



A reestruturação produtiva na saúde: os efeitos da flexibilização nas maternidades do Programa Cegonha Carioca

Healthcare and productive restructuring: effects of increased flexibility on maternity hospitals in the Cegonha Carioca program

La reestructuración productiva en la salud: los efectos de la flexibilización en las maternidades del Programa Cigüeña Carioca

Jane Márcia Progianti^I; Juliana Amaral Prata^{II}; Pedrita Machado Barbosa^{III}

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa documental, realizada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, de 2007 a 2014, objetivando discutir os efeitos da reestruturação produtiva nas maternidades municipais do Programa Cegonha Carioca e seus nexos com a enfermagem. Como efeitos desse processo, a flexibilização na gestão dos serviços resultou no aumento da rede de estabelecimentos de atenção ao parto, a partir de parcerias e contratos de gestão. Na perspectiva dos recursos humanos, houve um incremento dos postos de trabalho para enfermeiras que atuam em maternidades, acompanhado do surgimento de diferentes modalidades de vinculação trabalhista. Concluímos que, apesar desse Programa representar uma importante expansão do mercado de trabalho, reafirma a flexibilização, no setor público, ao adotar relações laborais frágeis, contribuindo para a precarização do trabalho. Nesse cenário, a gestão dessas profissionais, no plano da regulação e da qualificação, se configura como um desafio para a implementação e continuidade das políticas públicas de atenção ao parto. **Palavras-Chave:** Enfermagem obstétrica; trabalho; humanização da assistência; política.

ABSTRACT: This documentary study conducted on Brazil's National Register of Health Facilities (CNES) database discussed the effects of productive restructuring on municipal maternity hospitals in the Cegonha Carioca Program, and thus on nursing. The process fostered more flexible service management, which in turn enabled the network of labor care facilities to expand through partnerships and management contracts. In human resource terms, more jobs were created for nurses to work in maternity hospitals, and diverse new types of employment relationship emerged. It was concluded that, although this program does represent significant expansion in the labor market, it reasserts public sector flexibilization by permitting fragile employment relationships, thus contributing to labor instability. In this scenario, regulation and professional development for these professionals pose challenges for managing the implementation and continuity of public childbirth care policies. **Keywords:** Obstetric nursing; work; humanization of care; policy.

RESUMEN: Se trata de una investigación documental, realizada en el Registro Nacional de Establecimientos de la Salud, de 2007 a 2014, con el objetivo de discutir los efectos de la reestructuración productiva en las maternidades municipales del programa Cigüeña Carioca y sus nexos con la enfermería. Como efecto de estos procesos, la flexibilización en la gestión de los servicios resultó en el aumento de la red de establecimientos de atención al parto a partir de asociaciones y de contratos de gestión. En la perspectiva de los recursos humanos, hubo un incremento en los puestos de trabajo para enfermeras que trabajan en maternidades, acompañado del surgimiento de distintas modalidades de vínculo laboral. Concluimos que, aunque este Programa representa una importante expansión del mercado laboral, reafirma la flexibilización, en el sector público, al adoptar relaciones laborales frágiles, contribuyendo a la precarización laboral. En este escenario, la gestión de estas profesionales, en el plan de la regulación y de la cualificación, configura un desafío para la implementación y continuidad de las políticas públicas de atención al parto.

Palabras Clave: Enfermería obstétrica; trabajo; humanización de la atención; política.

INTRODUÇÃO

No início dos anos de 1970, as transformações do capitalismo determinaram uma crise mundial caracterizada pelo esgotamento do modelo de produção fordista que perdurou até o final da década, quando o ideário neoliberal conquistava os países desenvolvidos

e se mostrava como a ideologia mais adequada para sustentar a globalização e a reestruturação produtiva, processos que se constituíram numa resposta à crise do fordismo e na reconfiguração do modo de acumulação capitalista¹⁻³.

^IDoutora em Enfermagem. Professora Associada do Departamento de Enfermagem Materno Infantil da Faculdade de Enfermagem, Pesquisadora do Grupo de Pesquisas sobre Gênero, Poder e Violência na Saúde e Enfermagem, Pesquisadora do Programa de Prociência da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: jmprogi@uol.com.br

^{II}Mestre em Enfermagem. Doutoranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: juaprata@gmail.com.

^{III}Mestranda da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Brasil. E-mail: barbosa.pedrita@gmail.com.

O neoliberalismo trouxe proposições que visavam reformar os Estados de bem-estar social, incluindo a contenção de gastos sociais, privatizações dos ativos públicos, flexibilização do trabalho, desregulamentação do mercado^{4,5}. Paralelamente, a globalização contribuiu para o avanço neoliberal, ao possibilitar a mobilidade de capital à nível global⁶. Esses processos se beneficiaram com a reestruturação produtiva que, a partir de transformações estruturais no âmbito da produção e do trabalho, introduziu novos padrões de gestão e organização nesses setores^{1,2}.

