

Trabalho e precarização na saúde pública

Work and precarization in public health

Fábio Frazatto Verde, Marcia Hespanhol Bernardo, Sandra Büll

Resumo

No presente artigo, busca-se analisar a vivência de trabalhadores, contratados na condição de terceirizados em uma cidade do interior paulista no período em que estava havendo um grande número de demissões. Com base na proposta de “Campo-Tema”, a metodologia utilizada envolveu a observação de atos públicos e outras atividades dos trabalhadores, bem como a realização de entrevistas. Os resultados indicam que os trabalhadores aceitaram os contratados e naturalizaram esse processo por ter sido a única forma possível de emprego na saúde pública que lhes foi oferecida. Eles se vêem como servidores públicos e não como servidores terceirizados e se identificam com as propostas do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a preocupação com os usuários do serviço e a dificuldade para realizar adequadamente a função de servidores públicos de saúde parece gerar tanto sofrimento quanto a situação pessoal de precariedade relativa à iminência de desemprego.

Palavras-chave

Precarização do trabalho; saúde do trabalhador; saúde mental relacionada ao trabalho.

Abstract

This article refers to a research that aimed to understand the experience of workers in outsourced condition in a town located in São Paulo-Brasil during a period in which there was a large number of layoffs. Based on the idea of "Field-Theme", the methodology involved the observation of public acts of protest and other activities of workers, as well as interviews. The results indicate that the workers accepted the contracts and neutralized this process, as it was the only possible form of employment in public health for them. Similarly, they see themselves as government employees and not as outsourced employees and identify themselves with the principles of the Unified Health System (SUS). Thus, the concern with the service users and the difficulty to perform properly the function of public health service provider seems to generate as much suffering as the personal situation of precariousness on the verge of unemployment.

Keywords

Work precarization; public health; mental health related to work.

Fábio Frazatto Verde Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Graduando do curso de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas

fverde@gmail.com

Marcia Hespanhol Bernardo Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, com pesquisas na área de Psicologia Social do Trabalho e Saúde do Trabalhador.

marciahb@terra.com.br

Sandra Büll Centro Universitário Herminio Ometto de Araras

Docente do Centro Universitário Herminio Ometto de Araras - UNIARARAS e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUC-Campinas.

sanbpsico@hotmail.com

Introdução

A pesquisa aqui apresentada é a continuidade de outra anterior que teve por objetivo estudar as vivências de trabalhadores da saúde pública, contratados por meio de diferentes vínculos empregatícios em um município do interior de São Paulo (BERNARDO; VERDE; GARRIDO-PINZÓN, 2013). Tendo em vista que os resultados encontrados indicavam a possibilidade de uma postura fatalista (MARTÍN-BARÓ, 2006), ou seja, de completa conformidade, submissão e naturalização das condições, por parte de trabalhadores com vínculos de trabalho terceirizados – contratados por outra entidade, segundo as regras da CLT (Consolidação das Leis do Trabalho) e não as do funcionalismo público – surgiu o interesse em aprofundar a compreensão de como esses trabalhadores vivenciavam tal situação.

O momento histórico de modificações de cunho neoliberal no chamado “mundo do trabalho” (LINHART, 2000; ANTUNES, 1995), que caracterizam o “novo espírito do capitalismo” (BOLTANSKI; CHIAPELLO, 1999), serve aqui de pano de fundo para entender o processo de mudança pelo qual passa o SUS (Sistema Único de Saúde) e também a realidade particular do município estudado. Afinal, por mais de uma década, grande parte dos trabalhadores que atuavam na saúde pública dessa cidade foram contratados de forma terceirizada por uma entidade externa, que será aqui denominada como ‘Prestador de Serviços’, situação que será explanada mais adiante. Não se trata de uma Organização Social de Saúde (OSS) do tipo que vêm assumindo o gerenciamento dos serviços de saúde em diversos municípios, conforme especificado na Lei 9637/98, mas de um antigo hospital comunitário sem fins lucrativos que, passou a ser cogerido pela Secretaria Municipal de Saúde.

Tal parceria iniciou-se na década de 1990, sendo a forma buscada pela Secretaria de Saúde Municipal para contratar trabalhadores terceirizados, inicialmente apenas para a saúde mental e, depois, para todos os tipos de unidades da rede de saúde municipal. Um dos principais argumentos apresentados para justificar essa parceria foi a agilidade possibilitada para a contratação do pessoal necessário para a prestação de serviços adequados à população. Posteriormente, com a promulgação da chamada Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000), a administração municipal passa a justificar a ampliação da parceria com base no argumento de que não seria possível a contratação de trabalhadores por meio de concursos públicos devido às restrições impostas por essa lei para o percentual orçamentário destinado ao pagamento de pessoal.

No entanto, em 2011, foi anunciado na mídia local que, após investigação, o Ministério Público do Trabalho considerou ilegal esse tipo de contratação de trabalhadores, exigindo que o modelo de cogestão que vinha sendo utilizado fosse finalizado e que ocorressem concursos públicos.

Dado o contexto acima, pretendeu-se compreender a vivência dos trabalhadores que estavam submetidos a esse tipo de contratação – que representa uma relação de trabalho precarizada – na realidade de indefinição vivida pelo SUS local no período em que a pesquisa foi realizada. Para essa discussão, no entanto, é interessante rever as condições históricas que levou a tal contexto.

Um pouco de história...

