Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública

**A Interpretação do Trabalho em Enfermagem no
Capitalismo Financeirizado: um estudo na
perspectiva teórica do fluxo tensionado**

HELTON SARAGOR DE SOUZA

**Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
graduação em Saúde Pública da Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Mestre em Ciências.**

Área de Concentração: Práticas de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

São Paulo

2015

**A Interpretação do Trabalho em Enfermagem no Capitalismo Financeirizado:
um estudo na perspectiva teórica do fluxo tensionado**

HELTON SARAGOR DE SOUZA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área De Concentração: Práticas de Saúde Pública

Orientador: Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes

São Paulo

2015

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na sua forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida **exclusivamente** para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da tese/dissertação.

Nome: Souza, Helton Saragor de

Título: A Interpretação do Trabalho em Enfermagem no Capitalismo Financeirizado:
um estudo na perspectiva teórica do fluxo tensionado

Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde
Pública, Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de mestre em Ciências.

Aprovado em:

Banca Examinadora:

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr.: _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

FICHA CATALOGRÁFICA

Souza, Helton Saragor de.

A Interpretação do trabalho em enfermagem no capitalismo financeirizado: um estudo na perspectiva teórica do fluxo tensionado./ Helton Saragor de Souza; orientador Áquilas Nogueira Mendes. - São Paulo, 2015.

238 p.: 30 cm.

Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Saúde Pública / USP.

Área de Concentração: Serviços de Saúde Pública

1.Serviços de Saúde. 2.Economia da Saúde. 3.Força de Trabalho. 4.Condições de Trabalho. 5. Fluxo de Trabalho. 6. Enfermagem. 7. Pós-Fordismo

*À minha mãe (in memoriam), responsável por tudo,
lutadora incansável pelo melhor das pessoas e a
todxs trabalhadorxs que cuidaram de nós
no momento mais difícil.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, Áquilas Nogueira Mendes, pelo seu entusiasmo contagiante que apostou na minha capacidade, por sua crítica e companheirismo.

Aos professores participantes da banca de avaliação e do procedimento “pré-banca” pela sua consideração ao meu texto e predisposição de leitura. Professora Cássia Baldini Soares pelos seus comentários atenciosos e sugestões bibliográficas na área da enfermagem. Professor Leonardo Gomes Melo e Silva, pela sua dedicação na discussão de um trabalho de graduação que tornou-se por seu estímulo essa dissertação, pelas problematizações na temática da sociologia do trabalho que conduziram essa pesquisa e por fim sua paciente revisão do texto.

Aos professores membros do exame de qualificação, professora Áurea Ianni e professor Ruy Braga, pelas suas críticas fundamentais na construção de uma dissertação com melhor esquadramento científico.

Ao Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) em nome de sua presidência, Prof. Mauro Silva, à gerente de fiscalização Viviane Santos, ao conselheiro Sr. Vagner Urias e a todos os trabalhadores do Conselho que me proveram dados centrais para essa investigação.

Aos profissionais entrevistados, assim como, a recepção dos trabalhadores nas visitas de campo. Agradeço também, a construção conjunta de vários temas por companheiros trabalhadores da saúde que refletem sobre seu cotidiano e as contradições dos serviços de saúde, entre eles: Flávio, Rosângela, Jefferson, Amanda, Camila, Gabriel (Bié), Bárbara, Viviane. Destaco um agradecimento especial a minha amiga Sônia, para além de nossas discussões sobre a investigação, seu exemplo de vida me ensina.

À dedicação plena de minha mãe, Sônia, na minha formação educacional e aos dias de trabalho sob o sol de meu pai, João Antônio.

A minha companheira Juliana pela sua presença nos momentos que o mundo parecia desmoronar, pela sua paciência e paixão que garantem dias mais doces na batalha do cotidiano.

Aos professores e funcionários da Universidade de São Paulo, espero ter retribuído com essa dissertação um pouco daquilo que recebi nos anos de ensino público.

Aos meus colegas pós-graduandos da Faculdade de Saúde Pública pelos debates, ajuda constante e compartilhamento da defesa da concepção da saúde pública de qualidade para todos.

Aos meus colegas de trabalho da Diretoria de Ensino de Carapicuíba da Secretaria Estadual da Educação de São Paulo pelo seu apoio e confiança.

Ao meu amigo-irmão Alessandro Chaves pelos debates constantes e “polarizados” sobre os mais diversos temas teóricos e sociais. Aos meus amigos e amigas de todas as horas que me aguentam.

Aos meus camaradas insurgentes e do núcleo de luta popular do PSOL Osasco pelo exercício da práxis de transformação social.

Aos professores Marcos Muller e Gilberto Cunha, colaboradores para a construção de minha posição política.

RESUMO

Título: A Interpretação do Trabalho em Enfermagem no Capitalismo Financeirizado: Um Estudo na Perspectiva Teórica do Fluxo Tensionado

O objeto deste estudo é o trabalho das categorias da enfermagem sob a organização pós-fordista no capitalismo financeirizado. Associamos a mundialização do capital e a predominância financeira à expansão dos serviços de saúde no Brasil. Nesse sentido, discutimos as características do trabalho coletivo em saúde e das categorias de enfermagem. Abordamos a relação geral e particular do trabalho em saúde e problematizamos a leitura do trabalho em enfermagem nos moldes tayloristas. Os estudos de caso concentram-se em três hospitais localizados Região Metropolitana de São Paulo com gestões distintas: administração pública; administração terceirizada para Organização Social de Saúde (OSS); e administração privada. Nessas unidades, através de etnografia e da realização de entrevistas com os profissionais, caracterizamos o tipo de regime de trabalho pela abordagem do tipo de vínculo empregatício; da remuneração; sobre transferências, promoções e demissões; das características do absenteísmo; da relação com a chefia e da ação coletiva. Estritamente, sobre o processo de trabalho, abordamos o predomínio relacional do ato do cuidado, a influência da tecnologia, os erros procedimentais e a saúde dos trabalhadores. Em nossa visão, a conversão dos serviços de saúde em áreas de valorização do capital e o subfinanciamento do Estado configuram a relação desproporcional entre a demanda de usuários e a quantidade incipiente de trabalhadores que seria o *modus operandis* do trabalho em enfermagem. Desse modo, o processo de trabalho fundamenta-se no fluxo tensionado, gerando sobrecarga e intensificação, consequentemente, a incidência de erros, o desgaste físico-psicológico e a frustração para os trabalhadores.

Descritores: Serviços de Saúde; Economia da Saúde; Força de Trabalho; Condições de Trabalho; Fluxo de Trabalho; Enfermagem; Pós-Fordismo

ABSTRACT

Title: The Nursing Work Interpretation in Financial Capitalism: a Study in the Theoretical Perspective of "*Flux Tendu*"

The object of this study is the work of the nursing practice's categories under the post-fordism organization into the financial-funding capitalism. We associated the globalization of capital and the financial dominance to the expansion of the field of health services in Brazil. Under this view, we discuss the characteristics of team work and the categories in nursing practice, the general and private relationship into the field and problematize the reading of the nursing practice under the light of the Taylorism. The case studies concentrate in three hospitals of different administrative methods: public; through Social Health Organization (OSS); and private administration in the metropolitan region of Sao Paulo. In these units, through ethnography and interviews with professionals, we characterize the type of work regimen by analyzing the employment network; the remuneration; the transfers, promotions and dismissals; the characteristics of the absentees; the relation with the superiors and the team action. Strictly, about our process of work, we address the predominance of the act of caring, the influence of the technology, the procedure errors and the healthcare of the workers. In our point of view, the conversion of the health services into fields of capital appreciation and the sub-financing of the State configure an imbalanced relationship between the demand of users and the incipient amount of workers that would be the *modus operandis* of the nursing practice. Thus, the process of work lays the foundations of the tensioned flux "*flux tendu*" of the reactivity to the context, generating overcharge and intensification, therefore the incidence of mistakes, physical-psychological distress and frustration to the workers.

