

## O impacto do processo de precarização laboral em serviços de saúde

### *The impact of precarious labor in health care services*

Andressa Alencar Gondim<sup>1</sup>  
Joana Angelica Marques Pinheiro<sup>2</sup>  
Camila Fernandes Mendes<sup>3</sup>  
Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes  
Universidade da Fortaleza (UNIFOR)

Leticia Neves<sup>4</sup>  
Universidade da Fortaleza (UNIFOR)

#### RESUMO

O estudo evidencia o percurso histórico de transformações do mundo do trabalho, focando a situação de precarização laboral de trabalhadores da saúde ao longo dos anos. Trata-se de uma revisão narrativa com um levantamento bibliográfico aprofundado. Os dados revelam prejuízo aos avanços relacionados aos direitos trabalhistas além da degradação do trabalho em decorrência de ações que ameaçam os direitos do trabalhador, especialmente no campo da saúde, impactando nas conquistas de condições e relações trabalhistas. Há acentuado retrocesso com a atual flexibilização do trabalho, pois esta alcança os direitos trabalhistas, com intensificação da exploração do trabalhador, trazendo prejuízos em várias esferas da vida pessoal.

**Palavras-chave:** serviços de saúde; saúde do trabalhador; condições de trabalho.

---

<sup>1</sup> Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes. Graduação em Psicologia (UFC), Formação em Psicoterapia Breve (UNIFOR), mestre em Psicologia (UFC), Psicóloga do Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes - Hospital do Coração CE. Contato: andressagondim@gmail.com

<sup>2</sup> Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes. Graduação em Fonoaudiologia (UNIFOR), especialização em Linguagem (UNIFOR), especialização em Psicomotricidade (UFC), mestre em saúde da criança e do adolescente (UECE), Fonoaudióloga do Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes - Hospital do Coração CE. Contato: joangelica2@gmail.com

<sup>3</sup> Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes. Graduação em Fisioterapia (UNIFOR), especialização em Desenvolvimento Infantil (UFC), especialização em Fisioterapia cardiovascular e pneumofuncional (UNIFOR), especialização em Gestão do trabalho e da Educação na Saúde (UECE/Fiocruz), mestre em saúde da criança e do adolescente (UECE), Fisioterapeuta do Hospital Dr Carlos Alberto Studart Gomes - Hospital do Coração CE. Contato: camilafemendes@gmail.com

<sup>4</sup> Graduação em Psicologia (UNIFOR), especialista em Cardiopneumologia - Modalidade Residência Multiprofissional Integrada em Saúde (ESP/CE), especialista em Psicologia Hospitalar (CRP-PR), formação em Gestalt-Terapia (Instituto Gestalt do CE). Contato: leticia\_n@hotmail.com

## ABSTRACT

The study evidences the historical course of the transformations in the working world, with particular focus on the precarious work situation of health workers over the years. This is a narrative review with an in-depth bibliographic survey. The data reveal prejudice to advances related to labor rights, besides the degradation of labor, due to actions that threaten the worker's rights, especially in Health Care, with impacts on the achievements of labor conditions and relations. There has been a marked setback with the current flexibilization of work, since it reaches the labor rights, intensifying the use of the employee, causing losses in various aspects of a person's life.

**Keywords:** health services; occupational health; working conditions.

## Introdução

O mundo do trabalho vem sofrendo transformações ao longo dos anos. O reflexo disso são as pressões impostas a trabalhadores, os quais, devido à situação de precarização laboral, chegam a perder garantias legais e, muitas vezes, submetem-se a riscos de acidentes e adoecimentos.

Dentre eles estão profissionais da área de saúde que desempenham papel fundamental na elaboração, no desenvolvimento e na prestação em saúde para a população. Apesar de tão importante, segundo Vieira e Chinelli (2013), as condições de trabalho a que são expostos não têm sido abordadas e defendidas conforme sua importância para o funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Os trabalhadores da saúde são profissionais, frequentemente, submetidos a precárias condições de trabalho e cuja saúde é, continuamente, exposta a riscos. Além disso, recentemente, tem-se abordado a possibilidade de mudança na regulamentação do trabalho, que pode ser interpretada como uma tentativa de oficializar o quadro de precarização laboral já instalado e que vem apenas se agravando no âmbito da saúde.

Embora exista um movimento por parte do Ministério da Saúde e de alguns governantes no intuito de melhorar a qualidade da assistência e da qualificação de profissionais da área da saúde, há que se pensar também em medidas eficientes que promovam melhores condições de trabalho e aperfeiçoamento técnico, evitando, assim, a precarização desse contingente de profissionais.

