

FLEXIBILIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NO ÂMBITO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO: um desafio às políticas públicas de corte social

Marcelo Nogueira de Souza ¹

RESUMO

O artigo analisa os impactos das transformações no âmbito do Estado brasileiro na qualidade das políticas públicas de saúde e educação; através da análise de como as respectivas áreas têm efetivado a contratação de seus servidores – principalmente a partir da década de 1990 – num contexto onde a flexibilização e precarização do trabalho tem se mostrado crescente.

Palavras-chave: Políticas Públicas, Flexibilização do trabalho, Precarização do trabalho.

ABSTRACT

The article analyzes the impact of changes in the Brazilian state in the quality of public policies on health and education by examining how their areas have effected the hiring of their servers – mainly from the 1990's – in a context where flexibility and precariousness of work has been shown to be increasing.

Keywords: Public Policy, Labor flexibility, Precarious work.

1 INTRODUÇÃO

O serviço público surge oficialmente no Brasil, durante a década de 30, como reflexo da ascendente sociedade industrial e, ao longo das décadas seguintes, seria diretamente afetado pelas transformações pelas quais passaria o Estado brasileiro. O objetivo deste artigo é analisar os impactos dessas transformações na qualidade das políticas públicas de saúde e educação; através da análise de como as respectivas áreas têm efetivado a contratação de seus servidores.

¹ Mestre. Universidade Federal do Paraná (UFPR). marcelonoma@ymail.com



2 DO ESTADO PROVIDOR AO ESTADO REGULADOR: IMPLICAÇÕES PARA O SERVIDOR PÚBLICO NO BRASIL

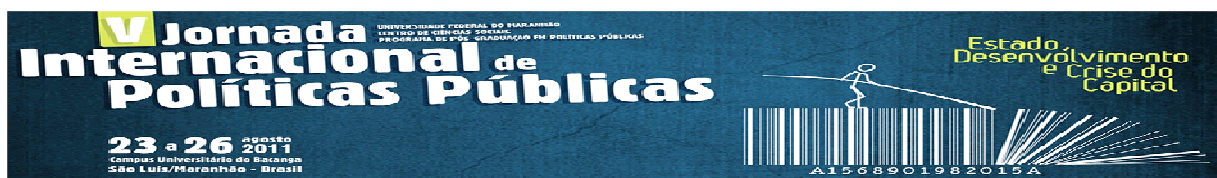
De acordo com Ferreira (1996), foi principalmente a partir da década de 30 do século passado, particularmente, durante o governo de Getúlio Vargas, que o Brasil passou a reconhecer a necessidade de estabelecer um serviço público estatal, capaz de dar suporte a sua moderna, e recente, sociedade industrial capitalista. Para esse fim, o Conselho Federal do Serviço Público Civil – posteriormente transformado no Departamento de Administração do Serviço Público (DASP) – ficou responsável pela introdução do modelo burocrático na administração pública brasileira, assumindo, também, as funções de implementar diretrizes, supervisionar a administração pública, além de fixar o orçamento nacional e, também, formar os administradores públicos do primeiro escalão. De acordo com Del Roio:

Assim é que vários setores profissionais encontraram no Estado o seu 'patrão', dentre os quais uma camada de trabalhadores intelectuais estatais, conhecidas como servidores ou funcionários públicos. São professores de diversos níveis, cientistas, médicos, engenheiros, juristas, bancários, agrônomos. São também operários qualificados, dotados de um saber específico (DEL ROIO, 2003, p. 2).

Nos governos seguintes, a ênfase dada ao setor público, no governo Vargas, cede lugar à participação conjunta dos setores público e privado. Um exemplo é o Programa de Metas, no governo JK, onde, segundo Ribeiro (2002), o tema descentralização foi mencionado pela primeira vez como programa de governo, contrastando com o longo período de centralização iniciado em 1930.

No entanto, a questão da descentralização somente será articulada à participação da sociedade civil com a promulgação da Constituição Federal, em 1988, quando ficou estabelecido que as políticas públicas fossem desenvolvidas de modo democrático, com a participação da sociedade, através de órgãos representativos.