O surgimento do Sistema Único de Saúde brasileiro (SUS) é um marco na história do país por ter a influência do movimento popular. Anos antes da criação do SUS pela Constituição Federal de 1988, havia uma grande agitação popular que estava motivada a reivindicar direitos, especialmente

o direito à saúde. Essa mobilização, denominada Movimento Sanitário, foi capaz de articular tanto políticos e gestores públicos, quanto camadas populares e militantes de esquerda. Enquanto os políticos foram importantes para permitir o envolvimento de partidos e órgãos governamentais, os gestores aliaram o próprio trabalho à dispersão dessas ideias, para permitir que conceitos do Movimento Sanitário entrassem na máquina estatal. Os militantes de esquerda acreditavam que, ao lutar por reformas na saúde com uma perspectiva mais social, seriam capazes de preparar o país para futuras reformas socialistas em outros setores (CAMPOS, 2007).

Desta forma, com estes diversos setores envolvidos, o movimento de Reforma Sanitária passou a se orientar pelos seguintes princípios:

[...] um princípio ético normativo que considera saúde como parte de direitos humanos; um princípio científico para compreender a determinação social do processo saúde/doença; um princípio político que assume a saúde como direito universal inerente à cidadania em uma sociedade democrática; um princípio sanitário que entende a proteção à saúde de forma integral, desde a promoção, passando pela ação curativa, até a reabilitação (TEIXEIRA, 2009, p.477).

Entretanto, ao mesmo tempo em que ocorria todo este movimento democrático no Brasil, que permitiu a efervescência de movimentos populares e expansão desses ideais, havia, na realidade global, a decadência do socialismo soviético e a disseminação das concepções neoliberais por diversos países. Assim, considerando-se essas influências ideológicas, criou-se uma dicotomia em relação à construção de um modelo de saúde. De um lado, havia o Movimento Sanitário, que buscava a criação de um sistema nacional de saúde e, de outro, estavam prestadores de serviços privados – principalmente médicos – e partidos mais conservadores, que visavam um modelo liberal-privatista de saúde (CAMPOS, 2007).

Desta forma, a criação de um sistema nacional é, até o os dias de hoje, visto como uma derrota do modelo neoliberal. Entretanto, contraditoriamente, na própria Constituição Federal está prevista a participação complementar da iniciativa privada. O Artigo 199, no seu primeiro parágrafo, afirma que a assistência à saúde é livre à iniciativa privada:

§ 1.º As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos (BRASIL, 1988).

Observa-se, então, que, por mais que o SUS possuísse majoritariamente características de um modelo nacional de saúde, o projeto de lei que o criou manteve marcas da política liberal privatista que possibilitaram a inserção gradativa de políticas neoliberais, como o caso das Organizações Sociais de Saúde (OSS).

Ao entender-se as OSS como uma forma de eximir o Estado de responsabilidades em relação ao cuidado social na saúde, pode-se relacionar este recurso à ideologia neoliberal do Estado mínimo. Outra característica relevante das OSS, e de interesse a esta pesquisa, seria a ênfase na redução de custo com os funcionários, pois, em geral, os trabalhadores por elas contratados devem cumprir metas de número de atendimentos, do mesmo modo que se estabelecem metas de produção nas fábricas, muitas vezes, em detrimento de atividades de promoção de saúde e prevenção, que também são responsabilidade do SUS. Eles também estão

sujeitos a vínculos de trabalho sem nenhuma estabilidade e seus salários, em geral, são menores do que os de seus pares que possuem vínculo público e, raramente, possuem um plano de carreira. Assim, se evidencia a inserção da ideologia *minimax* (maximização da produção e minimização dos custos com pessoal), característica das empresas privadas, também nos serviços públicos de saúde (BLANCH-RIBAS; CANTERA, 2011).

Essas características já estão presentes em muitos municípios do Brasil. Entretanto, no município em questão, um Projeto de Lei que aprovaria as Organizações Sociais foi vetado pelo Conselho Municipal de Saúde – instância que, deve-se destacar, sempre contou com uma participação ativa de movimentos sociais – e, assim, a administração municipal não pôde utilizar-se desse mecanismo tão disseminado atualmente por todo o país. Mas, conforme já foi dito, isso não quer dizer que os trabalhadores da saúde nesse município foram todos contratados por meio de concurso público. O caso é particular justamente porque, apesar de não ter OSS na gestão da saúde, a cidade tem o vínculo com o Prestador de Serviços, o que, na prática, levou à terceirização da contratação de grande parte dos trabalhadores da saúde, que foram submetidos a uma situação tão precária quanto aqueles empregados por OSS típicas.

Então, como tudo se deu?

O contexto recente da saúde municipal e de seus trabalhadores

Para se entender o contexto da saúde pública do município estudado é preciso descrever parte da história do Prestador de Serviços responsável pela cogestão aqui descrita. Este serviço foi criado há quase um século por uma sociedade filantrópica como um hospital psiquiátrico e funcionava nos moldes manicomial. Porém, com o movimento da Reforma Antimanicomial e as dificuldades financeiras pelas quais vinha passando, a entidade redirecionou sua forma de funcionar, buscando atender aos princípios da desospitalização por meio da criação de serviços substitutivos. Foi nessa época que estabeleceu vínculo de parceria com a Prefeitura Municipal, oficializado por meio de lei municipal, visando ao comum gerenciamento e funcionamento de suas atividades, situando a entidade como parte integrante do Sistema Municipal de Saúde.

No início dessa parceria, a entidade só contratava trabalhadores e administrava serviços relacionados à saúde mental. Entretanto, na década passada, surgiu uma nova parceria entre ela e a Prefeitura Municipal, com o Programa Saúde da Família (PSF). Com esse novo vínculo, a instituição passou a contratar trabalhadores terceirizados para todos os serviços de saúde do município.