Como principal característica da reestruturação produtiva, a flexibilidade se traduz na libertação da produção com base no método *just in time*, envolvendo racionalização, eficiência e redução dos custos. Acompanhando essa concepção, o mercado se configura com a flexibilização das jornadas, da remuneração e dos direitos sociais, modificando a formação profissional com propostas que envolvem o desenvolvimento de habilidades e competências, com vistas à constituição da força de trabalho qualificada^{2,7,8}.

Apesar de fenômenos distintos, o neoliberalismo, a globalização e a reestruturação produtiva estão articulados com as transformações que vêm acontecendo no capitalismo nas últimas décadas, pois compartilham do ideal de flexibilização nos diversos setores da sociedade^{3,4}.

Na perspectiva da gestão da saúde brasileira, apesar da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), a política de ajuste econômico, implantada na década de 1990, determinou a redução dos gastos e do financiamento, a ausência de investimentos, a sub-remuneração dos serviços e dos profissionais, resultando na queda da qualidade da atenção^{4,9}.

Esse panorama catalisou o enfrentamento entre as concepções sobre o papel do Estado e os padrões de intervenção sobre a sociedade, favorecendo o surgimento de novos modelos de gestão das unidades de saúde, os quais resultaram na desregulamentação das relações de trabalho¹⁰⁻¹³. Assim, com a promessa de desburocratização e eficiência da gestão pública, o capitalismo, através da financeirização, instituiu a reestruturação produtiva no campo da saúde, pautada na flexibilização das estruturas e das formas de organização das relações laborais^{14,15}.

Além desses efeitos da reestruturação produtiva, na vertente da produção da saúde, esse processo remete à mudanças no modo de produzir o cuidado, a partir de inovações nos sistemas produtivos^{16,17}. Assim, apesar da hegemonia das práticas médicas, que transformou o Brasil em um dos campeões de cesarianas, o campo obstétrico vem se modificando a partir da valorização de um processo de trabalho centrado no trabalho vivo e no uso de tecnologias leves em detrimento do enfoque no trabalho morto e nas tecnologias duras, onde a enfermagem vem contribuindo para ressignificar o modo de cuidar na obstetrícia.

Diante do exposto, com o intuito de contribuir para reflexões acerca das repercussões dessa nova configuração do mercado no processo de trabalho da enfermagem, propomo-nos à discutir os efeitos da reestruturação produtiva nas maternidades municipais do Programa Cegonha Carioca e seus nexos com a enfermagem.

METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa documental realizada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), especificamente a busca nominal por estabelecimentos¹⁸. Esse levantamento considerou o período disponível de 2007 a 2014, operacionalizado através da consulta à ficha técnica dos estabelecimentos, com ênfase na entidade mantenedora, e da consulta anual de profissionais por competência, utilizando a expressão *enfermeiro* a fim de resgatar o quantitativo de enfermeiras registradas no sistema e a relação laboral estabelecida com as instituições.

Utilizamos, a partir da classificação Brasileira de Ocupações (CBO), o vocábulo *enfermeiro* no lugar de *enfermeiro obstetra*, pois, como fragilidades do estudo, encontramos dificuldades para identificar, em algumas maternidades, as enfermeiras que atuam especificamente na área da obstetrícia. Além disso, como a CBO cadastrada no sistema nem sempre condiz com o perfil de atuação desses profissionais na prática, optamos pela expressão *enfermeiras que atuam em maternidades* para a análise e discussão dos dados.

Como critério de inclusão, adotamos as maternidades municipais do Programa Cegonha Carioca, consultando o *site* da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura do Rio de Janeiro (SMSDC/RJ). Assim, encontramos uma casa de parto, seis maternidades e quatro hospitais gerais que possuem maternidades¹⁹.

Como critério de exclusão, particularmente para a discussão das relações de trabalho das enfermeiras que atuam em maternidades, consideramos as fragilidades encontradas no banco de dados e excluímos os estabelecimentos considerados hospitais gerais.

Para a análise dos dados, utilizamos publicações do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Observatório de Recursos Humanos em Saúde²⁰⁻²⁴.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A partir do levantamento no CNES, emergiram duas categorias de análise como efeitos da reestruturação produtiva nas maternidades municipais do Programa Cegonha Carioca: aumento da rede de estabelecimentos de atenção ao parto e surgimento de diferentes modalidades de vinculação trabalhista para as enfermeiras que atuam em maternidade.