O início da esperada, retomada democrática no Brasil, contudo, coincidiria com uma nova crise do capitalismo mundial e, de acordo com Peroni (2008), as estratégias apontadas para sua superação – neoliberalismo, globalização, reestruturação produtiva, terceira via, e a adoção do modelo de administração gerencial em substituição à burocrática, entre outras – passam a conduzir a redefinição do papel do Estado, diminuindo a sua atuação como executor das políticas públicas de corte social. Ou seja, a



redemocratização fará com que o país viva a tensão entre ter conquistado direitos, inclusive na legislação, mas a dificuldade de implementá-los.

Essa dificuldade diz respeito, principalmente, a perda de direitos recém conquistados na Carta Magna. Como analisam Araújo e Portela (2005):

houve um tensionamento no momento de promulgação da Constituição Brasileira, pois concomitantemente a divulgação dos direitos sociais como questão a ser garantida pelo Estado ocorreu também o redimensionamento do papel do Estado nas políticas sociais e o ajuste fiscal. O sentido da qualidade passa a ser norteado pela lógica eficientista e produtiva (ARAÚJO; PORTELA, 2005, p. 6).

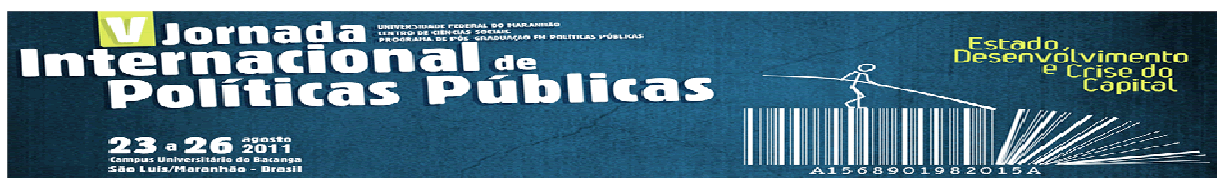
Nesse sentido, o Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado, de 1995, merece destaque; principalmente por ter impulsionado uma ruptura no movimento crescente de formalização do trabalho e que atinge seu ápice com a aprovação, em 1998, da Emenda Constitucional 19, que acabava com a estabilidade plena, garantida pela Constituição de 1988 aos servidores públicos, rompendo também com o regime jurídico único.

3 UM PANORAMA DA SAÚDE E EDUCAÇÃO NO CONTEXTO NEOLIBERAL

Tanto nosso sistema de saúde quanto nosso sistema de educação têm como princípios constitucionais a universalidade, a equidade e a integralidade. Saúde e educação são definidas como direitos sociais. Um dos grandes desafios que se impõem às políticas públicas de saúde e educação é justamente aproximar a realidade dessas áreas ao texto constitucional.

De acordo com Frutuoso (2010), o SUS é um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo e, em duas décadas, impôs-se como de enorme relevância para a saúde pública brasileira; sendo constituído por uma rede responsável por prevenção, promoção, cura e reabilitação, apresentando resultados inquestionáveis. E ainda:

[...] de acordo com dados extraídos dos sistemas de informação do Ministério da Saúde, de janeiro a dezembro de 2008 foram realizadas mais de 11 milhões de internações hospitalares, 1 milhão e 849 mil partos, 18 mil transplantes, mais de 10 milhões de procedimentos de hemodiálise, 389 milhões de exames laboratoriais, 1 milhão e 600 mil tomografias. O Programa DST/Aids e o Programa Nacional de Imunização (PNI) são reconhecidos mundialmente como programas exitosos e o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu) vem obtendo a confiança e o reconhecimento da população. A pesquisa do Conass – Saúde na opinião dos brasileiros –, feita em 2003, mostrou que a avaliação do sistema é positiva, especialmente por aqueles que o utilizam, ficando a percepção negativa



por conta de tempo de espera, demora em ser atendido, espera em filas, tempo perdido na recepção (FRUTUOSO, 2010, p.101/102).