Key-words: Health services; Health economics; Workforce; Working conditions; Workflow, Nursing; Post-fordism

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	21
1 OBJETIVOS.....	29
1.1 OBJETIVO GERAL.....	29
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	29
2 METODOLOGIA DE PESQUISA	30
2.1 SOBRE A ETNOGRAFIA: METODOLOGIA DE CASO ESTENDIDO.....	31
2.2 OBSERVAÇÕES PRÉVIAS, HOSPITAIS INVESTIGADOS E DESCRIÇÃO DA AMOSTRA	34
2.3 DIMENSÃO ÉTICA DA PESQUISA	38
3 SUPERCAPITALIZAÇÃO E PREDOMINÂNCIA FINANCEIRA NA RELAÇÃO SOCIAL DE SERVIÇOS EM SAÚDE NO BRASIL.....	39
3.1 SUPERCAPITALIZAÇÃO E EXPANSÃO DOS SERVIÇOS.....	40
3.2 SERVIÇOS: NOVO ESPAÇO DE VALORIZAÇÃO DO CAPITAL.....	45
3.3 A RELAÇÃO SOCIAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL.....	48
3.3.1 A Realidade do Consumo de Serviços no Brasil.....	50
3.3.2 Sobre as Características do Emprego no Setor de Serviços.....	52
3.3.3 Sobre a Empresa Prestadora de Serviços de Saúde no País	53
3.4 O PAPEL DO ESTADO E A FINANCEIRIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	58
3.4.1 O Capital Portador de Juros e o Sub-financiamento do Sistema Único de Saúde	60
3.4.2 Mecanismos Complementares de Financiamento do Fundo Público para o Setor Privado.....	63
3.5 OS ATIVOS FINANCEIROS E O MERCADO PRIVADO DE SAÚDE.....	66
4 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E DA ENFERMAGEM	72
4.1 O TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE	72
4.1.1 A Constituição Contemporânea do Hospital.....	80

4.1.2 O Geral e o Particular no Trabalho em Saúde: Reflexões sobre a Cartografia e Micropolítica do Trabalho Vivo	86
4.1.2.1 Considerações Críticas à Singularidade-Liberdade do Processo de Trabalho em Saúde.....	93
4.1.3 Discussão sobre o Caráter do Pós-fordismo no Trabalho em Saúde.....	101
4.1.4 Reflexão sobre o Uso do Termo Tecnologia na Produção em Saúde	109
4.2 A ENFERMAGEM NO TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE	113
4.2.1 A Racionalização do Trabalho em Enfermagem: Contestação da Interpretação Taylorista.....	114
4.2.2 O Trabalho em Enfermagem sob o Fluxo Tensionado: A Desproporcionalidade entre Demanda e Quantidade de Profissionais.....	123
4.2.3 A Relação da Tecnologia e o Processo de Trabalho em Enfermagem	130
5 O REGIME E O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS INVESTIGADOS	139
5.1 CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS PESQUISADOS: OBSERVAÇÕES ETNOGRÁFICAS	139
5.1.1 Hospital Público sob Administração Direta.....	139
5.1.2 Hospital gerido por Organização Social	141
5.1.3 Hospital Privado	142
5.2 DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL DOS HOSPITAIS PESQUISADOS.....	145
5.3 HOSPITAL COMO NÚCLEO DE REDE DE SERVIÇOS SUBCONTRATADOS	150
5.4 ANÁLISE DO TRABALHO EM ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS PESQUISADOS	155
5.4.1 Trajetória e Perspectiva dos Trabalhadores da Enfermagem.....	156
5.4.2 O Regime de Trabalho nos Hospitais e a Centralidade do Vínculo de Emprego.....	166
5.4.2.1 Sobre Remuneração e Avaliação	169
5.4.2.2 Sobre Mercado Interno de Trabalho	170
5.4.2.3 Formas do Absenteísmo	172

5.4.2.4 Relação com a Chefia e Conflitos	174
5.4.2.5 Ação Coletiva	178
5.5 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM SOB O FLUXO TENSIONADO: A GENERALIZAÇÃO DA TENSÃO E A NATURALIZAÇÃO DOS CONSTRANGIMENTOS	183
5.5.1 Dimensão Relacional e Influência Tecnológica sobre o Cuidado.....	187
5.5.2 A Relação Subjetiva do Trabalho em Enfermagem	190
5.5.3 Sobre o Cotidiano de Erros	195
5.5.4 Saúde do Trabalhador	197
5.6 CONTRASTES E SEMELHANÇAS DAS RELAÇÕES TRABALHISTAS E DO PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES PESQUISADAS	200
CONSIDERAÇÕES FINAIS	203
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	207
APÊNDICE I: ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE PERGUNTAS DESTINADO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM	218
APÊNDICE II:TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	223
ANEXO I: PLANILHA DE DADOS DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO	225
ANEXO II: PARECER CONSUBSTANCIADO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA.	234

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação dos Profissionais Entrevistados dos Hospitais Investigados 36

Quadro 2 – Comparativo da Teoria da Relação de Serviços e Características
dos Serviços de Saúde no Brasil 56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Diagrama da Relação entre Trabalho Morto e Trabalho Vivo em Situações do Processo Produtivo	87
Figura 2 – Diagrama da Interseção Partilhada	89
Figura 3 – Diagrama da Interseção Objetal	90

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição de Categorias na Área de Enfermagem	23
Gráfico 2 - Divisão Sexual dos Profissionais da Enfermagem	24
Gráfico 3 - Progressão Anual dos Inscritos no Conselho Profissional	135
Gráfico 4 - Distribuição de Horas por Categoria Profissional do Hospital Público	147
Gráfico 5 - Distribuição de Horas por Categoria Profissional do Hospital Gerido por Organização Social	147
Gráfico 6 - Distribuição de Horas por Categoria Profissional do Hospital Privado	148

SIGLAS UTILIZADAS

AMIL – Assistência Médica Internacional

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

BNDES – Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social

BOVESPA – Bolsa de Valores de São Paulo

CEP – Comissão de Ética de Pesquisa

CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COREN-SP – Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

CPF – Cadastro de Pessoa Física

DRU – Desvinculação de Receitas da União

FMI – Fundo Monetário Internacional

GATT– *General Agreement Tariffs and Trade* (Acordo Geral e Tarifas e Comércio)

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IED – Investimento Externo Direto

IFC – *International Finance Corporation* (Corporação Financeira Internacional)

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

LRF – Lei de Responsabilidade Fiscal

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

OMC – Organização Mundial do Comércio

ONU – Organização das Nações Unidas

OSS – Organização Social de Saúde

PAC – Pronto Atendimento Clínico

P.D.I – Prêmio de Desempenho Individual

PIB – Produto Interno Bruto

PS – Pronto Socorro

PSF – Programa de Saúde da Família

RMSP - Região Metropolitana de São Paulo

SADT – Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia

SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SES- SP – Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo

STJ – Superior Tribunal de Justiça

SUS – Sistema Único de Saúde

TIC – Tecnologia de Informação e Comunicação

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNIMED – União dos Médicos

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

APRESENTAÇÃO

O despertar crítico sobre a situação do trabalho e da perspectiva dos trabalhadores aconteceu a partir de 2009, ainda que meu contato com os serviços de saúde, principalmente no sistema público, tanto como paciente quanto acompanhante, seja muito anterior e frequente. Nesse período, convivi principalmente com técnicos e auxiliares de enfermagem por compartilhar de atuação política em comum. Nessa situação, observei o cansaço frequente desses profissionais, as noites não dormidas, as dificuldades econômicas, entre outros aspectos. O contato com as relações pessoais entre os profissionais fora do ambiente de trabalho e ouvir a respeito das condições e dos diversos conflitos no local de trabalho estimulou a minha “imaginação sociológica”. Esse contato oscilou entre momentos intensos, espaçados e irregulares. Os relatos das situações limites no atendimento de pacientes, assim como, a informação de que profissionais enfrentavam sérios problemas físicos e emocionais foram elementos motivadores da pesquisa e do “salto” para a investigação sociológica e a abordagem com critério metodológico.

Desse modo, “rompi” com a primeira “sociologia espontânea” que se sustenta nas aparências das relações sociais analisadas por pré-noções e possíveis afinidades subjetivas. Embora, essa ruptura não implica de forma alguma adoção de neutralidade empirista que almeja a descrição objetivista da realidade, como se isso fosse possível. A construção do objeto investigado percorreu dois caminhos: o primeiro refere-se à reflexão crítica das impressões da realidade; o segundo diz respeito à revisão bibliográfica sobre o tema. A interação dos caminhos foi central para a “conquista” do objeto, para a sistematização da pesquisa de campo e, principalmente, para o desenvolvimento lógico da nossa interpretação.

A partir da generalidade do trabalho em saúde, deparei que essa definição uniforme aparente, guardava em si múltiplos sujeitos, frações de classes sociais,

diversas profissões e formações. Nesse sentido, defini o estudo à componente majoritária dos serviços hospitalares: a enfermagem. A atenção conferida ao trabalho das categorias da enfermagem, a primeira vista, deve-se à identificação dos auxiliares e técnicos como os “carregadores de piano” ou os “operários” das instituições de saúde, justamente, esses constituem segmento expressivo com baixa qualificação profissional. Distintamente, os enfermeiros apareciam, à primeira vista, como gerentes e supervisores. Impressão essa contestada pelo desenvolvimento da pesquisa.