Aumento da rede de estabelecimentos de atenção ao parto

Desde os anos 2000, verifica-se a ampliação da rede assistencial em todas as esferas administrativas e nos diferentes níveis de atenção²⁵. Nesse sentido, dados do IBGE apontam o surgimento de novos estabelecimentos de saúde no Brasil, com destaque para a rede municipal e privada²⁰⁻²².

Esse incremento aconteceu frente à necessidade de expansão do SUS, num contexto marcado pela descentralização dos serviços para os estados e municípios. Entretanto, a questão do financiamento das políticas se colocava como um desafio para a efetivação de um serviço público de qualidade, visto que as reformas neoliberais de corte social resultaram na redefinição do papel do Estado^{4,25}.

Essa situação se intensificou com a Emenda Constitucional nº 19/1998 que implementou a reforma administrativa, configurando o conceito de flexibilidade na saúde e nas relações laborais no setor público^{4,10-12,25}. Entre as modificações introduzidas por essa legislação, destacam-se: a revisão da estabilidade dos servidores estatutários, as mudanças no regime de remuneração dos agentes públicos e a introdução das agências executivas e das organizações sociais (OS) na gestão pública²⁶.

Esse último ponto da reforma acarretou mudanças significativas na estrutura e na dinâmica dos serviços, ao permitir o estabelecimento de consórcios e convênios de cooperação no âmbito da União, dos Estados e dos Municípios. Desse modo, viabilizou a gestão associada, bem como a transferência total ou parcial de encargos, serviços, pessoal e bens essenciais¹⁴.

Essa regulamentação possibilitou o surgimento de mecanismos de flexibilização, os quais, gradativamente, foram adotados para a gestão dos serviços de saúde e para a contratação de pessoal. Sendo assim, frente à política de redução do Estado, os governos locais, ainda que contrários à reforma, adotaram a flexibilidade no

setor público, principalmente, por meio de parcerias com entidades sem fins lucrativos e OS^{4,10-12,14}.

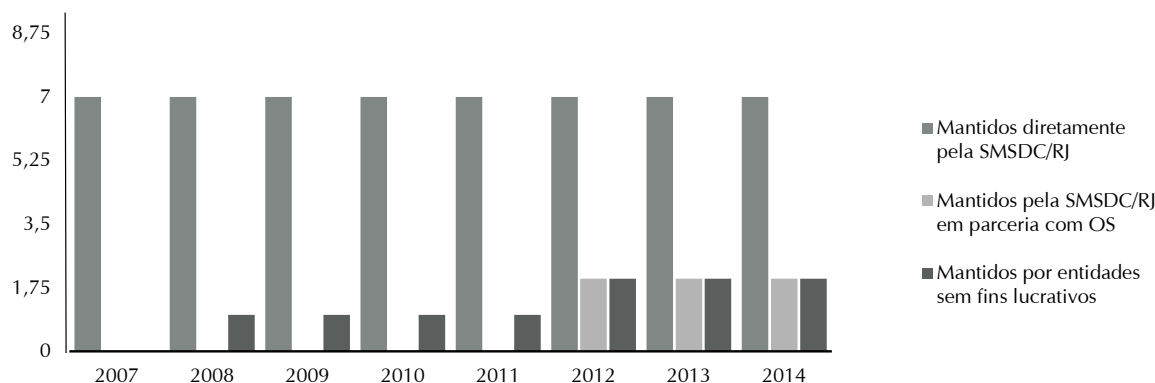
Na perspectiva das políticas de saúde, a expansão da rede, acompanhada pela tendência flexível na gestão dos serviços e dos recursos humanos, pode ser verificada no Programa de Saúde da Família e na Rede Cegonha, como iniciativas do Ministério da Saúde (MS), operacionalizadas pela administração municipal, que nasceram no bojo desses novos formatos gerenciais, apresentando diversos modelos de vinculação institucional^{11,14,25,27,28}.

A Rede Cegonha foi lançada em 2011 e o Rio de Janeiro foi o pioneiro na implementação dessa estratégia que visa organizar uma rede de cuidados às mulheres e às crianças, envolvendo as três esferas administrativas²⁹. Esse novo modelo prevê o financiamento de reformas, ampliações e aquisições por meio do repasse de verbas da União e da participação privada, através de entidades beneficentes de assistência social em saúde³⁰.

A esse cenário de flexibilização no setor público e paralelamente ao Rede Cegonha, soma-se a criação do Programa Cegonha Carioca no município do Rio de Janeiro, caracterizado pela vinculação do pré-natal às maternidades, transporte, acolhimento e classificação de risco por enfermeiro³¹. Essas iniciativas vem firmando parcerias e estabelecendo relações de trabalho diversificadas, assim como estão investindo, através do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica, na formação de enfermeiras especialistas para sua posterior inserção no SUS^{15,27,32}.