Um aspecto a ser observado como precarização na atualidade são as terceirizações em saúde. Inúmeras entidades vêm reiteradamente terceirizando profissionais para a saúde. A transferência integral dos serviços de saúde pública para as entidades privadas é uma inconstitucionalidade, pois, ao burlar a realização de concurso público para a contratação de tais profissionais, acaba por contrapor o disposto no artigo 37, *caput* e inciso II, da CF/1988. A legislação prevê a saúde como dever do Estado e, por isso, não pode ser terceirizada à iniciativa privada.

A terceirização não promove ao trabalhador em saúde melhores condições que aos demais, muitas vezes, ocorre exatamente o contrário, sendo profissionais que, por conta dos baixos salários oferecidos, acumulam três ou quatro regimes diferentes de contratação e salários.

Nessa perspectiva ampliada do trabalhador em saúde, evidenciou-se a necessidade de um olhar mais aprofundado sobre tal questão no intuito de caracterizar todo o percurso histórico das transformações até a atual configuração e situação dos trabalhadores da saúde, que vem culminando em uma situação de precarização laboral. Diante disso, buscou-se verificar, na literatura, estudos que evidenciem a conformação e as condições de trabalho a que profissionais de saúde estão submetidos na intenção de contribuir com temática relevante acerca da procura por melhorias para tais trabalhadores e a oferta de serviços de qualidade.

## **Método**

Trata-se de uma revisão narrativa como aporte metodológico, realizada através de um levantamento bibliográfico acerca da problemática proposta, com ênfase em publicações mais atuais, contextualizando e evidenciando ideias vigentes, abordando também a multiplicidade de enfoques, sem protocolo pré-definido para a busca.

Segundo Cordeiro, Oliveira, Renteria e Guimarães (2007), a revisão narrativa também é conhecida como tradicional, apresentando uma temática mais ampla, em que dificilmente se parte de uma questão de pesquisa definida,

não exigindo protocolo rígido para sua confecção, nem busca de fontes pré-determinadas, sendo frequentemente menos abrangente.

Vosgerau e Romanowsk (2014) enfatizam que a revisão narrativa é constituída por uma análise ampliada da literatura, sem que se estabeleça metodologia rigorosa e replicável em nível de reprodução de dados ou de respostas para algumas questões específicas. Esses mesmos autores consideram a revisão narrativa mais apropriada para discutir o estado da arte de um determinado assunto.

O levantamento dos dados foi feito em bibliotecas virtuais, entre elas a Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Scielo, utilizando os seguintes descritores: serviços de saúde, saúde do trabalhador, condições de trabalho, serviço terceirizado, trabalho. O acesso ocorreu em agosto de 2017 e foram encontrados 152 artigos pertinentes ao tema. Foram incluídos na busca apenas artigos disponíveis *on-line* e na íntegra, em português, inglês e espanhol.

Como não há exigência de critérios para a busca e a análise da literatura, possibilita-se aos autores uma pesquisa mais abrangente, sem que haja necessidade de se esgotar todas as fontes de informações pertinentes ao tema pretendido. Em uma revisão narrativa, permite-se a subjetividade dos autores em relação não apenas à seleção, mas também à quantidade, à interpretação e ao uso das informações obtidas na busca. Apesar disso, optou-se por citar todas as fontes utilizadas para dar maior credibilidade a esse tipo de estudo.

## **Resultados**

É a partir da consolidação do capitalismo como modo de produção que o trabalho passa a ocupar lugar de destaque, organizando a vida dos indivíduos, pois oferece a estes a chance de ascensão social através da acumulação de riquezas.

Nesse contexto, destacam-se as ideias de Taylor (2012), cujo objetivo era otimizar o tempo de produção, por meio da eliminação dos movimentos desnecessários, do controle dos trabalhadores e de recompensas financeiras.

Para suprir a necessidade de controlar o operário, criou-se o posto de gerente. Este deveria reunir conhecimentos para supervisionar o processo produtivo (Taylor, 2012). A divisão entre concepção e execução é acentuada, não necessitando o trabalhador pensar, para executar os movimentos com maior precisão e rapidez. A exploração do trabalhador aumenta, ficando mascarada por uma pretensa racionalidade científica.

Paralelamente, o fordismo implementou inovações tecnológicas que, assim como o taylorismo, buscaram o aumento da produtividade mediante à extinção do tempo em que o trabalhador não produz, o tempo morto (Sousa & Santos, 2017). O fordismo instituiu a linha de montagem, criando produtos iguais em grande quantidade, valendo-se, para isso, da mecanização. A produção em massa implica maior controle da qualidade dos produtos, fragmentação máxima das tarefas e maior controle dos empregados. Entretanto, esse controle sobre os operários não mais é exercido pela figura do supervisor, mas sim, principalmente, pelo ritmo da máquina, que deve ser acompanhado pelo trabalhador (Melo, 2014).