Por fim, o presente texto também é produto da reflexão construída a partir das discussões presentes nas disciplinas realizadas na pós-graduação. Na Faculdade de Saúde Pública, o conteúdo da disciplina introdutória do programa me possibilitou o acesso a temas centrais do campo da saúde coletiva, ampliando as reflexões do projeto. Assim como, a disciplina sobre política e gestão lecionada pelos professores do departamento de Práticas em Saúde Pública, Osvaldo Tanaka, Paulo Capel e Sueli Dallari, ofereceu-me a fundamentação para posterior problematização das formas de gestão e dilemas organizativos dos serviços de saúde. Na Faculdade de Economia e Administração, na disciplina lecionada pela professora Leda Paulani, tive contato com a teorização e a compreensão da significância social da financeirização econômica. No departamento de sociologia, na disciplina ministrada pelo professor Ruy Braga, reli criticamente parte da obra de Marx e a disciplina lecionada por Leonardo Mello fora fundamental na escolha dos temas próprios da sociologia do trabalho. Por fim, nas reflexões oriundas da orientação do professor Áquilas Nogueira Mendes, nas conversas, nas indicações bibliográficas e em sua disciplina sobre financeirização e serviços de saúde, o papel do orientador foi um ponto de encontro das discussões das disciplinas e da produção da dissertação.

INTRODUÇÃO

A discussão sobre o processo de produção e de trabalho das categorias profissionais de saúde no Brasil tem sido tema presente na bibliografia da saúde coletiva (CAMPOS, 1998; DONNANGELO, 1976; MENDES-GONÇALVES, 1992; MERHY, 2007; MERHY et al., 2014; PEDUZZI, 2001 e 2002) e nas diversas áreas profissionais da saúde (medicina, fonoaudiologia, fisioterapia, psicologia, entre outras). O objeto desta investigação é o trabalho das categorias de enfermagem nos serviços hospitalares. A temática já fora abordada anteriormente pela produção teórica da área (CUNHA et al., 2012; MANDÚ et al., 2012; PEDUZZI e ANSELMINI, 2002; PIRES 2007, 2009a, 2009b, PIRES et al., 2004 e 2010; QUEIROZ e SALUM, 1996).

Do ponto de vista social, a relevância do tema é expressa pela quantidade massiva de trabalhadores da área no país e pela combinação da ocorrência de problemas no atendimento aos pacientes. Sobre o tema, nos últimos anos, a mídia repercutiu os erros desses profissionais de forma inquisitiva¹. Infelizmente, os grandes meios de comunicação e o senso comum visam à responsabilização individual de forma sensacionalista. Sob a perspectiva dos profissionais, a denúncia dos baixos salários, das precárias condições e do papel do contexto de trabalho para existência do erro são listados². Não cabe à pesquisa científica o julgamento de trabalhadores acusados ou a defesa de indivíduos, todavia, cabe à investigação científica a indagação e a interpretação teórica dos elementos determinísticos para a frequência dessas ocorrências no ato do cuidado e da condição altamente desgastante a que esses trabalhadores estão submetidos.

¹ A abordagem midiática nesses termos é ampla. Destacamos três matérias televisivas, com considerável audiência, o especial denominado “Enfermagem em Crise” do noticiário semanal Fantástico da Rede Globo exibido no dia 18/09/2011. Disponível em : <https://www.youtube.com/watch?v=l6D9rRqZyHI> ; Entrevista com profissional em noticiário também da rede globo envolvida em um erro exibido no mês de Dezembro de 2010. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=F97hCFuvRig>; Matéria veiculada pelo noticiário semanal Domingo Espetacular da Rede Record exibido em 21/10/2012. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=IBthApbUw8>

² Entrevista de representante do Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo exibida pelo jornal da Tv Gazeta em 07/01/2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=dC4R6ovwwh4>

Na dimensão teórica, consideramos que o campo do conhecimento da saúde coletiva é interdisciplinar e analisa seus objetos através de diversas disciplinas e paradigmas teóricos. Adotamos, prioritariamente, a sociologia do trabalho como referencial disciplinar, assim como, trabalharemos com temáticas da economia, da saúde coletiva e da enfermagem. Relacionamos o processo de financeirização da acumulação do capital com as transformações ocorridas no trabalho em enfermagem no país. Temos como ponto de partida, a interpretação do capitalismo contemporâneo financeirizado e a análise sobre os seus efeitos nas destinações orçamentárias e na lógica das operadoras privadas de saúde, assim como, o papel desempenhado pelo Estado nacional nesse contexto. Nesse sentido, abordaremos a expansão da relação de serviços em saúde no Brasil e suas especificidades.

Nosso primeiro passo, na abordagem do objeto, é a caracterização do trabalho coletivo em saúde. Para isso, discutiremos o tipo de cooperação manifestada por esse trabalho, a definição e a relação entre as categorias, a construção contemporânea do hospital como local de trabalho, a relação entre as peculiaridades do segmento de saúde e os aspectos gerais do trabalho humano. Nosso ponto de chegada é o entendimento da racionalização do processo de trabalho e a configuração do trabalho em enfermagem. Para tal tarefa, discutiremos dois temas principais com a bibliografia da enfermagem: a organização e racionalização do trabalho e sua relação com a tecnologia. Também associamos à enfermagem, o debate dos modelos clássicos de organização do trabalho: taylorismo, fordismo e pós-fordismo.

A construção do objeto de pesquisa realizou-se a partir de escolhas teóricas, pois uma determinada realidade pode ser interpretada sob as mais diversas perspectivas e preocupações. O fio condutor da nossa abordagem surgiu da seguinte problemática: o trabalho dos profissionais das categorias da enfermagem é racionalizado com perspectiva semelhante às demais atividades dos serviços relacionais e com os princípios organizacionais do pós-fordismo, porém, as consequências sociais dessa forma de racionalização são distintas e significativas.

O objeto desta investigação é o trabalho das categorias de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares³) após a década de 1990 na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP). Segundo o Conselho Regional de Enfermagem do estado de São Paulo (COREN-SP), 404.457 profissionais estão devidamente regularizados⁴ e 445.693 inscrições constam em seus registros⁵. A distribuição entre as categorias da enfermagem está representada no gráfico:

Gráfico 1: Distribuição de Categorias na Área de Enfermagem, 2014

Fonte: COREN/SP: 2014⁶

Consideramos, no decorrer do texto, a existência de diferenças e semelhanças entre as ocupações da enfermagem no processo de trabalho. Os números apontam para o predomínio de profissionais de nível médio que contabilizam 341.599 inscrições de trabalhadores, representando percentualmente 76,6%. Contudo, indiscutivelmente, as três ocupações têm participação fundamental no processo de

³ O Conselho Regional de Enfermagem do Estado de São Paulo (COREN-SP) tem a competência de conselho profissional para as atividades de auxiliar e técnico de enfermagem, enfermeiro e obstetizes. Acerca da ocupação de obstetizes, não realizamos considerações sobre seu processo de trabalho, porque representam parte diminuta da categoria, 138 profissionais inscritos em universo de 445.693. Ademais, em nossas visitas não encontramos profissionais com tal característica e nem tivemos acesso à bibliografia a respeito.

⁴ Mensuração obtida vinculada ao CPF – Cadastro de Pessoa Física dos profissionais inscritos.

⁵ A diferença numérica explica-se porque um profissional pode ter dupla inscrição como graduado e profissional de nível médio.

⁶ Vide Anexo I: PLANILHA DE DADOS DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO

trabalho coletivo em saúde e são majoritárias em relação às demais profissões do serviço de saúde⁷. Sobre as características gerais dos profissionais da enfermagem, observamos também a composição sexual desses profissionais. Conforme gráfico:

Gráfico 2: Divisão Sexual dos Profissionais da Enfermagem, 2014

Fonte: COREN/SP: 2014

Com base no gráfico, pode-se dizer que na enfermagem predomina a força de trabalho feminina.

Ao delimitar o período histórico da investigação após a década de 1990, justificamos que os eventos de ordem econômica e institucional configuraram parâmetros para a gestão do trabalho em saúde e, conseqüentemente, das categorias da enfermagem. Em síntese, frisamos as modificações na regulação do capital e o arranjo institucional por parte do Estado para a provisão dos serviços de saúde.

No aspecto econômico, os serviços em saúde tornam-se cada vez mais um espaço propício para a valorização do capital. Nessa perspectiva, a rodada Uruguai no GATT (*General Agreement Tarifs and Trade* ou Acordo Geral e Tarifas e

⁷ No capítulo 5, apresentaremos a presença proporcional das categorias profissionais de saúde nas unidades hospitalares pesquisadas pela mensuração de horas trabalhadas.

Comércio)⁸ em 1994 é um divisor de águas para a expansão do capital internacional no setor de serviços que eram administrados ou fortemente regulados pelo Estado. A superação das restrições das legislações nacionais para os ganhos dos conglomerados nessas áreas era vital⁹. O duplo movimento de desregulamentação e privatização é central para essa expansão dos Investimentos Externos Diretos (IED) do capital mundializado (CHESNAIS, 1996, p.186)¹⁰.

No âmbito do Estado nacional, a Lei de Responsabilidade Fiscal (Brasil, 2000) define o teto de gasto máximo que o ente federativo (união, estado e município) disponibilizará para a folha de pagamento de seu respectivo funcionalismo¹¹. Concretamente, seu teor inviabiliza a contratação de servidores públicos e incentiva o processo de transferência da gestão para organizações de direito privado. No contexto de contenção de recursos orçamentários, empreende-se a reforma gerencial do estado brasileiro (1995)¹² distinguindo as atividades

⁸ Após 1995, Organização Mundial do Comércio- OMC.