Como efeito dessas novas modalidades de gestão que consolidam o avanço da reestruturação produtiva na saúde pública, atualmente, o campo obstétrico da rede municipal do Rio de Janeiro dispõe de 11 estabelecimentos de assistência ao parto inseridos no Programa Cegonha Carioca, sendo 10 Maternidades e uma Casa de Parto, com enfermeiras atuando em todas essas unidades.

Observando o período de 2007 à 2014, na Figura 1, percebe-se que o incremento dessa esfera administrativa, verificado no campo obstétrico, aconteceu a partir de arranjos diversificados de gestão das instituições.



Legenda: SMSDC/RJ - Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro; OS - Organização Social

Fonte: CNESNET, 2014.

FIGURA 1: Estabelecimentos de atenção ao parto no município do Rio de Janeiro de acordo com entidade mantenedora

Constatamos que, até 2007, a SMSDC/RJ gerenciava diretamente todos os estabelecimentos de atenção ao parto, demonstrando que, até aquele momento, os gestores não haviam adotado a flexibilização nas estruturas gerenciais, ainda que esse processo fosse legitimado pelos dispositivos federais desde 1998.

A partir de 2008, verificamos que houve uma ampliação gradativa da rede assistencial acompanhada de parcerias com entidades sem fins lucrativos e com OS. Essa modalidade de gestão associada se intensificou com a publicação da Lei nº 5.026/2009, a qual regulamentou a atuação de OS na gestão das unidades de saúde³³. Diante desse aparato e frente aos incentivos da Rede Cegonha e do Programa Cegonha Carioca, podemos inferir que a flexibilização adentrou a gestão municipal resultando, no âmbito da assistência ao parto, na criação de três novas unidades municipais.

Nesse sentido, nota-se que o modelo flexível adotado para a gestão das maternidades municipais aumentou os postos de trabalho, de modo que, em 2007, o quantitativo de enfermeiras ocupadas nos estabelecimentos de atenção ao parto era de 275, alcançando um total de 607 até junho de 2014¹⁸.

Surgimento de diferentes vínculos trabalhistas para as enfermeiras em maternidade

No Brasil, ainda que a regulação do trabalho seja garantida pela Consolidação das Leis de Trabalho (CLT), a desregulação do mercado viabilizou o estabelecimento de contratos, muitas vezes precários. No setor público, o fenômeno da flexibilização das formas de trabalho se conforma com a delimitação do papel do Estado como regulador, a partir das transformações introduzidas pela Emenda Constitucional nº 19/1998, que possibilitou o surgimento de novas modalidades de vinculação para os recursos humanos¹⁰⁻¹².

Somado a esse dispositivo, a contenção de gastos com pessoal no setor público se intensificou, em 2000, com a Lei de Responsabilidade Fiscal, que disciplinou as despesas nas esferas administrativas, determinando o maior percentual para o nível municipal³⁴.

No âmbito da saúde, acompanhando a tendência das relações de trabalho de outros setores, as práticas flexíveis de contratação encontraram um ambiente favorável frente à política de enxugamento da máquina pública aliada aos processos de descentralização e municipalização, assim como, às novas políticas e aos programas de execução local^{14,35}. Esse cenário ocasionou mudanças na forma de contratação e estruturação da força de trabalho de modo que a administração pública municipal era induzida à contratar profissionais através de arranjos atípicos^{4,10,11,35,36}.

Consequente à reestruturação produtiva no campo da saúde, a flexibilização da gestão dos recursos humanos contribuiu para que o mercado de trabalho dos enfermeiros se configurasse de modo heterogêneo.

Nos microespaços de atuação, percebe-se que a força de trabalho se conforma de modo fragmentado em relação ao tipo de vínculo laboral, à estrutura gerencial e, até mesmo, em termos salariais¹⁰.

Nesse sentido, as maternidades municipais do Programa Cegonha Carioca se apresentam como cenários exemplares de consolidação da gestão flexível nos serviços e nos recursos humanos. Ainda, como uma recomendação das políticas públicas, esse Programa investe na atuação de enfermeiras na atenção ao parto e nascimento, porém a SMSDC/RJ vem adotando práticas alternativas de contratação dessas profissionais¹⁵.