A máquina surge, assim, como meio de superar as limitações impostas pelo trabalho dependente da capacidade produtiva do trabalhador, substituindo a força humana e estabelecendo novo ritmo ao processo de produção (Melo, 2014). Quem confere o ritmo ao trabalho é a máquina, não o homem, devendo este se adaptar a essas condições, independentemente de suas limitações físicas e psicológicas, pois o esforço passa a ser mascarado pela atuação da máquina. O trabalhador distancia-se cada vez mais da possibilidade de se reconhecer no produto de seu esforço laboral; a alienação do trabalho se intensifica.

Segundo Harvey (2012), a permanência do empobrecimento da atividade laboral gerava altos índices de absenteísmo e de rotatividade no trabalho, visto que os trabalhadores não suportavam a monotonia e o ritmo exaustivo da produção, acabando por abandonar o emprego ainda que este lhes proporcionasse recompensas financeiras.

A exploração, portanto, está na base, na origem do sistema capitalista, considerando a necessidade de mais-valia para a sua manutenção. A mais-

valia é o alimento do capitalismo. Dessa forma, o trabalho, nesse modo de produção, além de ser explorador, monótono e alienante, é causador de sofrimento, embrutece o ser humano, restringe as possibilidades do homem por meio da simplificação e da repetição de tarefas – elimina o poder criativo e expressivo do trabalho – e submete o trabalhador às condições da organização do trabalho pela pressão da subsistência (Borges & Yamamoto, 2014).

Se, em época anterior, o sofrimento ocasionado pelo trabalho adveio da elevada carga de trabalho físico, atualmente, esse mal-estar é causado, em determinadas situações, cada vez menos por tarefas fisicamente estafantes e mais por exigências e pressão psicológica. Isso se deve ao surgimento de tecnologias que permitem minimizar o esforço físico dos trabalhadores, aumentando a exigência por habilidades intelectuais e criativas. Na prática dos trabalhadores da saúde, a tecnologia ainda exige que o trabalhador esteja apto a manuseá-la e que mantenha atenção e vigilância para evitar erros, mesmo com rotinas esgotantes.

Medeiros e Rocha (2004) consideram que os profissionais da saúde, tanto de nível superior quanto de nível técnico, enfrentam as seguintes dificuldades no cotidiano: heteronomia salarial; baixos salários; jornada de trabalho diferenciada e desigual; critérios arbitrários para ascensão funcional; ausência de Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS); falta de avaliação de desempenho ou avaliações realizadas sem critérios explícitos; ausência de diretrizes e princípios técnico-institucionais na contratação por clientelismo; ausência de política de educação continuada; polarização nas categorias majoritárias de médicos e pessoal sem formação específica (atendentes, agentes de saúde e similares); sobrecarga de trabalho devido a dificuldades gerenciais e à própria precariedade das condições de trabalho, que acabam por predispor problemas de saúde física e emocional em profissionais da saúde.

O fato de o trabalhador não encontrar prazer na atividade que realiza faz, segundo Castro (2012), com que o trabalho seja visto como uma maldição que deve ser evitada ou ao menos diminuída. Sendo assim, é fácil pensar por que, frequentemente, há absenteísmo e licença por saúde. A autora ainda

ressalta que as más condições de trabalho são, comumente, responsáveis por acidentes, cujas causas o trabalhador dificilmente associa à precariedade laboral. Além disso, a insegurança vivenciada pelos profissionais é geradora de sofrimento, estresse e ansiedade.

Com o surgimento do modelo japonês de gestão da produção ou toyotismo, instalado no Brasil em meados da década de 1980, ocorreu um processo de reestruturação produtiva e as instituições começaram a adotar novos modelos tecnológicos e de gestão.

O modelo toyotista de gestão se baseia na horizontalização das relações laborais, na eliminação dos cargos intermediários, ou seja, na redução do número de trabalhadores para o aumento da lucratividade e na flexibilização do trabalho. Há, então, uma “transformação do modelo de acumulação taylorista-fordista no contexto do Estado-nação para a acumulação flexível no contexto da globalização” (Nardi, 2006, p. 53). Ademais, a fim de reduzir o número de postos de trabalho e aumentar, com isso, a lucratividade, designa-se um mesmo trabalhador para operar várias máquinas, assumindo diversos cargos ou funções em uma mesma empresa. Esse é o perfil do trabalhador polivalente, tão comum na economia atual.