Em relação à educação, no ano de 2009, o Censo Escolar contabilizou no Brasil, 52.580.452 estudantes na educação básica, que compreende a educação infantil (creche e pré-escola), o ensino fundamental (1º a 9º ano ou 1ª a 8ª série), o ensino médio, a educação profissional, a educação especial e a educação de jovens e adultos (nas etapas ensino fundamental e ensino médio). Do total de 197.468 escolas, aproximadamente, 86% de matrículas e 82% de escolas pertencem à rede pública de ensino.

No entanto, apesar desses números impressionantes, os sistemas públicos de saúde e educação não têm conseguido evoluir na proporção necessária, deixando seus usuários, muitas vezes, na dependência de setores suplementares. Em relação a este fato, um aspecto de extrema relevância diz respeito ao fenômeno da descentralização posto em prática após a Constituição Federal de 1988, e que envolve não apenas a transferência de serviços, mas também de responsabilidades, poder e recursos da esfera federal para a estadual e municipal. Assim, os municípios passaram a se responsabilizar por seus próprios sistemas de ensino, tendo autonomia relativa na formulação de políticas educacionais, em específico para a Educação Infantil e o Ensino Fundamental, uma vez que, até então, a esfera municipal² detinha, apenas, o sistema administrativo.

A implantação deste processo de descentralização na área educacional nem sempre tem considerado os limites e possibilidades dos Estados e Municípios. Apesar de a LDB/1996 especificar que a descentralização da educação ocorreria em regime de colaboração entre os entes – o que implicaria segundo Souza e Faria (2004, p.931), em considerar ações conjuntas que abarcassem a divisão de responsabilidades pela oferta do Ensino Fundamental entre as instâncias federadas; o planejamento educacional, de modo a buscar o compromisso comum com a qualidade de ensino – o que se tem notado é que, em virtude da insuficiência de recursos em nível municipal (que atende ao maior número de alunos da educação infantil), a iniciativa privada tem exercido o papel complementar. De acordo com Gonzales e Santagada (2006):

No Brasil, ao observar-se a distribuição das matrículas iniciais existentes na educação infantil, por dependência administrativa, verifica-se que a rede pública

² De acordo com Saviani (1999), em que pese a importância da CF nesta matéria, é importante sublinhar que a definição clara de competência dos Municípios para a instituição de seus próprios sistemas de ensino decorre mais das definições prevista na nova LDB(Lei n° 9.394/96), do que naquela Constituição.



(federal, estadual e municipal) ofereceu, em 2005, 71,6% das matrículas existentes, embora a rede privada apresente uma taxa de crescimento de 52,1%, percentual superior ao crescimento de 38,6% da rede pública (GONZALES; SANTAGADA, 2006, p. 6).

A questão do financiamento também se constitui num grande dilema para o setor de saúde pública no Brasil. Nossa Carta Magna criou o Sistema Único de Saúde que, em conjunto com as Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, constituem as bases jurídicas, constitucionais e infraconstitucionais do SUS. A Lei nº 8.142/1990, entre outros aspectos, tratou das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde, instituindo Conferências e Conselhos de Saúde nas três esferas de governo e definindo, ainda, a alocação de recursos do Fundo Nacional de Saúde e o repasse, de forma regular e automática, para municípios, estados e Distrito Federal. Estes dispositivos dariam, em tese, o direito a todos os brasileiros de serem atendidos pelo SUS em iguais condições.

Assim como aconteceu no setor educacional, o SUS foi concebido para manter uma relação de cooperação entre os entes federados. Nesse sentido, o SUS apresenta seu aspecto mais inovador, servindo de referência para outras políticas públicas no país, uma vez que, de acordo com Frutuoso (2010), os Conselhos de Saúde retiraram do governo federal a possibilidade de estabelecer exclusiva e unilateralmente as normas do SUS, no que afeta os entes sub-nacionais, possibilitando a estados e municípios atuar e co-participar na formulação e controle das políticas de saúde.