Assim, o Prestador de Serviços contratava trabalhadores com vínculo regido pela CLT e recebia um repasse da Prefeitura Municipal para realizar os pagamentos. Iniciou-se, então, um processo de terceirização das contratações de funcionários públicos, que foi sendo intensificado a cada ano. Conforme já dito, a justificativa para esse vínculo pela administração pública era a de que era a única forma de contratar o número necessário de profissionais de saúde sem infringir a Lei de Responsabilidade Fiscal (BRASIL, 2000).

Portanto, apesar do Prestador de Serviços não ser exatamente uma OSS, uma vez que a Prefeitura possui participação em sua gestão, pode-se notar relações análogas entre os dois tipos de vínculos. Afinal, assim como as OSS, a referida entidade atende somente usuários do SUS e contrata trabalhadores terceirizados, substituindo contratações mediante concurso público realizados pela prefeitura. Ambas as parcerias são consideradas contratos de cogestão e cumprem a função de contratar trabalhadores terceirizados, em geral, com salários menores do que os servidores públicos.

O que podemos considerar é que tal entidade se aproxima da concepção de entidade paraestatal (FONSECA, 2010), mas guarda algumas diferenças. Entidades paraestatais são entidades que prestam serviços exclusivamente públicos, apesar de serem privadas, e são fiscalizadas e regulamentadas pelo poder público com o qual estabelecem vínculo – municipal, estadual ou federal. Estas entidades possuem uma autonomia restrita em relação a ações que possam influenciar gastos ou gestão. Exatamente por esta razão, o Prestador de Serviços apresentado aqui não se enquadra totalmente no critério de entidade paraestatal. Pode-se dizer que ele seria uma unidade do sistema de Saúde Pública do Município, uma vez que é gerenciado pelo poder público, sem, no entanto, ser um serviço público. Nesse contexto, seu Conselho Gestor possui uma autonomia que o diferencia das OSSs.

Tendo em vista essa especificidade, em 2011, o Ministério Público avaliou que o contrato entre o Prestador de Serviços e o Programa de Saúde da Família (PSF) era ilegal e propôs um Termo de Ajustamento de Conduta com a administração municipal, a qual previa um prazo de alguns meses para a realização de concursos públicos para as diversas categorias profissionais da saúde que deveriam substituir os trabalhadores terceirizados. Nesse processo, houve alguns adiamentos do prazo, mas, ao final acabou ocorrendo a demissão de mais de 1300 trabalhadores da rede de saúde do Município sem que, no entanto, houvesse a substituição desse contingente por concursados.

Também é importante destacar que, desde o início do processo, a Prefeitura indicou que haveria uma redução drástica do número de vagas, mesmo com a informação de que, pelas condições orçamentárias da época, a contratação por concurso público de um número igual – ou, pelo menos, próximo – ao de trabalhadores demitidos não infringiria a Lei de Responsabilidade Fiscal. Tal contexto teve repercussões diretas sobre a vivência daqueles que estavam inseridos nos serviços de saúde. Durante o período entre a intervenção do Ministério Público e a efetivação das demissões, os trabalhadores continuaram a exercer suas atividades sem saber quando seus contratos de trabalho seriam encerrados. Tinham apenas a certeza de que não iria demorar. Além disso, tiveram que utilizar os horários fora do trabalho para estudar para o concurso público, exercer a militância no “movimento dos trabalhadores do Prestador de Serviços” e procurar outros empregos ou formas de renda alternativas para o futuro próximo.

Justamente esse cenário de instabilidade, inseguranças e preocupações foi o foco da pesquisa cujos resultados são apresentados aqui. Buscou-se entender como os trabalhadores vivenciaram esse tenso contexto, que, em vez de se configurar como uma necessária correção de rumo, acabou por precarizar ainda mais os serviços oferecidos à população pelos serviços de saúde municipais e a condição dos trabalhadores da saúde que realizavam esse atendimento até então.

Também vale dizer que o único concurso realizado durante o período em que esta pesquisa ocorreu também não previu qualquer pontuação extra para a “experiência” anterior dos candidatos, o que colocou os trabalhadores contratados até então pelo Prestador de Serviços em situação de igualdade com outros candidatos sem nenhuma vivência no SUS.

Método

Trata-se de uma pesquisa qualitativa que se enquadra na proposta de *campo-tema* de Peter Spink, na qual: “[...]o campo não é mais um lugar específico, mas se refere à processualidade de temas situados” (SPINK,

2003, p.18). Em consonância com essa proposta, foram utilizadas diversas formas para coleta de material. Desse modo, realizou-se consultas periódicas a um blog desenvolvido por trabalhadores e militantes da saúde pública, consulta a cartas públicas dos trabalhadores e participação em debates e passeatas em repúdio às demissões, com vistas a ouvir diversos trabalhadores sobre a forma como vivenciavam todo o processo pelo qual passava a cidade e os serviços de saúde. Ao final, foram realizadas entrevistas reflexivas em profundidade com três trabalhadores da saúde contratados pelo Prestador de Serviços, que representavam diferentes formas de inserção no processo. Um exercia cargo de chefia, outra era líder do movimento dos trabalhadores e a terceira era uma trabalhadora comum de uma unidade de saúde. Os contatos com os entrevistados se deram a partir do acompanhamento do movimento e também por meio de indicações de pessoas, que configuraram uma 'rede' de relações que teve o papel de mediar o contato entre pesquisador e sujeitos (HAMMERSLEY; ATKINSON, 2001).

