimentos, como por exemplo os hospitais, perceberemos que a nossa remuneração é quase o dobro, a diferença é que não temos carteira assinada. E se nos demitirem? Sairemos sem experiência em outras áreas, como por exemplo a hospitalar, não teremos direito ao seguro-desemprego nem ao FGTS. E se pensarmos em aposentadoria? Não se pode contar o tempo de serviço. Outro fator são os ‘arrumadinhos’ políticos, se o prefeito optar em me demitir e colocar alguém de sua família, é muito fácil, pois não haverá prejuízo para a prefeitura. Por isso, não exigimos muito desse órgão , sabemos que esse programa melhorou muito o número de empregos, pois todas as enfermeiras que terminaram o curso de graduação comigo não passaram mais de dois meses para conseguir emprego”.

Nesse estudo foi identificado a utilização funcional dos empregados quando ocorrem faltas ou folgas. Por exemplo, quando a auxiliar de enfermagem falta/dia de folga, a enfermeira poderá aferir a pressão dos pacientes e até lavar a geladeira da sala de vacinação que exige cuidados específicos.

Observou-se um conflito na equipe que apesar de ser discreto, a médica acusa a enfermeira de invadir a sua conduta médica. A última, por sua vez argumenta que a médica é recém-formada e inexperiente e que não poderá manter sigilo se for detectado um erro médico.

Darwin já elegera a competição com elemento como elemento explicativo da ordem social existente na natureza. Segundo essa teoria, em todas as espécies a competição e o conflito tiveram a função de selecionar os seres mais aptos, perpetuando a sua bagagem genética através da reprodução.

Os conflitos, assim como as formas de cooperação, podem ser temporários ou contínuos. Podem ser também predominantemente agudos ou ao contrário, acentuadamente integrativos. É possível iniciar uma relação conflitiva e terminar numa relação cooperativa. De igual maneira, é possível que se inicie uma relação integrada que termine de forma conflituada.

Os conflitos sociais foram estudados sob diferentes perspectivas nas ciências sociais. A sociologia da ordem, da qual Durkheim é um dos representantes, via no conflito a expressão de uma anomia, ou seja, um estado patológico da vida social. Os teóricos marxistas, percebendo na sociedade o antagonismo de interesses e a desigualdade na distribuição de bens e poder, consideraram o conflito como elemento integrante da vida social responsável pelo seu processo de transformação.

## **5. Considerações Finais**

O Programa de Saúde da Família (PSF) está inserido num contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da atenção básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Suas diretrizes apontam para uma nova dinâmica na forma de organização dos serviços e ações de saúde e a velocidade de expansão do programa comprova a adesão dos gestores estaduais e particularmente dos gestores municipais.

É importante mencionar que essa estratégia do governo em investir em prevenção de doenças, apresentou uma significativa redução da quantidade de internações hospitalares, como também os índices de mortalidade infantil.

Outra consequência positiva dessa nova forma de flexibilização, foi o aumento do número de empregos, como também a oportunidade de receber melhores salários. Porém, um problema que aflige os profissionais é a instabilidade no emprego culminando na ausência de “carteira assinada”.

É possível afirmar que existe, apesar da permanência de inúmeros desafios ainda não superados, uma série de elementos favoráveis ao desenvolvimento e consolidação do PSF no Brasil neste momento. Elementos esses que passam pelo espaço político, pela adesão significativa dos gestores municipais e estaduais e ainda pela implantação da NOAS (Norma Operacional de Assistência), que incorpora maior resolutividade à atenção básica e possibilita a integralidade da assistência. Mesmo assim, foi constatado uma preocupação comum às equipes do PSF: elas temem a finalização do programa. Se esse fato ocorresse, geraria uma grande massa de desempregados, limitados apenas à experiência em saúde pública ou saúde preventiva. Considerando essa hipótese, os empregados poderiam se tornar obsoletos já que o mercado de trabalho é bastante competitivo e exige uma vasta experiência na área de atuação.

Na perspectiva inversa, de ampliação do número de equipes, identifica-se um outro agravante, os funcionários não terão direito a aposentadoria.

Enfim, estamos numa fase de enfraquecimento dos sindicatos, cuja origem está no avanço das novas formas de flexibilização do trabalho. Esse enfraquecimento faz com que não se possa enfrentar esse embate às vezes faz com que até retro-alimente o problema. Talvez até mesmo esse órgão de defesa dos trabalhadores não encontre solução para os problemas mencionados anteriormente ou até mesmo tenha se omitido em relação ao questionamento do sistema atual.

## **6. BIBLIOGRAFIA**

1. Alves, Giovanni. Crise do fordismo, sindicalismo e flexibilidade do trabalho. Artigos/ensaios. Rio de Janeiro : Projeto Joaquim de Oliveira, 1995.
2. Amadeu, Edward e Camargo, J. Márcio. “Instituições e o mercado de trabalho no Brasil”. In. Camargo, J.M. (org). Flexibilidade no mercado de trabalho no Brasil. FGV. R. de Janeiro, 1996.

3. Aron, Raymond. As etapas do pensamento sociológico. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
4. Baltar, Paulo. Estagnação da economia, abertura e crise do emprego. Economia e Sociedade, Campinas, 1996.
5. Cardoso, Adalberto Moreira. Sindicatos, trabalhadores e a coqueluche neoliberal: a era Vargas acabou? Ed. Fundação Getúlio Vargas. Rio de Janeiro, 1999.
6. ERMIDA, Oscar. Flexibilização e reforma trabalhista na América Latina. Palestra realizada na CUT nacional em 27 de Junho de 1996. CUT. GT Reestruturação Produtiva.
7. Galliano, Alfredo Guilherme. Introdução à Sociologia. São Paulo: Harper e Row do Brasil, 1981.
8. Guia Prático do Programa de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
9. Krein, José Dari. Reforma do sistema de relações de trabalho no Brasil. Campinas: CESIT/IE/Unicamp, 1999.
10. Mattoso, Jorge. A desordem do trabalho. Scritta. São Paulo, 1996.
11. Costa, Márcia da Silva. Tese de doutoramento, 2002.
12. Mendes, Aquiles. Projeto mais Saúde: A Emenda Constitucional de 1929 e a Lei de Responsabilidade Fiscal de 2001.
13. Pochmann, Márcio. A desestruturação do mercado de trabalho nos anos 90. Campinas: CESIT/IE/Unicamp, 1998.
14. Relatório de Gestão. Prefeitura Municipal de João Pessoa, 2002.
15. Revista Brasileira de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
16. URIARTE, Oscar Ermida. Flexibilização e reforma trabalhista na América Latina. São Paulo: CUT/GT-RP, 1996.