O setor da saúde, por sua particularidade de intenso e diversificado uso de mão de obra, absorve rapidamente as transformações do mercado de trabalho, como referem Machado, Oliveira e Moyses (2011). A falta de consenso sobre a definição das atividades exercidas por profissionais de cada categoria e a exigência constante por novos perfis profissionais que acompanhem as mudanças tecnológicas, ampliando suas competências, encaixam-se no papel do trabalhador polivalente, exigido pelo modelo toyotista.

Por ser necessário o controle mais sutil do trabalhador, criam-se formas de manipulá-lo, incentivando sua autonomia – como o empowerment–, sua participação nas decisões da organização e seu comprometimento com os objetivos desta. O trabalhador deve “vestir a camisa da empresa”, não sendo preciso a atuação de um supervisor. Esse discurso permite dominar o trabalhador, fazendo com que ele assimile esses valores inconscientemente,

ou seja, o controle é interiorizado e passa a ser interpretado como autocontrole, próprio do trabalhador (Borges & Yamamoto, 2014).

Essa dominação do trabalhador também ocorre ao se transferir a responsabilidade do sucesso ao plano individual, isto é, cada indivíduo é responsável por obter êxito por meio de seu esforço pessoal assim como é responsável pelo seu fracasso. Os trabalhadores entram em uma corrida para qualificarem-se cada vez mais, para estarem aptos a ocupar um lugar no mercado de trabalho. Contudo, sabe-se que, diante da diminuição dos postos de trabalho, não haverá espaço para todos na economia formal.

A grande concorrência para conseguir um trabalho diminui o poder de negociação dos trabalhadores, fazendo com que estes aceitem, cada vez mais, precárias condições de trabalho com, por exemplo, jornadas em horários inconvenientes e horas extras sem remuneração – situações corriqueiras na área da saúde.

Diante da instalação de novos modos de organização da produção, flexibilizando o trabalho, a classe trabalhadora passa, então, a conviver com uma ampla gama de vínculos empregatícios, visto que há trabalhadores subcontratados, terceirizados, parciais e temporários. A ausência de coesão dificulta sua organização para lutar por melhorias das condições de trabalho. É o que ressalta Antunes (2015), acrescentando que, com a variedade de vínculos de trabalho, tem havido um enfraquecimento do movimento sindical, o qual, anteriormente, teve grande força e repercussão, com suas reivindicações atendidas quanto à diminuição da jornada de trabalho e à criação dos direitos trabalhistas. Atualmente, contudo, trabalhadores subcontratados, parciais e temporários não são considerados trabalhadores de fato, nem desempregados, pois, de modo geral, oscilam entre as duas condições.

A criação do trabalhador polivalente representa outro problema para a organização dos trabalhadores, visto que, além de causar sensação de mal-estar nos profissionais qualificados, não os separa em categorias bem delimitadas, o que acarreta falta de identificação com determinada função e a consequente falta de organização da classe em sindicatos.



A variedade de vínculos dificulta a coesão da classe, como aponta Antunes (2015), o que se reflete entre os profissionais da saúde em uma não participação no sindicato da classe. Os profissionais tendem a se dividir por categoria profissional, ficando ilhados nos sindicatos referentes à sua formação.

Ocorre a atuação individualizada no trabalho, já que o trabalhador não mais se reconhece pertencendo a um coletivo. Ao dificultar, enormemente, a organização da “classe-que-vive-do-trabalho” – denominação usada por Antunes (2015) para apontar a ampla gama de vínculos – e, portanto, a luta por direitos, aumenta o domínio sobre os trabalhadores, que passam a ser mais explorados. Exploração percebida devido aos baixos salários dos profissionais contratados e pelo congelamento da remuneração dos servidores públicos da saúde, sem que tenham uma organização que lhes permita negociar e exigir melhorias.

Amorim (2009) pontua que, nos últimos 25 anos, no Brasil, estudos acerca da terceirização revelam a degradação do trabalho em todas as esferas, em especial aos direitos trabalhistas – facilitados por esse tipo de vínculo – que refletem piora nas condições de saúde. Ressaltam-se ainda as más condições de trabalho e os maiores índices de acidentes, como aponta Druck (2016).

Se, na sociedade salarial, o emprego era a principal forma de integração, filiando o indivíduo à sociedade e fazendo-o reconhecer-se como cidadão, na sociedade atual, a precariedade do trabalho aumenta o risco de rupturas sociais e familiares, de redução de sociabilidade, de diminuição de renda e de piora das condições de vida. Os trabalhadores precarizados pela falta de estabilidade sentem-se desvinculados de uma classe ou categoria e acabam não se reconhecendo como cidadãos por não terem seus direitos assegurados, pois, de acordo com Nardi (2006), é necessário, para a existência do indivíduo, que este tenha garantias materiais para “afirmar-se para além da luta cotidiana pela sobrevivência”.