As entrevistas foram áudio gravadas com o consentimento dos entrevistados e, posteriormente, transcritas. Já os relatos não gravados ou obtidos em diálogos informais com o pesquisador, bem como as observações diretas foram anotados em um diário de campo, que compõe o conjunto de dados analisados. Todo esse material foi submetido a uma análise hermenêutica e de descrição densa, de acordo com Geertz (2003), por meio da qual buscou-se identificar categorias que estivessem relacionadas com os objetivos da pesquisa. Tendo em vista a riqueza das entrevistas para os objetivos da investigação, aqui, optou-se por concentrar a discussão sobre elas, tomando o restante do material como apoio para a análise.

Com relação às características dos entrevistados. O trabalhador que será referido na pesquisa pelo nome fictício de Paulo Ricardo tem 29 anos, é psicólogo com especialização em Saúde Coletiva, contratado pelo Prestador de Serviços em 2007. Até 2011, havia trabalhado em duas unidades de saúde diferentes e tinha assumido a função de gestor em um serviço de saúde mental alguns meses antes da entrevista.

Outra entrevistada foi Maria Clara, de 30 anos, também psicóloga com especialização em Saúde Coletiva e mestrado. Na ocasião da entrevista, ela trabalhava em uma Unidade Básica de Saúde e destacava-se por ser uma das líderes do Movimento de Trabalhadores da Saúde, participando em todas as paralisações e passeatas que ocorreram.

A última entrevistada foi uma dentista, aqui chamada de Claudia Lima, de 29 anos, especialista em saúde coletiva e que trabalhava como contratada pela parceira de cogestão há quatro anos.

Resultados e discussão

Ao analisar as entrevistas realizadas, foi possível perceber diversos temas em comum tratados pelos trabalhadores. Estes temas incluem desde a referência à percepção ilusória anterior sobre a estabilidade do vínculo de trabalho até a preocupação com a desassistência à população gerada no momento da crise. A partir desses temas, foram organizadas as categorias de análise apresentadas abaixo.

Aceitação do contrato de vínculo terceirizado

Os três trabalhadores entrevistados entraram nos respectivos empregos por meio de um processo seletivo e aceitaram assinar o contrato pela

CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), que estabelece o vínculo privado para trabalhar em um serviço público de saúde. O principal motivo para aceitarem esse vínculo foi exatamente a falta de opção, pela não abertura de concursos públicos em diversas áreas, incluindo as de psicologia e odontologia, nas quais se inserem os entrevistados desta pesquisa. Claudia Lima explicou como foi para ela tal proposta:

Olha, quando teve essa proposta de fazer um contrato... Todo mundo fez prova, fez um processo seletivo, passou por entrevista... e nós aceitamos [...] Trabalhar nas condições que a CLT propõe, o salário é muito diferente, nós não temos vários benefícios que os concursados tem, mas até ai tudo bem. Porque é assim, no meu trabalho, eu sempre trabalhei como se [fosse] concursado, normal, não interferia em nada na verdade. Mesmo eu sabendo que os outros dentistas ganhavam o dobro, ganhavam adicional de distância, eu trabalho super longe, tinha licença prêmio, coisa que eu nem sabia que existia, mas, pra mim, não fazia diferença nenhuma. Pensando bem, depois, o contrato era ruim... Mesmo porque, dentro da unidade existe muito preconceito, sempre existiu, os trabalhadores do Prestador de Serviços sempre foram pressionados... Mas, poxa vida, eu aceitei trabalhar por menos, aceitei o contrato, mas, poxa vida, cadê o reconhecimento? Mesmo porque um trabalhador do Prestador de Serviços por ser CLT, não se afasta tanto quanto um concursado.

Na fala acima, podemos perceber como há uma “aceitação” do contrato por um lado e uma queixa por outro, relacionado ao desrespeito sentido no ambiente de trabalho. E assim como ela, o psicólogo Paulo Ricardo demonstra como o desejo de trabalhar na saúde pública foi preponderante na sua escolha.

Cara, é o seu contrato e você não reclama muito pelo vínculo que tem. Mas a minha preocupação, quando entrei na rede, era de fazer meu trabalho e ajudar as pessoas. Nunca me comparei com trabalhadores concursados. Eu trabalhava “como se fosse concursado”, eu tava ali pra trabalhar e sou trabalhador do SUS, na minha cabeça né? Mas, na prática, meu empregador é outro.

Desta forma, ambos demonstram ter ciência sobre o contrato que assinaram por falta de uma possibilidade melhor, mas não conseguem ocultar o incômodo gerado por um vínculo inferior ao dos outros colegas de trabalho. É interessante destacar que este incômodo surgiu após a inserção no campo de atuação e pela consciência posterior sobre as próprias condições de vínculo e de trabalho e parece ter se agudizado na situação de crise vivenciada no período da entrevista.

Podemos notar nessa situação de “aceitação” do contrato por parte dos trabalhadores, traços de que Martín-Baró (1986, p. 223) chamou de fatalismo, considerando-se a definição deste conceito como “...uma ideologização da realidade e que resulta no processo de considerar natural uma situação construída e determinada por uma ideologia dominante”. Entende-se que a presença de um contrato terceirizado passou a ser visto como algo natural e com única alternativa de emprego.