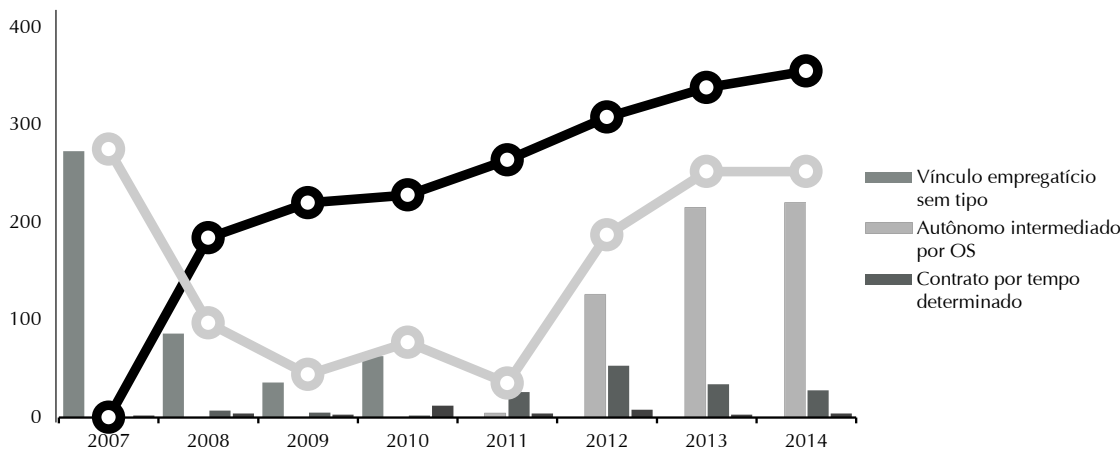
Ao observarmos a evolução das relações de trabalho das enfermeiras nas maternidades da SMSDC/RJ, na Figura 2, nota-se que, no período de 2007 a 2008, houve uma inversão proporcional de vínculos diversos para o regime estatutário, o que sugere a efetivação de trabalhadores para o serviço público. Cabe ressaltar que, em 2008, foi realizado um concurso público para o cargo de enfermeiro, com convocação até 2012, justificando o aumento verificado no regime estatutário e o declínio dos vínculos diversos nesse intervalo.

Apesar dessa tentativa de regulação dos vínculos de trabalho nas maternidades, a partir de 2011, consequente ao Programa Cegonha Carioca e ao surgimento de novas unidades, houve um incremento significativo de vínculos diversos, porém, de 2013 até o início de 2014, essa modalidade de vinculação começa a apresentar uma tendência de redução para os próximos anos, visto que um novo concurso público aconteceu em 2013, aumentando o quadro de enfermeiras efetivas que atuam em maternidades.

Considerando a entidade mantenedora das maternidades e o tipo de vínculo laboral estabelecido com as enfermeiras, percebemos que, apesar do regime estatutário prevalecer como a principal forma de vinculação, o Figura 2 aponta para a proliferação de vínculos frágeis nos últimos anos, em que as formas atípicas de trabalho são majoritárias nas instituições, onde a SMSDC/RJ estabeleceu parcerias e contratos de gestão.

Com exceção da Casa de Parto que possui somente enfermeiras sob o regime estatutário, nas quatro maternidades administradas diretamente pela SMSDC/RJ, concomitante ao predomínio do regime de servidor público, verificamos a existência de outras modalidades de relação de trabalho, com destaque para os contratos temporários e os profissionais intermediados por OS. Por outro lado, nos dois estabelecimentos gerenciados por OS, a totalidade de enfermeiras dessas instituições possui a relação laboral denominada como autônomo intermediado por Organização Social.

Em relação aos contratos por tempo determinado, a Figura 2 apresenta a persistência desse tipo de relação laboral ao longo dos anos, denotando uma certa banalização da legislação, que permite esse tipo



Legenda: OS - Organização Social

Fonte: CNESNET, 2013.

Nota: As modalidades de vinculação trabalhista pouco expressivas numericamente foram enquadradas como "outros vínculos": cooperativa, emprego público CLT, autônomo, emprego público e contrato verbal/informal.

FIGURA 2: Evolução das relações de trabalho das enfermeiras nos estabelecimentos de atenção ao parto da SMSDC/RJ (2007 - 2014)

de contratação somente para solucionar situações de excepcional interesse público, com duração determinada ou previsível, as quais não possam ser satisfeitas, no momento, com recursos humanos da administração pública^{4,12,37}. Entretanto, a contratação temporária, como uma constante no quadro dos recursos humanos da SMSDC/RJ, constitui uma ilegalidade quando se configura como um substitutivo do concurso público e da vinculação efetiva.

Notamos também o considerável aumento da contratação autônomo intermediado por OS como reflexo da gestão flexível que, no município do Rio de Janeiro, se materializa na Lei nº 5.026/2009. Esse dispositivo dispõe sobre a atuação de OS na saúde, somente em unidades criadas a partir da publicação da referida lei³³. Assim, com base nesse aparato legal, em 2012 e 2013, o município inaugurou duas novas maternidades, responsáveis pelo expressivo crescimento desse tipo de relação de trabalho nos últimos três anos.