A sociedade salarial foi o mais próximo a que se chegou da segurança necessária para a participação social dos indivíduos. Foi marcada por

conquistas de direitos que garantiam estabilidade aos trabalhadores. É nesse sentido que Castel (2010) afirma que a sociedade salarial nos aproximou de uma real democracia.

Castel (2010), mediante uma detalhada descrição das características da sociedade salarial, aponta que o estabelecimento do contrato de trabalho gera o surgimento de novas perspectivas para os trabalhadores, pois estes deixam de apenas produzir e passam a consumir. Assim, o trabalhador tem acesso ao universo do consumo e não está mais restrito apenas à produção.

Os trabalhadores começam a consumir não apenas o necessário para a sobrevivência, mas também bens para sua satisfação pessoal. O consumo marca o lugar social dos trabalhadores, pois os produtos consumidos não são os mesmos para todas as camadas sociais.

Além disso, o assalariamento do trabalhador conferiu uma dimensão coletiva à sua atividade, fazendo-o reconhecer-se como membro de um determinado grupo social. A relação contratual deixou de possuir um caráter individual, podendo, o trabalhador, desfrutar de disposições contidas na convenção coletiva.

A conquista das férias remuneradas foi um fato que, segundo o autor, aproximou o trabalhador – em nível subjetivo – dos mais abastados, os que vivem de rendas, visto que, uma vez por ano, poderiam desfrutar de seu tempo para fazer alguma atividade livre, para o lazer. É a garantia de viver para si.

Nesse sentido, a sociedade salarial pôde assegurar certa estabilidade à condição operária, conferindo-lhe sentimento de pertencimento, propiciado por seguros sociais, direito ao trabalho, ganhos salariais, acesso ao consumo e lazer. Pode-se dizer que houve uma integração, embora o trabalhador ainda permanecesse em uma situação de quase-exclusão, como salienta Castel (2010).

A precarização pode representar um retrocesso, como citam alguns teóricos, quando se faz referência a essa estabilidade da sociedade salarial, considerando que os direitos instituídos passam a ser flexibilizados, como ocorre com os profissionais da saúde. Os que são cooperados ou terceirizados não têm férias nem salário fixo por não haver vínculo de trabalho formal.

Apesar do quadro de precarização instalado, parece que a sociedade salarial permanece sendo a referência para os trabalhadores, visto que continuam buscando a estabilidade desse tipo de sociedade.

Os dados, contudo, mostram que o quadro de precarização vem se agravando. Segundo Druck (2016), há estatísticas que apontam uma queda do percentual de estatutários que compõem o quadro de funcionários públicos municipais e estaduais no período de 1999 a 2014 e um concomitante aumento do número de trabalhadores sem vínculo empregatício (não concursados e não permanentes). Os contratos têm se dado através das Organizações Sociais de Saúde (OSS) (Druck, 2016).

As novas formas de exploração do trabalhador têm se multiplicado, utilizando-se, para isso, de mecanismos ideológicos a fim de mascarar a sobrecarga imposta ao empregado.

O trabalho realizado em cooperativas aparece, portanto, como uma alternativa de utilização da força de trabalho, sendo flexível e acarretando menos custos para a empresa.

Há dados indicando que os trabalhadores terceirizados não se sentem parte da empresa contratante. Entretanto, as cobranças por parte dos gestores se direcionam para que os funcionários terceirizados ajam como subordinados, exigindo flexibilidade, troca de informações e solidariedade no ambiente laboral. Há uma ambiguidade de papéis que é prejudicial (Solli-Sæther, 2011).

Constata-se, desse modo, a já citada heterogeneização da classe trabalhadora, que convive com uma ampla gama de vínculos laborais, sujeitando-se a trabalhos pesados e frustrantes para fugir do desemprego, um risco constante e próximo dos trabalhadores não só nos chamados países de economia periférica.

O aumento do desemprego concentrado na classe de baixa renda pode ser visto como uma consequência socioeconômica, corroborando o que aponta Nardi (2006) ao afirmar que a reestruturação produtiva, concomitantemente à globalização, é realizada sob moldes neoliberais, apresenta o mercado como mediador e tende a aumentar as desigualdades sociais. A lógica da competitividade é vista como natural. As exigências sobre o trabalhador são

cada vez mais cruéis, retratadas pelo quadro da precarização laboral. A taxa de desemprego passa a ser vista também como natural, como opção individual, já que o sucesso, de acordo com a lógica do capital, depende unicamente da força de vontade individual.