Antiga sensação de estabilidade do contrato de cogestão

Interessante observar que os três entrevistados apresentam formação específica para atuação no campo da saúde pública, sendo que essa não foi uma característica buscada pelo pesquisador. Pelo que se pode notar no decorrer na pesquisa, a formação genérica em saúde coletiva ou em aspectos específicos de áreas da saúde pública (como saúde do trabalhador,

saúde mental, etc.) era relativamente comum tanto entre os funcionários que ingressaram por concurso público como entre os trabalhadores contratados pela cogestão. Muitos desses cursos foram realizados por incentivo do próprio poder público – por meio de financiamento de cursos, parcerias com universidades e/ou liberação dos trabalhadores da sua jornada de trabalho para frequentar as aulas – indicando tanto uma disposição pessoal dos próprios trabalhadores como um investimento da Prefeitura na formação de seus quadros, independentemente do tipo de vínculo. Esse pode ter sido mais um fator que, ao longo do tempo, levou à ideia de segurança na permanência no emprego.

Deve-se destacar que, ao longo dos anos, o contrato que estabelece o vínculo de cogestão chegou a ser responsável pela contratação de aproximadamente 25% de todos os trabalhadores da rede de saúde. Desta forma, até pouco tempo antes dos anúncios das demissões, havia muitos trabalhadores que realmente acreditavam que seria impossível acabar com o convênio estabelecido. No momento em que foi realizada a pesquisa, no entanto, após os anúncios de demissões e avisos prévios, os trabalhadores se viram obrigados a rever suas ideias a respeito da situação de trabalho. Nesse sentido, Paulo Ricardo afirma:

Eu tinha essa sensação de que o vínculo ou a dependência em relação ao Prestador de Serviços é muito forte e não vai acabar. Entretanto, o que a gente viu crescer que nem uma bolha é de fato a gente vê como, por exemplo, como se você fosse empregado de uma empresa. Como você vê a administração do Prestador de Serviços [...], ela em nenhum momento se descolava da Prefeitura Municipal. Pensando na gestão e nos seus próprios trabalhadores, ela assumia pactos conjuntos com a Prefeitura, pensando aí na cogestão, no patrimônio que eles falam que é o público-privado né?... Que é o privado publicizado... essas terminologias que eles falam, de uma instituição que põe seu patrimônio pro serviço público. Eu sempre me vi como trabalhador SUS e ponto.

Pode-se perceber na fala de Paulo Ricardo como a contestação sobre o vínculo foi construída. Afinal, para quem estava mais preocupado com o trabalho no dia a dia do que com a própria política em si, esse processo passava despercebido. A ideia de que tal percepção estaria ligada a um interesse pelo contexto político é partilhada na fala de Maria Clara.

[...]muita gente não acreditava que isso seria possível, que uma hora ou outra o Prestador de Serviços ia desmontar. E outras pessoas – que acho que tinham uma militância mais organizada participavam das discussões da saúde, tanto de partidos e outras frentes, mesmo do movimento de saúde – entendiam melhor que essa relação era frágil e que, quando se estabeleceu essa relação, se optou por fazer essa parceria de cogestão e contratou dessa forma, quem seria responsabilizado no final do processo e quem teria as perdas seria o trabalhador e a população. Enfim, de certa forma, seria previsível pra gente, pra mim, era meio que previsível, que uma hora ia acabar, ia cair...

Outra situação que poderia levar os trabalhadores a desconfiar da suposta estabilidade do vínculo de trabalho que possuíam eram as informações trocadas entre eles. Na fala de Claudia Lima:

Bom, eu tenho quatro anos de Prestador de Serviços, tem funcionário de oito... e assim... tem uma coordenadora que foi mandada embora que tinha vinte anos de Prestador de Serviços. Assim, até coordenação de um Centro de Saúde saiu agora... Mas, sinceramente, eu sabia que uma hora ia acabar pra dentista. Nas reuniões de distrito, a apoiadora sempre falava: 'olha.

Uma hora vai ter que ter concurso'. Assim, 'você vão embora em algum momento, pode ser amanhã ou pode ser daqui a 10 anos, ninguém sabe'. Mas eu não tinha essa ilusão, mas eu sempre continuei indo trabalhar normal. Mas vários trabalhadores não acreditavam nessa possibilidade.

Entretanto, mesmo com os processos de demissões já ocorrendo na ocasião das entrevistas, Maria Clara afirmava que alguns trabalhadores ainda não acreditavam que seriam demitidos. Ao ser indagada sobre a existência dessa crença de vínculo "indestrutível", ela diz:

Ainda hoje [existe] viu. A casa ta caindo e ainda hoje tem [quem acredite nisso]. O Prestador de Serviços, como ele tem dois convênios, saúde mental e saúde geral, o pessoal da saúde geral já entendeu que vai acabar o convênio, pois a secretaria de RH da prefeitura já afirmou que vão acontecer as demissões e não será contratada a mesma quantidade de trabalhadores que vão sair. Mas, na saúde mental, ainda tem gente que não caiu a ficha.

Portanto, como explicado pela entrevistada, existiam duas situações na ocasião da pesquisa: trabalhadores da saúde mental, que ainda teriam seus contratos mantidos por mais algum tempo, e trabalhadores de outras áreas da saúde, que já estavam sendo demitidos. O contrato com a saúde mental referido pela entrevistada, é justamente o contrato mais antigo e que "permitiu", de certa forma, a implementação inicial de uma rede de saúde mental na cidade. Os trabalhadores que ainda acreditavam na permanência do contrato para a saúde mental se apoiavam na premissa de o Prestador de Serviços ser um serviço de saúde mental e, assim, não haveria irregularidades nas contratações¹, embora, na prática, todas as outras características do tipo de vínculo de trabalho fossem as mesmas da saúde geral: uma instituição privada contratando funcionários para serviços públicos.