No entanto, nos anos seguintes à promulgação da Carta Magna, começariam os entraves para a efetivação de um sistema público de saúde compatível com os preceitos constitucionais. De acordo com Santos (2007):

Enquanto a participação das receitas correntes da União no PIB cresceu de 19,7%, em 1995, para 26,7% em 2004, neste mesmo período, a participação de gastos do Ministério da Saúde nessas receitas decresceu de 9,6% para 7,5%. Enquanto a contrapartida da União no financiamento público da saúde caiu, entre os anos 80 e 2004, de 75%, para 50%, neste mesmo período a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de 25% para 50%. Enquanto a contrapartida da União, entre 1995 e 2004, caiu de US\$ 87,7 para US\$ 62,3 per capita, entre 2000 e 2004, a soma das contrapartidas estaduais e municipais cresceu de US\$ 44,1 para US\$ 64,9 per capita (SANTOS, 2007, p.432).

Como analisado, a questão do financiamento das políticas públicas de corte social, entre as quais a saúde e educação, assim como sua descentralização, se colocam como grandes desafios para a efetivação de um serviço público de qualidade e, estando inseridas num contexto de redefinição do papel do Estado – onde cresce a desvalorização do trabalho



– essas questões têm exercido um papel nefasto sobre o executor dessas políticas, ou seja, o servidor público.

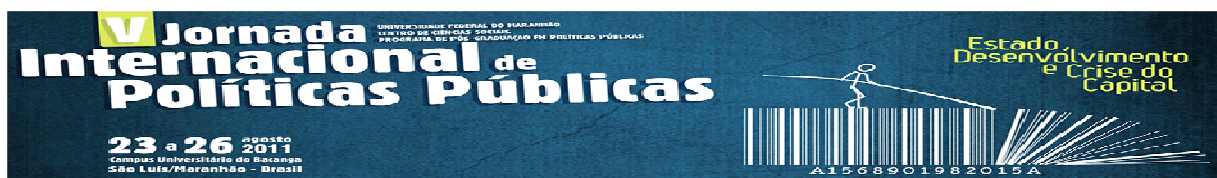
E, sendo a melhoria da qualidade dos serviços públicos prestados o grande objetivo das políticas públicas e, tendo comprovadamente o servidor público um enorme efeito sobre a eficiência desses serviços – analisar, portanto, como o Estado vem se utilizando da contratação desses profissionais é um dos modos de saber se esse fim está sendo efetivamente alcançado.

4 FLEXIBILIZAÇÃO E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO: O SERVIDOR TEMPORÁRIO NAS ÁREAS DE SAÚDE E EDUCAÇÃO

A diversidade de vínculos no país é decorrente, dentre outros fatores, do processo de descentralização que se deu, em muitos casos, em condições adversas e com restrições de recursos, com significativas conseqüências sobre a qualidade dos serviços públicos, o que acaba servindo de argumento para a contratação de trabalhadores temporários, que representam menor ônus para os entes federados.

Com a descentralização da gestão dos serviços de saúde e educação, estados e municípios, tornaram-se os principais gestores da força de trabalho nas respectivas áreas, através da adesão a muitos programas que exigiram a contratação de um grande número de profissionais. Entretanto, conforme dados divulgados pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, pelo INEP e pelas secretarias estaduais de educação, percebe-se que a ampliação da contratação desses profissionais se deu, principalmente, através de contratos temporários.

Estudos, como o Monitoramento da Implementação e Funcionamento das equipes de saúde da família, realizado em 2002 e 2008 pelo Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, identificaram que cerca de 20 a 30% de todos os trabalhadores inseridos nesta estratégia, apresentavam vínculos precários de trabalho, o que tem contribuído para a alta rotatividade e insatisfação profissional. Decompondo essa porcentagem percebe-se que, em 2002, 34,3% dos médicos tinham vínculo temporário, assim como 33,6% dos enfermeiros e 27% dos auxiliares de enfermagem. Os dados de 2008 não indicaram uma tendência de reversão do quadro de precarização do trabalho no quadro de profissionais das Equipes de Saúde da Família, uma vez que 37,6% dos



médicos tinham vínculo temporário, assim como 32,9% dos enfermeiros e 24,7% dos auxiliares de enfermagem.