⁹ Como fundamento de nossa interpretação sobre o significado da rodada do Uruguai e instituição do GATT utilizamos como referência Rego (1996).

¹⁰ O setor financeiro também foi protagonista da expansão da mundialização do capital devido à liberalização e desregulamentação. Chesnais não cita serviços de reprodução social ou serviços públicos de direitos sociais como saúde e educação, mas cremos que podemos a partir de sua leitura geral do movimento da mundialização do capital compreender melhor a configuração dos serviços de saúde. Traçamos como paralelo ao setor de saúde a análise da educação superior de RIBEIRO (2006).

¹¹ Conforme texto da lei “Art. 19. Para os fins do disposto no [caput do art. 169 da Constituição](#), a despesa total com pessoal, em cada período de apuração e em cada ente da Federação, não poderá exceder os percentuais da receita corrente líquida, a seguir discriminados: I - União: 50% (cinquenta por cento); II - Estados: 60% (sessenta por cento); III - Municípios: 60% (sessenta por cento).(...)

Art. 20. A repartição dos limites globais do art. 19 não poderá exceder os seguintes percentuais: (...).III - na esfera municipal: a) 6% (seis por cento) para o Legislativo, incluído o Tribunal de Contas do Município, quando houver;b) 54% (cinquenta e quatro por cento) para o Executivo (...).Art. 22. A verificação do cumprimento dos limites estabelecidos nos arts. 19 e 20 será realizada ao final de cada quadrimestre. Parágrafo único. Se a despesa total com pessoal exceder a 95% (noventa e cinco por cento) do limite, são vedados ao Poder ou órgão referido no art. 20 que houver incorrido no excesso:

I - concessão de vantagem, aumento, reajuste ou adequação de remuneração a qualquer título, salvo os derivados de sentença judicial ou de determinação legal ou contratual, ressalvada a revisão prevista no [inciso X do art. 37 da Constituição](#); II - criação de cargo, emprego ou função; III - alteração de estrutura de carreira que implique aumento de despesa; IV - provimento de cargo público, admissão ou contratação de pessoal a qualquer título, ressalvada a reposição decorrente de aposentadoria ou falecimento de servidores das áreas de educação, saúde e segurança; V - contratação de hora extra, salvo no caso do disposto no [inciso II do § 6o do art. 57 da Constituição](#) e as situações previstas na lei de diretrizes orçamentárias”(BRASIL, 2000).

¹² Essa reforma de 1995 deve ser entendida como marco da implementação do “gerencialismo”. A partir de uma leitura que o Estado no Brasil, configurava-se como um aparelho altamente burocrático permeado de interesses corporativos e patrimonialistas e de que sua administração pública era ineficiente. A reforma propunha a passagem do Estado produtor para um Estado gerencial. Supostamente, o modelo de Estado democrático eficiente na implementação dos serviços e de

exclusivas e não-exclusivas do Estado e instituiu três novas formas institucionais: as agências executivas, agências reguladoras e as organizações sociais. Na política pública, a repercussão da reforma foi um considerável processo de terceirização da gestão de estruturas públicas para Organizações Sociais de Saúde (OSS) (CALIPO, 2002).

Em 1990, a Lei Orgânica do Sistema Único de Saúde (SUS) - lei 8080/1990 - foi aprovada. Um dos seus pilares era a descentralização administrativa para os municípios, essa descentralização representava um aspecto progressivo contra a herança autoritária do Estado nacional, fruto do movimento de reforma sanitária na década de 1980 que associava essa descentralização com a participação social preconizada no SUS. Os municípios correspondiam a 92% dos serviços públicos no final da década de 1990 (CHIAVEGATO FILHO e NAVARRO, 2012). Contraditoriamente, esse caráter progressivo fora subvertido pela possibilidade de complementaridade da saúde privada prevista no artigo 199 da Constituição Federal (BRASIL, 1988). Dessa forma, parte massiva dos serviços públicos de saúde, cada vez mais, é terceirizada através de Organizações Sociais de Saúde (OSS). Para fins de nossa pesquisa, um aspecto central é a gestão da força de trabalho realizada pelas secretarias municipais de saúde e da terceirização no âmbito municipal.

Na realidade da gestão dos serviços de saúde, esses pressupostos econômicos e institucionais se entrecruzam. Por exemplo, o processo de desregulamentação comercial da área de serviços vincula-se à expansão dos conglomerados privados de saúde no país (processo de aquisição e fusão). Institucionalmente, constitui-se a autarquia reguladora Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS) em 2000¹³. Assim como, a municipalização e a complementaridade privada desembocaram em

políticas públicas, contribuindo para a efetivação dos direitos de cidadania no Brasil. O ex-ministro e principal expoente da reforma gerencial, Bresser-Pereira considerou a reforma como um sucesso sobre três dimensões: institucional, cultura e de gestão, ressaltando que as mudanças de gestão são a etapa mais árdua (BRESSER- PEREIRA, 2000).

¹³ A instituição de agências reguladoras de serviços privados que atuam em áreas de interesse público é um aspecto central do relatório da reforma gerencial do Estado.

processos de transferência da administração municipal para as Organizações Sociais de Saúde¹⁴.

Nesses processos de transferência, os governos no plano discursivo e ideológico apontaram que a administração indireta ou terceirizada alteraria o contrato de trabalho com o intuito de extinguir “privilégios” dos servidores, entre esses “privilégios”, a estabilidade seria o fator principal a ser extinto, em contraposição os profissionais receberiam melhores salários, isso alterou contundentemente o regime de trabalho dos profissionais. Supostamente, a gestão com princípios privados seria mais eficiente e rápida no processo de contratação dos serviços correlacionados, geraria comprometimento dos trabalhadores e melhor atendimento à população. A transferência de unidades de atendimento, setores e programas de saúde pública tornou-se comum ao invés da realização de concursos públicos para admissão de trabalhadores da saúde pelo regime estatutário do serviço público que garante maior estabilidade e progressão na carreira de vencimentos. Essas entidades contratam seus trabalhadores pelo regime celetista, porém, expande em um grau maior a subcontratação e as terceirizações (BARALDI e CAR, 2008)¹⁵.

Em nossa visão, todos os arranjos citados e o arcabouço institucional refletem um papel novo do Estado após a década de 1990¹⁶. Desse modo, a aprovação da reforma foi concomitante com um processo de privatização que ofereceu ao setor privado setores estratégicos (telecomunicações, energia, extração de minérios etc.). Esses elementos determinam de forma integrada a lógica da gestão da força de trabalho em saúde, consequentemente, das ocupações em enfermagem. De fato, cada item tem um propósito definido e afeta, diretamente, a gestão da força de trabalho (administração direta, indireta-terceirizada ou privada). Mostramos como esses aspectos econômicos e institucionais condicionam a realidade do trabalho em enfermagem.

¹⁴ Todavia, não ignoramos que esse processo de transferência possa ser realizado também pelos estados em seus estabelecimentos.

¹⁵ Nesse caso, a terceirização dessa forma gestão reflete uma “quarteirização” em relação à antiga competência do Estado.

¹⁶ Criticamente, o autor Bresser-Pereira tenta se diferenciar da nomenclatura das posições neoliberais (BRESSER- PEREIRA, 2000, p. 02), porém, a reforma gerencial foi implementada no contexto de hegemonia neoliberal e foi apoiada por atores defensores dessa perspectiva.

Nossa hipótese é que a conversão dos serviços de saúde em área propícia à valorização do capital e a contenção orçamentária para política de saúde por parte do Estado nacional, ambos submetidos à predominância financeira, geram sobrecarga e intensificação do trabalho para os profissionais da área da enfermagem e atendimento de qualidade deficitária para os usuários. Sendo que esse trabalho é organizado sob o paradigma de reatividade da demanda nos moldes do pós-fordismo, especificamente, sob o fluxo tensionado.

Nessa perspectiva, desenvolvemos essa dissertação sob três dimensões. Na primeira, apreendemos o movimento geral do capital e sua característica contemporânea manifesta na predominância financeira sob o Estado e nos serviços de saúde. Na segunda dimensão, debatemos a caracterização do trabalho em saúde e da enfermagem com a bibliografia. Por fim, expomos a partir dos estudos de caso o regime e o processo de trabalho dos trabalhadores da enfermagem nos hospitais investigados.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar o regime e o processo de trabalho das categorias de enfermagem perante três formas de gestão: administração direta, terceirizada sob gestão de Organizações Sociais de Saúde (OSS) e iniciativa privada no contexto do capitalismo financeirizado e da organização do trabalho pós-fordista.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Apreender o movimento geral do capital e a conversão dos serviços de saúde em área propícia de valorização sob predominância financeira;
- Abordar a expansão dos serviços de saúde no Brasil e compará-la com as características enunciadas pela teoria da relação social de serviços;
- Categorizar a relação entre geral e particular no trabalho em saúde, contestando a posição do trabalho vivo e relacional como dotado de liberdade;
- Identificar as influências tecnológicas no trabalho em enfermagem e suas repercussões sobre o emprego;
- Caracterizar o papel da enfermagem no trabalho coletivo em saúde e discutir sua divisão técnica do trabalho;
- Contestar a interpretação taylorista da racionalização do trabalho em enfermagem, sustentando a leitura do trabalho em enfermagem sob o fluxo tensionado fundamentado na desproporcionalidade entre alta demanda de pacientes e a quantidade incipiente de profissionais;
- Apresentar os resultados sobre o regime e o processo de trabalho da enfermagem nos três hospitais investigados, destacando suas semelhanças e contrastes.