1

Tendo em vista que o referido serviço tinha a especificidade de atuar na área de saúde mental, o convênio com a Prefeitura referente à contratação de trabalhadores dessa área não foi considerado ilegal pelo Ministério Público, podendo, portanto, ser mantido, diferentemente daquele referente à saúde 'em geral'.

Incômodo com o desrespeito da administração municipal com os trabalhadores e a omissão do sindicato

Durante todo o processo de investigação do contrato estabelecido – do anúncio das demissões até as negociações posteriores – os trabalhadores diziam que foram, quase sempre, os últimos a saber o que estava ocorrendo e, muitas vezes, eram informados indiretamente pelas mídias locais. Pode-se perceber no relato de Claudia Lima qual foi a sensação de ficar sabendo da demissão e como sentiu-se desrespeitada com a insegurança provocada:

Foi meio assim, vai ser mandado embora: 'foi bom enquanto durou, agora, a gente não precisa mais, tchau'. E o trabalhador tem que ir embora com uma mão na frente outra atrás. Que até então, o papo era 'você não vão receber tão já, vai demorar pra receber'. Teve funcionário que foi mandado embora e demorou uns quatro meses pra receber. Então, tinha essa insegurança, a insegurança maior era essa de não receber os direitos, fundo de garantia atrasado.

A vivência instável em relação ao que seria resolvido sobre o futuro deles mesmos, parece ter sido um fator de 'desgaste mental' no trabalho (SELIGMANN-SILVA, 2011). Sem dúvida, essa insegurança, com relação ao trabalho e à vivência de desrespeito, influenciava tanto outros âmbitos da vida de cada um desses trabalhadores quanto o próprio trabalho realizado. É possível notar a revolta na fala de Paulo Ricardo:

Cara, é tanto desrespeito com o trabalhador, que tem hora que eu me pego trabalhando e penso: to trabalhando pra que mesmo? Eu investi tudo isso aqui pra que mesmo? Será que alguém vai me dar o devido valor daqui a pouco? E isso gera um impacto até pro usuário, porque você acaba ficando mais estressado, menos receptivo... Porque você fica tão abalado com essas questões externas, que seu rendimento no trabalho já não é o mesmo.

Esta apatia dos trabalhadores também é reflexo da própria falta de organização da gestão municipal, pois, ao assumir a nova função de gestor de uma unidade de saúde, Paulo Ricardo pôde acompanhar mais de perto o processo e relatou como foi essa mudança particular:

Da minha saída do atendimento direto para ir pra outra função e nesta outra função, eu começo a entrar em contato com coisas muito mais concretas da administração municipal, esse processo de renovação do convênio... Eu começo a acompanhar e eu começo a ficar muito assustado e preocupado com o grau de desorganização da condução dos encaminhamentos... de quais eram as propostas de encaminhamentos da Secretaria de Saúde para os profissionais contratados pelo Prestador de Serviços.

Essa percepção, no entanto, não parece ter levado o entrevistado a buscar outras formas de enfrentamento.

Apesar de ser, teoricamente, um recurso para reivindicar a participação e consideração dos trabalhadores nesse processo, o Sindicato de Trabalhadores da Saúde não se mostrou combativo na percepção dos entrevistados. Esse aspecto fica evidente na fala de Claudia Lima, quando comenta sobre seu primeiro contato com a entidade e sobre uma paralisação organizada por trabalhadores militantes não ligados ao sindicato, da qual participou meses antes da entrevista:

Em quatro anos [de trabalho], o Sindicato nunca tinha me procurado, nunca tinha feito absolutamente nada que eu soubesse. Nós ficamos sabendo de uma paralisação e paramos e fomos lá na cidade universitária. Depois de uns 15 dias da paralisação do ano passado, apareceu o Sindicato: 'oi, nós somos os Sindicato'. Nossa, mas quem me procurou da outra vez? 'ah não porque é um grupo de trabalhadores...'. Eu sei que eu falei: e agora? Tem um grupo de trabalhadores brigando com o Sindicato... Eu sei que até me desanimou, sabe? Vou deixar rolar e vou ver o que vai acontecer. Foi a única vez que vi ou soube de um representante do Sindicato em quatro anos.

Como uma das lideranças do movimento militante dos trabalhadores, Maria Clara contou um episódio ocorrido durante um dos primeiros atos dos trabalhadores contra a gestão da Prefeitura Municipal e evidencia a percepção de oportunismo do sindicato.

Ai no final das contas, quando deu briga com o Sindicato, porque o Sindicato queria nos vender de uma maneira bem tranquila. E ai a gente segurou o Sindicato na faixa. A gente abriu uma faixa, passou o Sindicato para traz do ato, para a gente conseguir fazer as falas e puxar o movimento. Foram as pessoas que seguraram, as pessoas disseram, as pessoas opinaram, pegaram o microfone e falaram. Ai a gente percebe que foi uma coisa bem interessante.

Importante destacar na fala de Maria Clara como as opiniões dos trabalhadores divergem da posição do Sindicato. Nos atos públicos acompanhados durante a pesquisa, foi possível observar que muitos dos trabalhadores que buscavam falar no microfone não eram militantes ou

lideranças do movimento. Eles demonstravam sentir a necessidade e, especialmente, a liberdade para expor as próprias vivências e sofrimentos, o que não sentiam com relação à possível liderança do sindicato. Para eles, o sindicato dificultava a difusão de informação e a mobilização. Assim, diversas passeatas foram realizadas independentemente da participação ou representação dessa entidade, por meio da liderança informal de um grupo de trabalhadores, no qual Maria Clara se incluía.