Nardi (2006) ainda pontua as consequências advindas da reestruturação e das novas formas de gestão. Estas incluem o aumento da violência no trabalho, a elevação do estresse, o surgimento da síndrome de burnout, além de outros tipos de sofrimento físico e mental. Muitas das queixas relativas a patologias do trabalho são relacionadas ao aumento do ritmo de trabalho (que é o da máquina, e não do trabalhador), posturas inadequadas, movimentos repetitivos. Também se intensificam os assédios sexual e moral. Esses sintomas podem ser associados à desregulamentação e à precarização do trabalho, que impõem carga pesada de trabalho, assim como à constante tensão por medo do desemprego, já que os trabalhadores precarizados não têm proteção legal ou, se a possuem, não têm seus direitos respeitados.

A exigência de respostas rápidas a mudanças e a adaptação constante aos novos conhecimentos e padrões que se estabelecem na contemporaneidade podem, igualmente, ser vistas como evitação da expressão da subjetividade dos trabalhadores, os quais têm que buscar encaixar-se no perfil desejado pelo mercado laboral para vencer a concorrência e, com isso, o desemprego.

## **Discussão**

Estudos que se referem à desregulamentação do emprego usam, com frequência, os termos precariedade e precarização para se referir à desregulamentação do emprego e a consequente fragilização das condições de trabalho, além de outras características como a extensão da jornada laboral, a crescente desproteção social e o aumento do sofrimento físico ou mental relacionado ao trabalho (Morosini, 2016). Esses termos, portanto, sintetizam a situação atual do mundo do trabalho.

Os problemas desse setor trazem contradições específicas, como sublinha Morosini (2016), por se tratar de um campo que deve responder aos

anseios dos capitalistas que investem nele e transformam os problemas de saúde em operações de mercado, ao mesmo tempo em que deve se ocupar das necessidades e dos direitos dos trabalhadores em geral, bem como do próprio trabalhador da saúde.

É de vasto conhecimento que trabalhadores do setor da saúde enfrentam pesada carga de trabalho, tanto pela carga horária extensa como pelo alto nível de responsabilidade que carregam. Além disso, é conhecida a necessidade de permanente formação e aperfeiçoamento requerido. Entretanto, o setor da saúde tem sofrido com o extenso processo de terceirização e com a ameaça de extinção de uma categoria, a do servidor público, como aponta Druck (2016).

Druck (2016) aponta que o processo de terceirização, resultado do processo de precarização do trabalho, vem enfraquecendo a identidade do funcionário público, visto que há uma redução desse tipo de trabalhador e uma expansão das contratações de profissionais terceirizados, por tempo determinado, que não tem os mesmos direitos que os funcionários públicos, implicando em prejuízos para o trabalhador.

As ações de alguns governos, como o do estado do Acre, exemplificam a situação descrita: nos anos de 1995 a 1998, foram programadas privatizações e incorporação de órgãos e entidades da administração além de um programa de incentivo à exoneração ou desligamento voluntário, como referem Ribeiro, Araújo-Jorge e Bessa (2016).

Concomitantemente ao processo de terceirização, há uma maior cobrança para que os profissionais da saúde se aperfeiçoem, o que se torna tarefa difícil, já que têm que fazer isso por conta própria. O Estado vem se responsabilizando cada vez menos pelos trabalhadores, uma vez que os vínculos de trabalho são precarizados e o que fica é uma individualização do trabalho, para a qual o próprio profissional deve buscar qualificação. Essa qualificação pode significar não apenas otimização das atividades do trabalhador mas também polivalência, como preconiza o sistema taylorista.

Em estudo de revisão sistemática, realizado por Mandarini, Alves e Sticca (2016), foram encontrados artigos que mostram a relação entre

terceirização e precarização das condições laborais, destacando diferenças salariais e de benefícios, perda dos direitos trabalhistas, excesso de trabalho e falta de treinamento. Há também evidências de impactos na saúde dos profissionais terceirizados, caracterizados por doenças relacionadas ao trabalho, riscos de acidentes, falta de suporte à saúde e à segurança bem como adoecimento psíquico e esvaziamento do sentido do trabalho. Entretanto, ainda há escassez de estudos sobre o tema para aprofundá-lo.