2 METODOLOGIA DE PESQUISA

Trabalhamos sob duas perspectivas para a exposição do objeto desta investigação: o trabalho dos profissionais de enfermagem. Primeiro, na dimensão teórica, relacionamos abordagens próprias da enfermagem, assim como econômicas, sociológicas e da saúde coletiva. Segundo, acerca da construção da pesquisa empírica, sustentamo-nos na observação participante. Observação esta, por nós compreendida, como todo o processo de pesquisa empírica em lócus, trabalho de campo, incluindo, a preparação (primeiro contato, ligações para agendamento, “*e-mails*”, etc.); o momento de interação do pesquisador no espaço investigado e, especificamente, com os entrevistados, inclusive, as “conversas informais” produtivas ao que se refere ao acesso de informações.

Os meios de pesquisa consistiram nas técnicas etnográficas, nas entrevistas semiestruturadas¹⁷ e conversas informais. Utilizamos a abordagem etnográfica sendo que essa não se resume a técnica descritiva, mas como momento de desenvolvimento de interpretação crítica à luz do desenho teórico esboçado. Citamos como referência teórica de pesquisa de Cândido. Segundo as palavras do autor:

Aliás, o interesse pelos casos individuais, pelos detalhes significativos, constitui elemento fundamental neste estudo, elaborado na certeza de que o senso qualitativo é condição de eficiência nas disciplinas sociais, e que a decisão interior do sociólogo, desenvolvida pela meditação e contacto com a realidade viva dos grupos, é tão importante quanto à técnica de manipulação dos dados. Ela lhe permite, com efeito, passar da impressão à hipótese, em muitos casos onde esta não se poderia sequer esboçar segundo critérios estatísticos ou acumulativos (...). O sociólogo, porém, que a pretexto de buscar o geral fareja por toda a parte o humano, no que tem de próprio a cada lugar, em cada momento, não pode satisfazer-se neste nível. Desce então ao pormenor, buscando na sua riqueza e singularidade um corretivo à visão pelas médias; daí o apego ao qualitativo, cujo estudo sistemático foi empreendido sobretudo pelos especialistas em sociedades primitivas (CANDIDO, 2003, p.23-24)

¹⁷ O roteiro de perguntas realizadas consta no Apêndice I.

Destacamos as opiniões dos entrevistados, na medida em que, às vezes, a exposição de casos singulares ilustra e exemplifica a característica geral do processo. Cabe ao pesquisador, criar “um painel” dessas citações e conferir a coerência da sua interpretação teórica¹⁸. Aproveitamos o contato inicial com os trabalhadores entrevistados de forma que nos possibilitou interação sobre eventuais temas que surgiram na pesquisa. Esse contato possibilitou respostas de novas interrogações e a informação de novos fatos do cotidiano.

Durante a investigação, averiguamos a validade das hipóteses e suposições oriundas da dimensão teórica, assim como, o estabelecimento de comparações no campo. Referente à pesquisa documental, atentamo-nos somente às resoluções e leis fundamentais. Como forma de aprofundar as informações e desenvolvimentos teóricos obtidos nos estudos de caso, solicitamos dados estatísticos do COREN-SP¹⁹. Da mesma forma, citamos casos emblemáticos tanto conhecidos pela imprensa quanto desconhecidos de outras unidades hospitalares.

2.1 SOBRE A ETNOGRAFIA: METODOLOGIA DE CASO ESTENDIDO

Estritamente sobre a etnografia, baseamo-nos em Burawoy (2009) em seu método do estudo de caso ampliado²⁰ ou metodologia de caso estendido. Depreendemos do autor, uma sistematização do duplo movimento, de levar à teoria ao campo, ao passo que os aspectos surgidos no contato com o objeto devem ser teorizados.

De acordo com Burawoy (2009), o método de caso ampliado é aplicado pelas disciplinas geografia, sociologia e antropologia em diversos departamentos

¹⁹ O conjunto dos dados providos pelo Conselho está disponível no Anexo I.

²⁰ Essa tradução é apresentada por Braga: “Ao longo de mais de 20 anos, esse professor de sociologia em Berkeley trabalhou como operário em diferentes países, estudando as grandes transformações do mundo do trabalho por meio do “método do estudo de caso ampliado”, isto é, uma tentativa de aplicar a ciência reflexiva à etnografia a fim de extrair o geral do singular, mover-se do “micro” ao “macro” e conectar o presente ao passado em antecipação ao futuro. Trata-se de uma técnica capaz de mostrar que a experiência de trabalhadores em seus locais de trabalho reflete a estrutura social mais geral da sociedade na qual eles se encontram inseridos” (BRAGA, 2010).

acadêmicos do mundo. Consiste na etnografia forjadora de conexões entre aspectos micro e macro através da reconstrução da teoria social e atualmente não é visto como algo tão herético quanto antes. O método enfrenta resistências de um determinado empirismo “ingênuo” defensor de que a melhor postura de pesquisa é demonstrar o mundo supostamente como ele realmente seria, logo, privilegia o campo de pesquisa como se ele por si só revelasse a verdade, algo impossível. Segundo Burawoy (2009), essa perspectiva considera que a teoria social faz tábula rasa da realidade. Para o autor, esse empirismo ingênuo associa-se a um positivismo ingênuo, idealizador do distanciamento imparcial da realidade estudada, dividindo o mundo social em duas esferas, daqueles produtores de conhecimento objetivo e a esfera do real onde não há elementos de conhecimento objetivo. Nessa concepção, os etnógrafos não devem “perturbar” a realidade (BURAWOY, 2009).

O método de caso ampliado fundamenta-se em seis postulados²¹. Primeiro, não é possível ver o mundo social sem teoria, assim como não podemos ver o mundo físico sem os olhos. Todos carregam alguma teoria social consigo, mas nem todos são teóricos dessa realidade. Essa visão de mundo está no curso de nossas vidas e em nossa atividade, inclusive, no papel de pesquisador, logo, não é possível a descrição matemática da realidade. Segundo, não há um muro intransponível entre o mundo que estudamos e os “laboratórios” ou as universidades, somos inerentemente parte do mundo estudado. A principal diferença entre o cientista social dos indivíduos integrantes da realidade abordada é a teoria social adotada pelo primeiro, que permite ver o mundo de forma mais profunda, diferenciando-se do senso comum ou da “teoria popular”, embora, os investigadores estão sujeitos as suas pré-noções e conceitos das influências do senso comum (BURAWOY, 2009).

Terceiro, a teoria social amplia a nossa leitura, porém, a partir da compreensão do contexto podemos criar ilusões se não tivermos uma visão de conjunto. Burawoy (2009) cita como um trabalhador desempregado pode considerar-

²¹ Burawoy afirma ter construído esses postulados durante quarenta anos de observação participante em fábricas e minas em quatro diferentes países: Zâmbia, Estados Unidos, Hungria e Rússia. Sempre focado nos microprocessos no local de trabalho em quatro momentos de grandes transformações sociais: descolonização, transição para o capitalismo organizado, a transição soviética para o socialismo e transição do socialismo para o capitalismo, respectivamente.

se responsável pela sua situação ignorando todos os outros elementos determinantes do mercado, do governo etc. Revelar a conexão entre micro e macro seria desenvolver aquilo denominado por Wright Mills de imaginação sociológica. Quarto, a universidade não é neutra, mas campo de perspectivas teóricas e abordagens metodológicas, sistematizadas em programas que oferecem diferentes formas de interpretação entre as dimensões micro e macro. Quinto, a análise teórica permite compreender o mundo social, mas não como uma confirmação automática da teoria. Sexto, a ciência social e senso comum não são elementos isolados e incomensuráveis um em relação ao outro, considerando que não existe uma barreira intransponível do senso comum para a teoria social, logo, a difícil tarefa de vincular as noções do senso comum mediadas pela teoria em conhecimento objetivo é papel da investigação científica (BURAWOY, 2009). Por exemplo, em nosso estudo de caso, são fundamentais as opiniões dos trabalhadores de enfermagem sobre o mercado de trabalho, processo de trabalho e posições subjetivas diante dos mais diversos temas, pois essas serão “matérias-primas” da análise sociológica.