Mudanças nos planejamentos de trabalho e desassistência

As falas dos entrevistados indicaram que o dia a dia dos trabalhadores, diante da iminência das demissões, passou a ser bem diferente, refletindo no planejamento e na prestação de serviços aos usuários. Primeiramente, havia um sofrimento direto e objetivo dos trabalhadores por terem que continuar trabalhando sem saber até quando teriam o emprego, como a fala Maria Clara expõe:

Não é que eu não soffro. É claro que eu tenho soffrido, pensando 'ai, o que que eu vou fazer da vida' e também no dia a dia, tendo que conversar com a população de que é um trabalho que tem prazo. Mas, efetivamente, faz-se compreender quais são os limites e, entendendo os limites, você entende as possibilidades, porque, se você ficar no ar e tirar o pé do chão, você não sabe o que fazer e nem criar estratégias.

Maria Clara demonstra o sofrimento provocado pela sua jornada múltipla, pois trabalhava, ajudava a organizar o movimento dos trabalhadores e, ainda, tinha que encontrar tempo para buscar alternativas de emprego para quando fosse demitida. Por outro lado, demonstrava avaliar a situação com sensatez, buscando formas de enfrentamento ativo por meio da mobilização dos trabalhadores.

Outro caso interessante diz respeito ao sofrimento gerado pela situação na qual se encontrava Paulo Ricardo, na função de gestor. Parte de seu papel era convencer as pessoas a continuarem trabalhando, mas, ao mesmo tempo, ele também estava na iminência da demissão. Sobre isso, diz:

Hoje [como gestor] ao mesmo tempo, tentando fazer um meio de campo, a gente tenta minimizar, minimizar não, mas tentar assim: 'Gente, se a gente largar mão de tudo, a gente também deixa na mão aquilo que a gente acredita'. Ai, tem essa questão da função gestão. Se eu fosse um cara que não acreditasse no modelo, pra mim seria uma função de gestão dura sabe? Meu, se você ta contratado, vai ter que trabalhar, sabe, só de fazer o sujeito cumprir o contrato de trabalho... Mas, de fato, não é essa questão, de tanto sofrimento que ta envolvido, o tamanho da sacanagem que foi feita, o quanto o trabalhador, nesse momento, ta sendo tão vítima quanto os usuários. E, ao mesmo tempo, como você consegue pensar de forma institucional pra garantir alguns projetos e parcerias e acolher também o sofrimento -, não só do trabalhador, o seu também - mas deixar o sofrimento em algum canto, pra você continuar trabalhando. É complicado ver alguns projetos minguando...

Em relação a este último trecho na fala de Paulo Ricardo, no qual se refere aos "*projetos minguando*", é importante destacar o sofrimento dos trabalhadores na forma de "precariedade subjetiva", conceito definido por Danièle Linhart (2009, p. 2) como

[...]perda da autoestima, que está ligada ao sentimento de dominar mal seu trabalho, ao sentimento de não estar à altura. E isso porque a administração moderna impõe a todos os assalariados, em nome de

autonomia e da responsabilização, gerir as inúmeras disfunções de organizações falhas do trabalho (isto é, que não lhes proporcionam os recursos necessários para fazer frente às exigências de seu trabalho), ao mesmo tempo em que intensificam de forma espetacular os ritmos de trabalho. Tem-se frequentemente, o medo, a ansiedade, o sentimento de insegurança que é chamado comodamente de estresse.

Maria Clara mostra como a previsão de demissão passou a ser norteadora e impeditiva de planejamento de longo prazo:

Uma menina foi falar pra mim... que em um outro Centro de Saúde acontece um grupo de jovens em parceria com a secretaria de cultura. E a gente pensou em sentar pra bolar alguma coisa juntos ou pra tentar compartilhar a experiência ...' assim, o que serve de experiência pra mim, o que serve de experiência pra você e pra os trabalhadores que vão continuar no serviço, vamos continuar tocando'. Mas tudo tem limite né? Porque, ai, ela disse assim: 'olha eu tinha pensado numa ideia da gente fazer encontros a cada dois meses com os jovens' Ai, eu falei 'Má, minha jovem, você ta em março... entende?'. Eu acho que a gente pode ir tocando e sempre pontuando o limite. Vamos colocando o pé no chão, porque, se não, vai ser muito sofrido pra gente e pra própria população.

Em uma situação um pouco mais ampla, a dentista Claudia Lima esclarece como um programa anual de promoção da saúde não foi iniciado por não ter perspectiva de continuidade sem os trabalhadores:

A gente faz um planejamento, por exemplo, eu sou da equipe azul e eu planejo ações coletivas pra aquela equipe. São grupos de gestantes para prevenção, são grupos de hipertensos, diabéticos, e de acordo com esses procedimentos, a gente capta esses pacientes de alto risco para atendimento nas unidades. Agora, o que mais prejudicou foi o atendimento nas escolas. A gente vai até a escola, faz orientação, faz escovação, aplicação de flúor... e, assim, são atendidas mais de duas mil crianças nesses procedimentos e isso ta totalmente prejudicado, isso não foi realizado até agora. Isso é feito todo ano... Esse ano não fizemos nada. E não fez porque não ia ter continuidade. Como que eu vou começar um projeto pra não terminar? Não tinha como. Porque em um belo dia eu to lá na escola fazendo o procedimento e pronto, sou mandada embora.

Ambos os relatos acima indicam situações em que os trabalhadores permaneceram tentando trabalhar para não gerar desassistência para a população. Mas, até mesmo a decisão de continuar exercendo suas atividades "normalmente" não era fácil e o desânimo, constante.