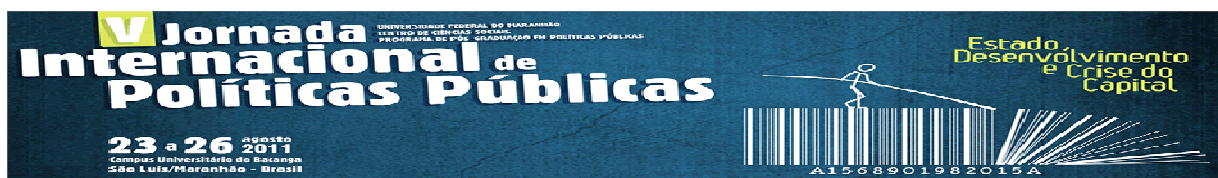
Em relação à educação, segundo estimativas do Inep (2007), no Brasil lecionavam na educação básica pública 1.882.961 professores e professoras, sendo que, 20% destes (segundo o parecer nº 09/2009 da CEB/CNE) contratados através de vínculo precário e/ou temporário pela rede pública de educação básica no Brasil.

Já os dados divulgados pelas secretarias estaduais de educação, em 2009, demonstram a diversidade na contratação de professores temporários no Brasil. Se, de um lado tínhamos os estados do Espírito Santo, Santa Catarina e Mato Grosso com um quadro de professores temporários de 56%, 47% e 44,6% respectivamente; por outro lado, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Bahia possuíam, respectivamente, 0,5%, 13,7% e 15,5% do seu quadro de professores com contratos temporários.

Essa situação contraria os princípios de nossa Carta Magna, que prevê a admissão de servidores temporários apenas para o atendimento de necessidades temporárias e de excepcional interesse público. Ou seja, há hoje, uma situação de desencontro entre a legislação, atualmente em vigor, e sua aplicabilidade, o que compromete a qualidade dos serviços públicos, devido, entre outros fatores, à rotatividade desses profissionais; o que acaba por fragmentar a categoria, dificultando as lutas em comum. Além disso, em áreas consideradas essenciais, como a saúde e a educação, a ausência de estabilidade ocasiona um alto grau de desmotivação e, conseqüentemente, grande rotatividade desses trabalhadores nos serviços, prejudicando a continuidade das políticas públicas governamentais.

5 CONCLUSÃO

Segundo Supiot (1995), o emprego no serviço público difere daquele na iniciativa privada em suas relações com o poder, o dinheiro e o tempo. Esses elementos diferenciadores constituem o que ele denomina “espírito de serviço público”, o qual institui um tipo particular de moral profissional. No contrato (típico da iniciativa privada), o trabalho é o objeto do negócio, ao contrário do estatuto (típico do setor público) onde preserva-se



uma moral profissional; e, portanto, espera-se uma consciência de deveres para com o usuário.

A relação com o tempo é a que mais nos chama a atenção para os objetivos do presente trabalho. Segundo Supiot, o contrato de trabalho é marcado pelo signo do aleatório e do descontínuo; se o contrato tem duração determinada, o empregado se encontra numa situação precária por definição. Já o estatuto, ao contrário, é marcado pelo signo da continuidade.

Devido às especificidades dos nossos sistemas públicos de saúde e educação, compreendemos que é necessário manter certo contingente de servidores temporários. No caso da saúde, os próprios gestores reconhecem que – em casos de urgência/emergência, surtos epidêmicos periódicos e persistentes, entre outros casos – a contratação temporária se apresenta como uma solução viável, uma vez que os concursos públicos necessitam de um longo período para sua execução. Já, no caso da educação, os sistemas de ensino necessitam manter uma proporção de professores temporários, para suprir a ausência de outros professores em razão de doenças ou aposentadorias que vão ocorrendo ao longo do ano, mas numa proporção que não comprometa a qualidade do ensino e a valorização de seus profissionais. No entanto, apesar de nossa Constituição determinar que a contratação temporária só será admitida em casos de excepcional interesse público, a exceção tem virado regra, o que se pode constatar pelo número de trabalhadores temporários nas áreas de saúde e educação.