A importância da relação entre a saúde e o trabalho é de amplo conhecimento, sendo reconhecida, inclusive, pela Constituição de 1988, como apontam Ribeiro, Araújo-Jorge e Bessa (2016). Fica, portanto, reconhecida a necessidade do Estado de garantir a saúde do trabalhador, entretanto, apesar de se reconhecer que a saúde do trabalhador depende das condições de trabalho – ressaltando a relação entre ambiente e saúde – o que vem ocorrendo é uma maior responsabilização do próprio profissional, ficando a cargo deste o cuidado individual com danos advindos de sua história laboral, em um contexto de precarização do trabalho.

Em pesquisa realizada com profissionais de saúde, Lima (2003) detectou que os profissionais têm dificuldade em exercer atividades variadas que vão além do estabelecido inicialmente para sua função, pois são exigidas outras habilidades. Assim, a polivalência “supõe que o trabalhador vá além do conhecimento específico na área da saúde, que seja capaz de atuar criticamente em algumas atividades e busque com autonomia os conhecimentos necessários ao seu progressivo aperfeiçoamento” (Lima, 2003, p. 9).

Outros estudos apontam o estresse como o principal causador de danos à saúde no trabalho, tanto nas que abordam a percepção dos trabalhadores como nas que se utilizaram de indicadores físicos. Entre os sintomas mais comuns decorrentes do estresse laboral, estavam problemas gastrointestinais, perda ou ganho de peso, distúrbios do sono, preocupações constantes e irritabilidade (Mandarini, Alves & Sticca, 2016).

A informatização do trabalho que se destina à otimização do serviço, na verdade, acaba por dificultar o trabalho, podendo ter um resultado negativo,

pois, como refere a autora, a falta de familiaridade com a máquina, o computador, pode prejudicar a execução do trabalho, acarretando atrasos e reclamações. O que é observado, portanto, é uma lógica que visa ao aumento da produtividade, não da otimização do serviço.

Essa mesma lógica é aplicada ao tempo destinado ao trabalho, que vem invadindo cada vez mais os fins de semana e os dias de férias, que são trocados por trabalho remunerado ou por estudo visando a uma maior qualificação para o trabalho. O tempo liberado, portanto, ao contrário de ganhar espaço, passa a ser usado também para o trabalho. Isso parece encaixar-se perfeitamente na ideologia time is money, motivando o trabalhador a fazer, constantemente, algo útil, ou seja, produzir.

## **Considerações finais**

Apesar de a classe trabalhadora ter conseguido, no Brasil, mediante greves e reivindicações, a legalização da jornada laboral de 40 horas semanais, para evitar sua superexploração, parece que está ocorrendo um retrocesso nesse aspecto. Com a flexibilização do trabalho, flexibilizaram-se, também, os direitos dos trabalhadores e intensificou-se sua exploração, o que, conseqüentemente, vem trazendo prejuízos tanto em nível socioeconômico como físico e psíquico.

As recentes discussões acerca da reforma das leis que regulamentam o trabalho propiciam reflexões sobre o quadro que se configurará para o trabalhador, especialmente no âmbito da saúde, setor que sofre com a precarização laboral. São levantadas as vantagens de se ter mais vagas de emprego, porém há que se considerar também o custo disso para a saúde do trabalhador, visto que, como exposto, a fragilização dos vínculos laborais impacta diretamente no bem-estar do profissional.

As exigências para que o trabalhador se qualifique a fim de dominar as novas tecnologias em saúde exercem constante pressão, ao passo que a precariedade dos vínculos desestimula um maior investimento em especialização. O que fica para o profissional é um dilema permanente, pois este necessita se qualificar para obter ou manter o posto de trabalho, contudo

há instabilidade no vínculo e o trabalhador pode ser facilmente descartado. As cooperativas representam bem esse tipo de vínculo frágil, que gera insegurança e mal-estar no trabalhador, podendo trazer prejuízos à sua saúde mental, quiçá física.

Ações para reduzir a precarização do trabalho na saúde, como a do Ministério da Saúde, com a criação do Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho, como relatam Machado, Oliveira e Moyses (2011), deixam explícita a gravidade do problema. Faz-se necessário, contudo, intensificar esforços, visto que a precarização continua sendo vivenciada nos serviços de saúde e os trabalhadores são os maiores atingidos, acabando por se submeter a jornadas extensas de trabalho em várias instituições para conseguir perfazer uma renda razoável, além de ser uma forma de obter certa segurança para lidar com o medo constante do desemprego.

Há que se ressaltar, também, que a falta de vínculo estável dos trabalhadores no setor da saúde pode acarretar diminuição do compromisso com a melhoria do serviço ofertado, já que o profissional, não se sentindo pertencente, pode não conseguir fazer investimentos que necessitem ser desenvolvidos a longo prazo. Especialmente pelo fato de, nos modelos de gestão atuais, caber ao próprio profissional a responsabilidade por sua qualificação, ou seja, não há incentivo financeiro ou redução de carga horária por parte da instituição. Os usuários dos serviços de saúde, nesse sentindo, acabam também impactados.