Por outro lado, os entrevistados também se referiram a outros trabalhadores que não estavam mais envolvidos com o trabalho e acabavam prejudicando e aumentando a carga de trabalho dos demais, situação que interferia diretamente na promoção à saúde, como destacado por Claudia Lima:

Porque, com essa coisa de vai mandar todo mundo embora, muita gente parou de ir ou não estava indo com tanta frequência trabalhar, o próprio atendimento ficou prejudicado, então eu não podia deslocar muito profissional da unidade. Porque, pra eu sair pra ir pra uma escola, por exemplo, eu desloco uma auxiliar de dentista e dois a três agentes de saúde pra dar conta de todo o trabalho. E eu não podia deslocar todos esses profissionais. Ai o serviço ficou focado só no pronto atendimento e retrocedeu, né? Então, a unidade básica passou a funcionar como um pronto socorro praticamente e a parte preventiva não ta mais funcionando.

Portanto, com todas essas formas de alteração no cotidiano dos trabalhadores e com os serviços extremamente prejudicados, fica nítido como o processo que impõe adversidades objetivas (condições de trabalho) geram a precariedade subjetiva (LINHART, 2009) e o desgaste mental (SELIGMANN-SILVA, 2011) aos trabalhadores.

Mesmo considerando que tanto trabalhadores como usuários são vítimas desse processo de desconstrução da Saúde no Município, o sentimento predominante nesses trabalhadores foi a angústia de não atender a demanda da população. Mais do que a situação individual de incerteza com relação ao seu futuro de trabalho, os entrevistados ressentiam-se de não poderem prestar um serviço adequado aos usuários, evidenciando que, acima de tudo, priorizavam o compromisso ético com seu papel de trabalhador da saúde.

Considerações finais

Em um âmbito mais específico desta pesquisa, ficou claro como, apesar de naturalizar e aceitar os contratos ao qual se submeteram, os trabalhadores sofrem ao sentirem-se insuficientes no trabalho que ainda executam. Essa situação repercute subjetivamente e possivelmente também pode levar a um desgaste mental decorrente de um desgaste da identidade (SELIGMANN-SILVA, 2011), nesse caso, a identidade de trabalhador da saúde pública.

Nas entrevistas e nos atos públicos presenciados durante a pesquisa, foi possível notar que esses trabalhadores, por mais que tivessem seus contratos terceirizados, se identificavam como funcionários públicos da área da saúde, identidade extremamente lesada pelo processo de desconstrução do Sistema Único de Saúde municipal.

Os resultados da pesquisa apresentada aqui mostram que essa identidade, que se construiu ao longo do trajeto de trabalho junto aos usuários dos serviços, foi desconsiderada. Assim, além dos trabalhadores, a população também foi fortemente afetada, não apenas pela redução drástica do número de funcionários da saúde, mas também pela história ainda a ser construída por grande parte dos novos contratados.

Sobre o artigo

Recebido: 17/05/2013

Aceito: 03/06/2013

Referências bibliográficas

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** São Paulo: Cortez, 1995.

BERNARDO, M.H; VERDE, F.F. & GARRIDO-PINZÓN, J. Vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, nº 16, 2013 (no prelo).

- BLANCH-RIBAS, J.M; CANTERA, L. La nueva gestión pública de universidades y hospitales. Aplicaciones e implicaciones. In: AGULLÓ, E; ÁLVARO, J.L; GARRIDO, A; MEDINA, R.; SCHWEIGER, I. **Nuevas formas de Organización del trabajo y la empleabilidad**. Oviedo: Universidad de Oviedo, 2011, p.515-534.
- BOLTANSKI, L.; CHIAPPELLO, E. **Le nouvel esprit du capitalisme**. Paris: Gallimard, 1999.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. Diário Oficial da União, Brasília, 5 de outubro de 1988.
- BRASIL. Lei n. 9637, de 15 de Maio de 1998. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização. Diário Oficial da União, Brasília, 18 de maio de 1998.
- BRASIL. Lei Complementar nº 101. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de maio de 2000.
- CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, n.12, sup., p.1865-74, 2007.
- FONSECA, A. L. de C. **O ente público não-estatal no direito brasileiro**. 2010, 46f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Direito Sanitário) – Departamento de Idisa, Unicamp, Campinas, 2010.
- GEERTZ, C. **La interpretación de las culturas**. Barcelona: Gedisa, 2003.
- HAMMERSLEY, M.; ATKINSON. E. **Etnografía: métodos de investigación**. Barcelona: Paidós, 2001.
- LINHART, D. O indivíduo no centro da modernização das empresas: um reconhecimento esperado, mas perigoso. **Trabalho e Educação**, Belo Horizonte, jul/dez, nº7, p.24-36, 2000.
- LINHART, D. **Modernisation et précarisation de la vie au travail**. Papeles del CEIC (Centro de Estudios sobre la Identidad Colectiva), Universidad del País Vasco 2009.
- MARTÍN-BARÓ, I. Hacia una psicología de la liberación. **Boletín de Psicología de El Salvador**, El Salvador, nº22, p.219-231, 1986. Disponível em:
<http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/036_psicologia_social2/baro.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2013.
- SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo**. São Paulo: Cortez, 2011.
- SPINK, P. K. Pesquisa De Campo Em Psicologia Social: Uma Perspectiva Pós-Construcionista. **Psicologia & Sociedade**. São Paulo, v. 2, n. 15, p.18-42, jul/dez, 2003.
- TEIXEIRA, S.M.F. Retomar o Debate sobre a Reforma Sanitária para Avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Administração de Empresas**. São Paulo, v.49, out/dez, p.472-480, 2009.