No período observado, a SMSDC/RJ vem utilizando, simultaneamente, diferentes formas de vinculação para as enfermeiras, as quais podem ser caracterizadas como trabalho protegido ou emprego típico e trabalho desprotegido ou emprego atípico. O primeiro grupo possui cobertura legal, proteção social e indeterminação temporal da relação de trabalho, correspondendo ao regime estatutário e à CLT. Enquanto o segundo grupo inclui o conjunto de vínculos temporários, prestadores de serviços de profissionais autônomos e outros tipos de contratos que compartilham a fragilidade e a ausência de estabilidade no emprego, sem proteção plena no âmbito dos direitos legais³⁶.

Essa multiplicidade de realidades laborativas remete à noção de precariedade, como um fenômeno

de fragilização e perda de qualidade no mercado, resultante das reformas neoliberais que acentuaram a flexibilização e a desregulação do trabalho, o desemprego e os níveis de informalidade³⁶. Como uma especificidade do desenvolvimento econômico no capitalismo tardio, a flexibilização e a precarização do trabalho associadas à desproteção sócio-legal se apresentam como inevitáveis para os trabalhadores que, a fim de evitar o desemprego socialmente excluyente, se submetem às relações laborais precárias^{3,25}.

Nesse sentido, a fragmentação dos vínculos com a administração pública dos serviços de saúde vem sendo relacionada à precariedade do trabalho no SUS. Do ponto de vista do vínculo, a precariedade reside nas lacunas da proteção aos direitos e benefícios do trabalhador, enquanto, na perspectiva jurídica, o desrespeito às normas de ingresso às instituições do Estado configura uma irregularidade do vínculo em sua origem^{11,14,35}.

Nos microespaços de atuação do SUS, a coexistência de diferentes estratos de trabalhadores gera instabilidade nos postos de trabalho, comprometendo os profissionais e as instituições. Nesse cenário, a precarização transparece no desgaste físico e psíquico, na desmotivação, no baixo desempenho, no absentismo, no descompromisso com o estabelecimento e com a qualidade da atenção. Por outro lado, como efeito desse processo, a alta rotatividade nos serviços é uma realidade que afeta a continuidade das políticas públicas e dos programas de atenção à saúde^{4,10,11,15,25,35}.

No panorama atual da gestão dos recursos humanos da saúde, a ausência de legislação única que ampare esses arranjos laborais frágeis, nos diferentes estados brasileiros, dificulta a regulação dos empregos atípicos. As normas existentes são localmente

particulares e se baseiam na avaliação do cumprimento de metas estabelecidas, sem que haja normas reguladoras de admissão, demissão e desempenho dos trabalhadores^{10,11,25}.

Considerando que é um consenso entre gestores e trabalhadores que a formação, o desempenho e a gestão dos recursos humanos afetam profundamente a qualidade dos serviços públicos, a regularização dos vínculos de trabalho no SUS se coloca como uma questão urgente. Para tanto, em 2003, o MS criou o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS para elaborar políticas e formular diretrizes de enfrentamento dessa problemática³⁵.

As iniciativas governamentais no campo da gestão do trabalho resultaram, em 2006, na publicação do Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, com vistas à sensibilizar e conscientizar os gestores acerca da importância de uma política de valorização do trabalhador como estratégia para promover a desprecarização do trabalho e a consolidação do SUS^{25,35}.

Nesse sentido, com o intuito de combater a precariedade do trabalho em saúde no SUS, o município do Rio de Janeiro estabeleceu alguns objetivos, entre eles, destaca-se investir em qualificação e fixação de profissionais. Entretanto, em 2013, apesar dos esforços, o indicador proporção de trabalhadores que atendem ao SUS, na esfera pública, com vínculos protegidos não atendeu a meta pactuada de 92%, alcançando 77,73%³⁸.

Ainda que os resultados não estejam de acordo com a tendência de redução esperada, é interessante perceber que a valorização e a democratização das relações de trabalho no SUS constituem parte das diretrizes do plano de ação do município para o período de 2013 a 2015.

Podemos inferir, com base na Figura 2, especificamente em relação às enfermeiras que atuam em maternidades da SMSDC/RJ, que os reflexos dessas iniciativas são promissores para o ano de 2014, uma vez que os dados apontam para uma redução considerável de relações de trabalho flexíveis, porém, para que se possa afirmar isso como uma tendência, é necessário que haja, nos próximos anos, um incremento proporcional de empregos típicos e protegidos, principalmente no regime estatutário.

CONCLUSÃO

No Brasil, concomitante à consolidação do SUS e ao processo de municipalização da atenção à saúde, as estratégias de enfrentamento da crise do capitalismo mundial resultaram em reformas administrativas, as quais conduziram à redefinição do papel do Estado, como executor de políticas públicas de corte social.