Burawoy projeta, como possível, a aplicação do método para uma série de diferentes situações e sintetiza a perspectiva do método de caso estendido. Nas palavras do autor tem-se que:

(...) Você poderá perguntar como um simples etnógrafo, trabalhando em uma simples fábrica, pode ilustrar uma grande transformação. Não obstante, definitivamente através da imaginação sociológica, esse exercício poderá parecer um absurdo para muitos adeptos da etnografia convencional.

A resposta se dá a partir da metodologia do caso estendido, definido por suas quatro extensões: a extensão do observador nas vidas dos participantes do estudo, a extensão da observação sobre tempo e espaço; a extensão dos micro-processos para as macro-forças; e finalmente e mais importante, a extensão da teoria. Cada extensão envolve diálogo: entre o participante e o observador, entre os sucessivos eventos de campo, entre o micro e o macro, e entre as sucessivas reconstruções teóricas. Esses diálogos orbitam entre si, cada um no campo gravitacional dos outros. Para fazer sentido dos diálogos dos diferentes casos descritos nesse livro traçamos simples premissas (BURAWOY, 2009, p.15, tradução nossa).

Não pretendemos, em nossa dissertação, abordar períodos de grandes transformações nacionais de forma semelhante ao apresentado por Burawoy. O autor

concentrou-se em momentos históricos de transição e relacionou aspectos micro da realidade do trabalho com as dimensões macro. Todavia, depreendemos do método de caso ampliado, justamente, essa relação micro-macro sob a perspectiva teórica da totalidade social. Desse modo, é nosso propósito analisar a configuração do trabalho de enfermagem em relação ao contexto do capitalismo financeirizado, a organização geral pós-fordista e as características dos serviços de saúde no país.

2.2 OBSERVAÇÕES PRÉVIAS, HOSPITAIS INVESTIGADOS E DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

Apresentaremos – de forma sistematizada – as observações etnográficas dos hospitais visitados com o intuito de identificar quais as características da relação de serviços em saúde e do trabalho das categorias de enfermagem nesses estabelecimentos. A etnografia, ao lado das entrevistas, foi o método de observação participante da pesquisa. Primeiramente, nosso olhar concentrou-se em depreender dos hospitais qual era o tipo de relação de serviço estabelecida e como o trabalho dos profissionais “aparecia” para o usuário. A nossa intenção não é atribuir caráter conclusivo às observações ao ampliar de forma automática as características dos locais estudados para todas as unidades hospitalares com o mesmo tipo de administração. Entretanto, essas indicações podem elucidar a relação geral que interage com as particularidades das distintas realidades.

A pesquisa empírica ocorreu durante o primeiro semestre do ano de 2014. Visitamos os hospitais recortados como estudos de caso para a realização das entrevistas. Escolhemos três unidades hospitalares em dois municípios no oeste da Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), sendo esses de administração pública, de gestão terceirizada por Organizações Sociais e privada. Em todas as unidades, identificamos a gestão por resultados de atendimento da demanda, manifestada pelas avaliações de indicadores de todos os setores por proprietários, secretaria municipal e direção das organizações sociais. E também por meio de instrumentos de acreditação e avaliações de produtividade por empresas especializadas na gestão hospitalar.

Descrevemos as características gerais dos três hospitais que são nossos espaços de investigação. Todos são hospitais gerais, não tem atividade de ensino, e estão nas regiões centrais de suas cidades, além de disporem de atividades ambulatoriais e hospitalares semelhantes (da baixa complexidade ambulatorial, atenção básica, até alta complexidade hospitalar) ²².

O Hospital sob administração direta é o principal da cidade A com 159 leitos. O estabelecimento gerido por Organizações Sociais é o principal da cidade B e conta com 361 leitos. A unidade privada é a segunda maior em porte na cidade A e conta com 137 leitos. Os hospitais municipais atendem à demanda espontânea e referenciada nas modalidades ambulatorial, internação, Serviço Auxiliar de Diagnóstico e Terapia (SADT) e urgência do Sistema Único de Saúde. O hospital privado opera as mesmas modalidades para o atendimento privado avulso e, principalmente, para os conveniados dos planos de saúde. A principal diferença das três unidades é a demanda atendida no Pronto-Socorro, esse setor é mais requisitado na unidade sob administração direta, enquanto no hospital terceirizado, o setor é caracterizado como “*porta fechada*”, pois somente casos encaminhados de outro hospital, esse sob gestão direta na cidade B, são atendidos no hospital para procedimentos especializados.

Nessas unidades auxiliares, técnicos e enfermeiros foram sujeitos de pesquisa. Entrevistamos um profissional graduado e um profissional de nível médio por unidade hospitalar analisada. Desse modo, entrevistamos seis trabalhadores: três enfermeiros e três profissionais de nível médio.

²² O Hospital gerido por Organizações Sociais em sua descrição no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde descreve suas atividades a partir da média complexidade no âmbito ambulatorial. No mais a descrição é idêntica. Observamos que os dados no Cadastro estão desatualizados, o hospital da “Cidade B” consta como administração direta, mas a atual Organização Social já o administra desde maio de 2013 e existe a previsão que outra Organização Social assuma a gestão no segundo semestre de 2014.

Quadro 1: Relação dos Profissionais Entrevistados nos Hospitais Investigados

Unidades	Qualificação	Setor
Hospital Público	Enfermeiro Técnica	Pronto Socorro Pronto Socorro
Hospital Terceirizado	Enfermeira Técnica	Ambulatório Ambulatório
Hospital Privado	Enfermeira Auxiliar	Gerência de Qualidade Pronto Socorro

Fonte: Elaboração própria.

Na reprodução dos trechos das entrevistas ao longo do texto, identificamos o profissional por abreviação correspondente a sua formação e local de trabalho: Enfermeiro do Hospital Público (Enf 1), Profissional de Nível Médio do Hospital Público (Téc/Aux 1); Enfermeira do Hospital Terceirizado (Enf 2), Profissional de Nível Médio do Hospital Terceirizado (Téc/Aux 2); Enfermeira do Hospital Privado (Enf 3), Profissional de Nível Médio do Hospital Privado (Téc/Aux 3). Para além dos profissionais entrevistados, eventualmente, utilizamos citações de outros profissionais nessas unidades não entrevistados formalmente. A respeito do roteiro de entrevista, projetamos abordar a integralidade do trabalho, logo, discutimos aspectos de formação educacional; trajetória e perspectiva profissional; mercado de trabalho; remuneração; qualificação profissional; processo de trabalho; a relação com a tecnologia; aspectos da terceirização; a respeito de conflitos no local de trabalho; mercado interno de trabalho; ação coletiva; perguntas para compreensão da subjetividade envolvida no trabalho e saúde do trabalhador (Apêndice I - Roteiro Semiestruturado de Perguntas Destinado aos Profissionais de Enfermagem). Em nosso caso, construímos um painel comparativo de três hospitais com as formas de gestão distintas, contrastamos suas características e depreendemos o sentido geral do trabalho das categorias de enfermagem.

Para a realização das entrevistas, observamos o grau de liberdade de expressão e a postura dos profissionais, representando aspectos significativos relacionados à autonomia, estabilidade e relação com a chefia nos estabelecimentos. No hospital público, essas ocorreram na sala de descanso localizada no fundo do pronto socorro,

no período noturno. O aspecto visual mantém o aspecto de deterioração externo. Nesse espaço havia antigas cadeiras adaptadas e sofás velhos. Assim como os armários, o televisor disponível é velho, com uma imagem indistinguível. Identificamos afinidades pessoais entre os dois entrevistados e o trânsito, dos demais profissionais no local da entrevista, era corrente. Todavia, os entrevistados não demonstravam desconforto ao emitir suas opiniões sobre os variados temas. O enfermeiro tem vinte e sete anos de experiência na área da enfermagem e a técnica tem sete anos de atividade. Sendo que ambos atuam no Pronto-Socorro.

No hospital gerido por Organização Social, as entrevistas da enfermeira e da auxiliar ocorreram em sala acessível por todos os presentes no plantão, entre os períodos da tarde e da noite. Apesar dessa aparente liberdade, a entrevista de ambas teve preocupação com o volume da voz, em alguns momentos quase “cochicho”, seja por preocupação de desagradar a direção do hospital, seja por causa da descrição de experiências pessoais encaradas como constrangedoras. A enfermeira, responsável pelo ambulatório, atuou em programa preventivo externo do hospital e têm dois anos de experiência, enquanto a técnica também atua no ambulatório e trabalha na área há seis anos.

No hospital privado, as entrevistas aconteceram em locais distintos. A enfermeira, por ser gerente de qualidade, disponibilizou sala própria e a entrevista ocorreu com portas fechadas. O profissional de nível médio solicitou a realização da entrevista fora do espaço hospitalar. A primeira realizou-se no período matutino, no horário de expediente, enquanto a segunda ocorreu no período da tarde, fora do horário de trabalho. A enfermeira ingressou como técnica e trabalha há quatorze anos com enfermagem e, recentemente, atuou como gerente de enfermagem. O auxiliar atua no Pronto-Socorro e tem doze anos de experiência.