Consoante à literatura – que enfatiza como imprescindível que o empregado tenha boas condições no seu local de trabalho, além de saúde, segurança e retorno financeiro para que haja produtividade e resultados –, há muito ainda que se avançar em busca dessa condição também em relação à efetivação tanto dos direitos dos trabalhadores da saúde quanto do trabalhador em geral. Pesquisas com enfoque voltado a essa realidade mostram-se relevantes porque trazem indagações e discussões acerca de um problema tão atual em nossa sociedade e que vem se agravando.



## Referências

- Amorim, H. S. (2009). *Terceirização no serviço público: à luz da nova hermenêutica constitucional*. São Paulo, SP: LTr.
- Antunes, R. (2015). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. Campinas, SP: Cortez.
- Borges, L. O., & Yamamoto, O. H. O. (2014). Mundo do Trabalho. In: Zanelli, J. C., Borges-Andrade, J. E., & Bastos, A. V. B. (2014). *Psicologia, Organizações e Trabalho no Brasil*. Porto Alegre, RS: Artmed.
- Castel, R. (2010). *As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Castro, J. L. (2012). Saúde e Trabalho: direitos do trabalhador da saúde. *Revista de Direito Sanitário*. 12(3), 86-101. Recuperado de <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/55695>.
- Cordeiro, A. M., Oliveira, G. M. O., Renteria, J. M., & Guimarães, C. A. (2007). Revisão sistemática: uma revisão narrativa. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*. 34(6), 428-31. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912007000600012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912007000600012).
- Druck, G. (2016). A terceirização na saúde pública: formas diversas de organização do trabalho. *Trabalho, educação e saúde*. 14(1), 15-43. Recuperado de [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462016000400015&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S198177462016000400015&script=sci_abstract&tlng=pt)
- Harvey, D. (2012). *Condição Pós-Moderna*. São Paulo, SP: Loyola.
- Lima, S. M. M. (2003). Tecnologia versus qualificação: impactos no setor de saúde. *RAE electron*, 2(2), 1-18.
- Machado, M. H., Oliveira, E. S., & Moyses, N. M. N. (2011). Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil. In: Pierantoni, C., Dal Poz, M. R., França, T. (Orgs.). *O Trabalho em Saúde: abordagens quantitativas e qualitativas*. Rio de Janeiro, RJ: CEPESC, UERJ, 2011, v. 001, pp. 103-116.
- Mandarini, M. B., Alves, A. M., & Sticca, M. G. (2016). Terceirização e impacto para a saúde e trabalho: uma revisão sistemática da literatura. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, Brasília, 16(2), 143-52.
- Medeiros, S. M., & Rocha, S. M. M. (2004). Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 9(2), 399-409.

- Melo, T. B. A. (2014). *Do Fordismo à Acumulação Flexível: uma análise das mudanças no padrão de consumo* (Monografia de bacharelado). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Morosini, M. V. G. C. (2016). Precarización del trabajo: particularidades em el sector salud brasileño. *Trabalho, Educação e Saúde*, 14(supl.1), 5-7.
- Nardi, H. C. (2006). *Ética, Trabalho e Subjetividade: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo*. Porto Alegre, RS: UFRGS.
- Ribeiro, J. M. P., Araujo-Jorge, T. C. De, & Bessa, V. B. N. (2016). Ambiente, saúde e trabalho: temas geradores para ensino em saúde e segurança do trabalho no Acre, Brasil. *Interface (Botucatu)*, 20(59), 1027-1036.
- Solli-Sæther, H. (2011). Transplants role stress and work outcome in it outsourcing relationships. *Industrial management & date systems*, 111(2), 227-245.
- Sousa, J. C. de, & Santos, A. C. B dos. (2017). Psicodinâmica do trabalho nas fases do capitalismo: análise comparativa do taylorismo-fordismo e do Toyotismo nos contextos do capitalismo burocrático e do capitalismo flexível. *Revista Ciências Administrativas*, 23(1), 186-216.
- Taylor, F. W. (2012). *Princípios da administração científica*. São Paulo, SP: Atlas.
- Vieira, M.; Chinelli, F. (2013). Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(6), 1591-1600.
- Vosgerau, D. S. A. R., & Romanowski, J. P. (2014). Estudos de revisão: implicações conceituais e metodológicas. *Revista de Diálogo Educacional*, (14)41, 165-189.