Sob a influência do neoliberalismo, da globalização e da reestruturação produtiva, a política do Estado mínimo, implementada no campo da saúde, colocou o financiamento como um impasse para a

efetivação de um serviço público de qualidade, possibilitando o surgimento de modelos flexíveis para a gestão dos serviços e dos recursos humanos nessa área.

Essa flexibilização no setor público permitiu o estabelecimento de parcerias e consórcios de cooperação, principalmente nos estados e municípios, porém trouxe novas configurações para o mercado de trabalho. Se por um lado essas novas modalidades de gestão propiciaram a ampliação da rede e dos postos de trabalho, de outro, corroboraram a desregulação e precarização das relações de trabalho no SUS.

Nesse sentido, o município do Rio de Janeiro se apresenta como um exemplo de consolidação da reestruturação produtiva na saúde pública, pois, frente ao Programa Cegonha Carioca, essa esfera administrativa firmou parcerias que possibilitaram a criação de novos estabelecimentos de atenção ao parto, assim como o incremento da oferta de empregos para enfermeiras que atuam em maternidades. Entretanto, acompanhando a tendência de outras iniciativas do nível federal, esse Programa vem utilizando vínculos atípicos e desprotegidos para os recursos humanos.

Nessa perspectiva, ainda que o Cegonha Carioca represente uma importante expansão do mercado de trabalho para enfermeiras, ao mesmo tempo, reafirma a flexibilização no setor público ao adotar relações laborais frágeis, contribuindo para a precarização do trabalho no SUS. Ainda, frente à diversidade de relações de trabalho existentes na SMSDC/RJ, a gestão dessas profissionais se configura como uma questão complexa, no plano da regulação e da qualificação permanente, tornando-se um desafio para a implementação e continuidade das políticas públicas de atenção ao parto e nascimento.

Diante do exposto, sugerimos novos estudos para acompanhar os esforços atuais dos gestores municipais no sentido de regularizar os vínculos de trabalho no SUS, com ênfase na gestão dos recursos humanos do referido Programa, pois, como uma iniciativa que valoriza a atuação de enfermeiras, é importante que ela aconteça também na perspectiva das relações de trabalho visto que essa questão é determinante para a qualidade dos serviços, para a efetividade das ações, assim como para a regularidade do trabalho em saúde.

REFERÊNCIAS

1. Gomes Serafim MT. Debate sobre a reestruturação produtiva no Brasil. *RA'EGA*. 2011; 21: 51-77.
2. Varella TC, Pierantoni CR. A migração de enfermeiros: um problema de saúde pública. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2007; 7: 199-211.
3. Lustosa DSM. Flexibilização/precarização das relações de trabalho no Brasil. *Âmbito Jurídico*. 2010; [citado em 05 mai 2014]. 13 (75). Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br>.