2.3 DIMENSÃO ÉTICA DA PESQUISA

Nessa seção, apresentamos questões éticas na coleta de dados e posterior divulgação desses na dissertação. Desse modo, antecipamos que situações, indivíduos e instituições não são expostos. Utilizamos a resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) como um guia norteador dos parâmetros éticos para as situações de pesquisa desde o primeiro contato com o indivíduo entrevistado à divulgação dos resultados de pesquisa. Enquadramos a pesquisa como de risco mínimo, logo, precavemo-nos, principalmente, em relação às dimensões, psíquica, moral, intelectual e social dos envolvidos²³.

Nossa primeira preocupação refere-se a não exposição pessoal dos sujeitos entrevistados com informações coletadas e o não constrangimento no momento das entrevistas. Apresentamos o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido²⁴ (TCLE) em duas vias para a sua devida anuência, não meramente como praxe formal, mas como forma de expressar os objetivos e métodos da pesquisa ao entrevistado claramente. Assim sendo, redobramos a atenção, na temática sobre a ocorrência de erros dos profissionais da enfermagem, afirmando novamente e previamente a pergunta que o entrevistado pode não responder, caso não se sinta confortável.

No texto, não citaremos às cidades envolvidas na pesquisa, porque involuntariamente poderíamos causar constrangimentos aos envolvidos pela fácil identificação dos estabelecimentos por serem singulares nas respectivas cidades. Visitamos os três locais apontados, e, em alguns casos, realizamos as entrevistas externamente nos próprios estabelecimentos, cabendo à escolha – e a disponibilidade – dos próprios entrevistados. Ademais, os arquivos digitais de gravação das entrevistas, serão guardados durante o período de cinco anos. Posteriormente, serão deletados, ressaltando que essas informações servirão somente para fins acadêmicos.

²³ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo trâmite estabelecido pela plataforma Brasil. O parecer consubstanciado do CEP (Comissão de Ética em Pesquisa) consta no Anexo II.

²⁴ O modelo do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido consta no Apêndice II.

3 SUPERCAPITALIZAÇÃO E PREDOMINÂNCIA FINANCEIRA NA RELAÇÃO SOCIAL DE SERVIÇOS EM SAÚDE NO BRASIL

Com o objetivo de entender as transformações sociais e econômicas da contemporaneidade e a realidade dos serviços de saúde no país e, conseqüentemente – os reflexos sobre o trabalho das categorias da enfermagem – apresentamos como o movimento do capital forjou as características das atividades de serviços e do segmento de saúde especificamente. Para isso, utilizamos da formulação sobre o processo de supercapitalização (MANDEL, 1985) e complementamos com a teorização acerca da mundialização do capital e de sua atual predominância financeira (CHESNAIS, 1996; 2010). A discussão econômica serve para o entendimento das raízes do capital investido e de sua relação com determinada política pública em saúde, especificamente, na gestão da força de trabalho e da prestação dos serviços.

Associamos as teorizações sobre a relação de serviços (GADREY, 2001) às particularidades do segmento no Brasil. Retomando a problemática da relação entre público e privado, discutimos o papel do Estado nacional no contexto de financeirização, situação na qual as obrigações da dívida pública são principal meio de subfinanciamento do Sistema Único de Saúde (SUS), assim como, abordamos os mecanismos adjacentes de repasse do fundo público para a iniciativa privada e como operadoras dos planos privados estão submetidas à proeminência financeira, devido à centralidade da rentabilidade das ações bursáteis. Essa realidade representa para os profissionais a intensificação do trabalho e para os clientes a qualidade deficitária dos serviços.

O capítulo está organizado em cinco partes. A primeira aborda a supercapitalização e expansão dos serviços. A segunda desenvolve a área de serviços como novo espaço de valorização do capital. A terceira discute aspectos da relação social de serviços de saúde no Brasil. A quarta analisa o papel do Estado e a financeirização dos serviços de saúde. E por fim, a quinta sistematiza a possível relação entre os ativos financeiros e o mercado privado de saúde.

3.1 SUPERCAPITALIZAÇÃO E EXPANSÃO DOS SERVIÇOS

As bases da atual configuração do capitalismo mundial remetem à crise do regime de acumulação fordista (queda da taxa de lucro, produtividade estagnada e política de aumento do salário real). A partir dos anos 1970, ocorre a retomada de acumulação de dinheiro “ocioso” frente à acumulação efetuada na produção real. Cada vez que os capitais são “rechaçados” da produção porque a taxa de lucro é considerada baixa pelas empresas ou o descarregamento de mercadorias é insuficiente para novos investimentos, aumenta a concentração da massa de capital²⁵. Uma série de autores converge opiniões a respeito do início de um período de crise estrutural na acumulação capitalista (CHESNAIS, 1996; HARVEY, 2010, MANDEL, 1990).

Sinteticamente, entendemos a categoria de crise estrutural na economia política de Marx²⁶, como o acúmulo de uma contradição intrínseca fundamental do modo capitalista de produção: a tendência decrescente da taxa de lucro. Os capitalistas individuais, impulsionados pela dinâmica concorrencial, transformam as bases técnicas de produção através da incorporação tecnológica em busca de diferencial de produtividade sobre os demais. Após o período de acumulação e, conseqüentemente, incremento dos meios de produção ocorre a redução proporcional da força de trabalho. Dito de outro modo, o aumento do capital constante e a diminuição proporcional do capital variável resultam na queda do valor das mercadorias, logo, na taxa decrescente do lucro motivado pela diminuição de extração de mais valia da força de trabalho. Ressaltamos que o decréscimo da taxa de lucro é tendência não linear e mecânica, existem contra-tendências atenuantes, como principais exemplos entre outros, citamos o aumento da exploração da força de trabalho, redução dos salários e cada vez mais a atuação dos Estados nacionais.

²⁵ “As condições da exploração imediata e as de sua realização não são idênticas. As primeiras apenas são limitadas pela força produtiva da sociedade; as outras, pela desproporcionalidade dos diferentes ramos da produção e pela capacidade de consumo da sociedade” (Marx. apud. Mandel, 1990, p. 209).

²⁶ Ver capítulos XIII, XIV, XV de O Capital, livro III (MARX, 1986).

Nos meados da década de 1970, principalmente, a partir dos anos 1980, instala-se um novo regime de acumulação, no qual se torna necessário à apropriação de novos espaços antes não explorados de valorização do capital, novas formas de produção são aplicadas em função do objetivo de aumento da produtividade. A alternativa adotada para retomar os lucros foi a implementação de profundas transformações na racionalização do trabalho, instituindo novas formas de organização incrementada pela incorporação tecnológica. A reestruturação produtiva ou organização pós-fordista sob regime de acumulação flexível alterou significativamente a produção de bens e a atividade econômica de serviços. Consequentemente, para o mercado de trabalho, houve o crescimento do desemprego de longa duração e do trabalho parcial e temporário sem os direitos do período anterior nos países capitalistas centrais. Os novos postos concentraram-se nas atividades de serviços.

Mandel (1985) aponta o processo de supercapitalização como fundamento da hipertrofia dos serviços no capitalismo tardio, visto como, realocação de uma massa de capital sem possibilidade de ser investido e revalorizado no setor produtivo, devido à queda da taxa de lucro. A saída possível para esse capital é viabilizar o lucro médio nas “atividades intermediárias”, entendidas como atividades de serviços. De acordo com Mandel, pode-se dizer que:

Em última instância, todas essas tendências correspondem à característica básica do capitalismo tardio: o fenômeno da supercapitalização, ou capitais excedentes não investidos, acionados pela queda secular da taxa de lucros e acelerando a transição para o capitalismo monopolista. Enquanto o “capital” era relativamente escasso, concentrava-se normalmente na produção direta de mais-valia nos domínios tradicionais da produção de mercadorias. Mas se o capital gradualmente se acumula em quantidades cada vez maiores e uma parcela considerável do capital já não consegue nenhuma valorização, as novas massas de capital penetrarão cada vez mais em áreas não produtivas, no sentido de que não criam mais valia, onde tomarão o lugar do trabalho privado e da pequena empresa de maneira tão inexorável quanto na produção industrial de 100 ou 200 anos antes. (MANDEL, 1985, p.272)

A supercapitalização descrita é acompanhada pelo desenvolvimento constante da divisão social do trabalho inerente ao capitalismo. Sobre a divisão social do trabalho, Mandel, citando Marx, descreve:

Como a produção e a circulação de mercadorias são os pré-requisitos gerais do modo de produção capitalista, a divisão de trabalho na indústria requer que a divisão de trabalho na sociedade em geral já tenha atingido certo grau de desenvolvimento. Ao mesmo tempo, com a diferenciação dos instrumentos de trabalho, as indústrias que produzem esses instrumentos diferenciam-se cada vez mais. Se um sistema manufatureiro se apodera de uma indústria que antes era operada em conjunto com outras, seja como indústria principal, seja como indústria subordinada, e por um só produtor, essas indústrias desligam-se imediatamente e se tornam independentes. Se o sistema manufatureiro apodera-se de um estágio particular da produção de uma mercadoria, os outros estágios da produção de uma mercadoria, os outros estágios de produção transformam-se em outras tantas indústrias dependentes... Este não é o lugar adequado para mostrar como a divisão de trabalho se apodera, não apenas da esfera econômica, mas de todas as esferas da sociedade e lança por toda parte os fundamentos daquele sistema açambarcador de especialização e separação dos homens, daquele desenvolvimento de uma única faculdade humana, às expensas de todas as outras... (MARX, *apud* MANDEL, 1985, p. 265) ²⁷.