Assim, como analisa Castel (1998):

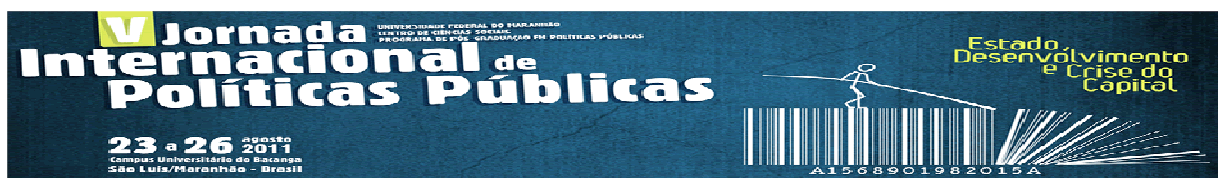
O desemprego é apenas a manifestação mais visível de uma transformação de conjuntura do emprego. A precarização do trabalho constitui-lhe uma outra característica, menos espetacular porém ainda mais importante, sem dúvida. O contrato de trabalho por tempo indeterminado está em via de perder sua hegemonia (CASTEL, 1998, p.514).

REFERÊNCIAS:

ARAÚJO, Gilda Cardoso & OLIVEIRA, Romualdo Portela. Qualidade do ensino: uma nova dimensão da luta pelo direito à educação. Revista Brasileira da Educação. jan/fev/mar/abril de 2005, n. 28.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. FUNDEF. Manual de Orientação. MEC. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento



da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde. 2008.

CASTEL, Robert. As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Rio de Janeiro. Vozes, 1998.

DEL ROIO, Marcos. A parábola do serviço público no Brasil. Revista Eletrônica Espaço Acadêmico, v. 28, 2003. Disponível em: < <http://www.espacoacademico.com.br/028/28croio.htm> . > Acesso em: 14/01/2011.

FRUTUOSO, Jurandi. “A gestão do Sistema Único de Saúde”. In. OLIVEIRA, Romualdo Portella de; SANTANA, Wagner. Educação e federalismo no Brasil: combater as desigualdades, garantir a diversidade, organizado. Brasília: UNESCO, 2010, p. 89-105.

GONZALEZ, Hélios Puig; SANTAGADA, Salvatore. Educação infantil no Brasil e no Rio Grande do Sul: o descompasso frente à legislação. 2006. Disponível em: < <http://www.fee.tche.br/3eeg/Artigos/m04t01.pdf> . > Acesso em: 08 de mar. de 2011.

PERONI, Vera Maria Vidal. Políticas Públicas e Gestão da Educação em Tempos de Redefinição do Papel do Estado. In: XII Seminário de Pesquisa em Educação da Região Sul. Itajaí. 2008.

RIBEIRO, Sheila Maria Reis. Reforma do aparelho de Estado no Brasil: uma comparação entre as propostas dos anos 60 e 90. VII Congresso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

SANTOS, Nelson Rodrigues dos. Desenvolvimento do SUS, rumos estratégicos e estratégias para visualização dos rumos. *Ciênc. saúde coletiva*. 2007, vol.12, n.2 ISSN 1413-8123.

SAVIANI, D. Sistemas de ensino e planos de educação: o âmbito dos municípios. *Educação & Sociedade*, Campinas, SP, v. 20, n. 69, p.119-136, dez. 1999.

SOUZA, Donaldo Bello; FARIA, Lia Ciomar. Reforma do Estado, descentralização e municipalização do ensino no Brasil: a gestão política dos sistemas públicos de ensino pós – LDB 9.394/96. Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação. Rio de Janeiro, v. 12, n. 45, p. 925-944, out./dez. 2004.

SUPIOT, Alan. A crise do espírito de serviço público. *Adverso*. Revista da Associação de Docentes da Ufrgs, ano V, n. 7, julho de 1995, p. 16-25.