- 4.Souza MN. Flexibilização e precarização do trabalho no âmbito da saúde e educação. In: Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas; 2011 ago 23-26; São Luís, Brasil. São Luís (MA): Universidade Federal do Maranhão; 2011. p. 2-9.
- 5.Munhoz DB, Jesus JAL, Costa MA, Souza EM. Neoliberalismo e Estado mínimo: repercussões na atenção à saúde no Distrito Federal. *Com Ciências Saúde*. 2009; 20:271-6.
- 6.Rocha-Vidigal CB, Vidigal VG. Investimento na qualificação profissional: uma abordagem econômica sobre sua importância. *Acta Scientiarum Human and Social Sciences*. 2012; 34 (1): 41-8.
- 7.Estrada JHM. La formación por competencias y el mundo del trabajo: de la calificación a la empleabilidad. *Rev salud pública*. 2012; 14 (Suppl 1): 98-111.
- 8.Haddad AE, Morita MC, Pierantoni CR, Brenelli SL, Passarella T, Campos FE. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44: 383-93.
- 9.Garcia AL, Oliveira ERA, Barros EB. Qualidade de vida de professores do ensino superior na área da saúde: discurso e prática cotidiana. *Cogitare Enferm*. 2008; 13(1):18-24.
- 10.Martins MIC, Molinaro A. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2013; 18: 1667-76.
- 11.Nogueira RP. Problemas de gestão e regulação do trabalho no SUS. In: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil (Série Observação 5). Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
- 12.Ribeiro AB. Vínculos de trabalho na administração pública brasileira. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil (Série Formulação 1). Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2010
- 13.Prata JA, Progiatti JM, Pereira ALF. O contexto brasileiro de inserção das enfermeiras obstétricas na assistência ao parto humanizado. *Rev enferm UERJ*. 2012; 20:105-10.
- 14.Nogueira RP. Composição público versus privado, gestão de unidades e recursos humanos no SUS. Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil (Série Observação 5). Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
- 15.Maia ACMSB. Programa Cegonha Carioca:dilemas conceituais/programáticos e expectativas na atenção pré-natal [dissertação de mestrado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2014.
- 16.Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad Saúde Pública*. 2009; 25: 898-906.
- 17.Franco TB, Merhy EE. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2008; 13: 1511-20.
- 18.Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde do Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde - DATASUS [base de dados na internet]. Última atualização em jul 2014. [citado em 14 jul 2014]. Disponível em: http://cnes3.datasus.gov.br/Lista_Prof_Nome_Sus.asp.
- 19.Prefeitura do Rio de Janeiro. Unidades de saúde. Maternidades da Secretaria Municipal de Saúde [site da internet]. [citado em 15 jan 2015]. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/maternidades>.
- 20.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Estatísticas da Saúde: Assistência Médico Sanitária. Rio de Janeiro: IBGE; 2002.
- 21.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Estatísticas da Saúde: Assistência Médico Sanitária. Rio de Janeiro: IBGE; 2005.
- 22.Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Estatísticas da Saúde: Assistência Médico Sanitária. Rio de Janeiro: IBGE; 2010.
- 23.Nogueira RP, Piola SF, Vianna SM, Rodrigues VA. Tendências na evolução do emprego e nas relações de trabalho em saúde: a gestão de recursos humanos no Sistema Único de Saúde. IN: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil (Série Observação 5). Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
- 24.Nogueira RP, Ribeiro AB. Reflexões sobre diferentes temas: capital e trabalho nos serviços de saúde; o Estado, as agências e a saúde; vínculos de trabalho na administração pública brasileira. IN: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil (Série Formulação 1). Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2010.
- 25.Junqueira TS, Cotta RMM, Gomes RC, Silveira SFR, Siqueira-Batista R, Pinheiro TMM, Sampaio RF. As relações laborais no âmbito da municipalização da gestão em saúde os dilemas da relação expansão/precarização do trabalho no contexto do SUS. *Cad Saúde Pública*. 2010; 26(5): 918-28.
- 26.Senado Federal (Br). Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção de órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais e dá outras providências. Brasília (DF): Gráfica do Senado; 1998.
- 27.Inglez BN. Programa Cegonha Carioca: as implicações da contra-reforma neoliberal na saúde [monografia]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 2012.
- 28.Silva KL, Sena RR, Tavares TS, Maas LWD. Expansão dos cursos de graduação em enfermagem e mercado de trabalho: reproduzindo desigualdades? *Rev Bras Enferm*. 2012; 65: 406-13.
- 29.Secretaria de Estado de Saúde (RJ). Deliberação CIB nº1.375 de 21 de julho de 2011. Aprova a adesão do estado do Rio de Janeiro à Rede Cegonha. Rio de Janeiro: SES-RJ; 2011.
- 30.Ministério da Saúde (Br). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília (DF): Gabinete Ministerial; 2011.
- 31.Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro. Programa Cegonha Carioca: Edital, Anexos I, II, III, IV, A, B, C e D. [citado em 24 jan 2015]. Disponível em: http://www.rio.gov.br/web/smsdc/exibecont_eudo?articleid=188976.
- 32.Governo Federal (Br). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Edital nº 21 de 5 de setembro de 2012. Dispõe sobre o processo seletivo destinado à

oferta de bolsas para o Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF). Brasília (DF): SGTES; 2012. 136-37.

33. Governo Municipal (RJ). Lei nº 5.026 de 19 de maio 2009. Dispõe sobre a qualificação de entidades como Organizações Sociais e dá outras providências. Rio de Janeiro: Câmara Municipal; 2009.

34. Senado Federal (Br). Lei Complementar nº 101 de 04 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Brasília (DF): Gráfica do Senado; 2000.

35. Governo Municipal (RJ). Lei nº 1.978 de 26 de maio de 1993. Dispõe sobre a contratação de pessoal por tempo determinado para atendimento de necessidade temporária de excepcional interesse público. Rio de Janeiro: Câmara Municipal; 1993.

36. Girardi S, Carvalho CL, Maas LWD, Farah J, Freire JA. O trabalho precário em saúde: tendências e perspectivas na Estratégia da Saúde da Família. *Divulgação em Saúde para Debate*. 2010; 45: 11-23.

37. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS - perguntas & respostas. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2006.

38. Governo do Estado (RJ). Rol de diretrizes, objetivos, metas e indicadores 2013-2015 [site da internet]. Portal da Saúde do Rio de Janeiro. [citado em 17 jan 2015]. Disponível em: http://www.saude.rj.gov.br/arquivos-para-baixar/cat_view/1-informacao-em-saude/158-rol-de-diretrizes-objetivos-metas-e-indicadores-2013-2015/159-municipios.html?start=20.