Esse progresso ininterrupto da divisão social do trabalho ocorre de forma simultânea à concentração de capital com as respectivas características técnicas e econômicas. O autor assinala:

Sob crescente socialização objetiva do trabalho, mesmo com a produção generalizada de mercadorias, uma divisão cada vez maior do trabalho só pode ser efetivada se as tendências à centralização predominarem sobre as tendências à atomização. No capitalismo, esse processo de centralização tem caráter duplo: é técnico e econômico. Tecnicamente, uma divisão crescente do trabalho só pode combinar-se com uma socialização crescente e objetiva do trabalho por meio de uma ampliação das funções intermediárias: daí a expansão sem precedentes dos setores de comércio,

²⁷ Na edição de “O Capital” (1983) o referido trecho tem a seguinte tradução: “Sendo a produção e circulação de mercadorias o pressuposto geral do modo de produção capitalista, a divisão manufatureira do trabalho exige que a divisão do trabalho tenha amadurecido até certo grau de desenvolvimento no interior da sociedade. Inversamente, a divisão manufatureira do trabalho desenvolve e multiplica por efeito recíproco aquela divisão social do trabalho. Com a diferenciação dos instrumentos de trabalho diferenciam-se cada vez mais os ofícios que produzem esses instrumentos. Se a empresa manufatureira apossa-se de um ofício, que até então era ligado a outros, como atividade principal ou acessória, sendo exercido pelo mesmo produtor, ocorre imediatamente uma separação e autonomização recíproca. Se ela se apossa de uma fase específica de produção de uma mercadoria, então suas diferentes fases de produção transformam-se em diferentes ofícios independentes... Aqui não é o lugar para demonstrar, além disso, como essa divisão se apossa, além da econômica, de todas as outras esferas da sociedade, lançando por toda parte a base para aquele avanço da especialização,(...) de especialidades e um parcelamento do homem (...)” (MARX, 1983, p.278)

transporte e serviços em geral. Economicamente, o processo de centralização só pode manifestar-se por meio de uma centralização crescente do capital, entre outras, sob a forma de uma integração vertical de grandes empresas, firmas multinacionais e conglomerados. (Ibid., p.269)

Mandel refuta supostos corolários da sociedade pós-industrial, constituída pela maior presença das atividades de serviços, pelo contrário, caracteriza o período como de industrialização generalizada, na medida em que características antes industriais do trabalho expandem-se para todos os demais setores. Segundo o autor, tem-se que:

Longe de representar uma “sociedade pós-industrial”, o capitalismo tardio constitui uma industrialização generalizada universal pela primeira vez na história. A mecanização, a padronização, a super-especialização e a fragmentação do trabalho, que no passado determinaram apenas o reino da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, penetram agora todos os setores da vida social. Uma das características do capitalismo tardio é que a agricultura está se tornando gradualmente tão industrializada quanto à própria indústria, a esfera da circulação tanto quanto a esfera da produção, o lazer tanto quanto a organização do trabalho. A industrialização da esfera de reprodução constitui o ápice desse processo (...). **A “lucratividade” das universidades, academias de música e museus começa a ser calculada da mesma forma que a das fábricas de tijolos ou de parafusos** (Ibid., p.271-272, grifo nosso).

Nessa passagem, Mandel considera como ápice do processo de “industrialização” a transposição da dinâmica de trabalho capitalista nos serviços de reprodução social²⁸. Por ora, constatamos que o trabalhador do setor de serviços não guarda características autônomas do profissional liberal especializado oferecedor de seus serviços de forma “autônoma”. A relação capitalista do trabalho assalariado tende a ser geral e é o fundamento da atividade econômica de serviços. Mandel diz:

Na época do capitalismo tardio, o processo de capitalização, e, conseqüentemente, da divisão de trabalho, adquire nova dimensão também nessa esfera de mediação. Aqui também, mais tarde ainda que na agricultura, a mecanização triunfa, promovida sobretudo pela eletrônica e

²⁸ Ressalvamos o termo industrialização, de fato no seu sentido estrito não caberia aos serviços de atividades preponderantemente relacionais, pois não ocorre a mecanização nessas atividades análoga ao sistema produtivo fabril e a subsunção real do trabalhador, porém, o termo industrialização no sentido amplo de açambarcamento de relações sociais capitalistas de trabalho e de consumo dos serviços-mercadorias faz sentido.

cibernética. Os computadores e as máquinas de calcular eletrônicas substituem a enorme quantidade de auxiliares de escrita, escriturários e contadores de bancos e companhias de seguro. As lojas onde as pessoas mesmas se servem e as máquinas automáticas que fornecem chá, café, balas etc., com introdução de moedas, tomam o lugar de vendedores e balconistas. O médico profissional liberal é substituído por uma policlínica especializada com especialistas afiliados ou por médicos empregados pelas grandes companhias; o advogado independente dá lugar ao grande escritório de advocacia ou aos conselheiros legais de bancos, empresas e administração pública. A relação privada entre aquele que vende força de trabalho com qualificações específicas e aquele que gasta rendimentos privados, que ainda predominava no século XIX e foi analisada em detalhe por Marx, converte-se cada vez mais em um serviço capitalista, ao mesmo tempo em que se torna objetivamente socializado. O alfaiate particular é substituído pela indústria de roupa feita; o sapateiro, pela divisão de consertos das grandes lojas de departamento, das fábricas e das lojas de calçados; o cozinheiro pela produção em massa de refeições pré-cozidas, consumidas em restaurantes com autosserviço ou pelo setor industrial especializado; a empregada doméstica ou arrumadeira, pela mecanização de suas funções sob a forma de aspirador de pó, máquina de lavar roupa, de lavar pratos etc.(Ibid., p.270).

O processo de supercapitalização apresentado por Mandel em sua obra “O Capitalismo Tardio” de 1972 é um importante ponto de partida, porém, ressaltamos suas conclusões sobre a relação trabalho produtivo e improdutivo em Marx. De acordo com Singer, a definição de trabalho produtivo em Mandel refere-se à produção de bens tangíveis. Essa interpretação desdobra-se na suposta tendência do capital transformar serviços em bens materiais, essa tendência foi negada após 1970, com a expansão do setor terciário na maioria dos países capitalistas (SINGER, 1985, p.28).

Em nossa opinião, considerar as atividades relacionais como o serviço em saúde como espaço propício para a valorização do capital, é fundamental para compreender a intensificação do trabalho em enfermagem. De acordo com Braverman:

(...) Assim, dizia Adam Smith, “o trabalho de um trabalhador adiciona, em geral, ao valor dos materiais com que trabalha, o valor de sua própria manutenção e o lucro de seu patrão. O trabalho de um empregado doméstico, pelo contrário, nada acrescenta ao valor...Um homem torna-se rico empregando uma multidão de operários: torna-se pobre mantendo uma multidão de empregados domésticos”. E tão cuidadoso era Adam Smith quanto a esta questão que examinou-a quanto ao “serviço” em geral e descobriu que a falha não estava em ser o patrão tolo a ponto de

empregar criados em vez de investir em mais trabalhadores, mas no fato de que a prestação de “serviço” não se concretiza em mercadoria tangível. O esclarecimento desse erro de Smith ocupa muitas páginas de Teorias da mais valia de Marx. O editor moderno de Smith, Edwin Cannan, mais familiar com os empregos vantajosos dos serviços, corrigiu-o, observando que “isto só vale quando os operários são empregados para produzir mercadorias para venda e quando os empregados domésticos destinam-se apenas ao conforto do empregador. Um homem pode empobrecer e isto frequentemente acontece ao empregar pessoas para fazerem “determinados assuntos ou mercadorias vendáveis” para seu próprio consumo, e um hoteleiro pode enriquecer e com frequência enriquece ao empregar servidores domésticos” (BRAVERMAN, 1987, p.307).

Por fim, Mandel refere-se aos diversos exemplos da sociedade de consumo contemporânea, destacando ser previsão do próprio Marx, que projetava a expansão da massa salarial e do mercado consumidor de bens e produtos. O consumo não se resume a produtos de primeira ordem como os alimentos, atividades anteriores socialmente atribuídas à responsabilidade feminina para a reprodução na família tornam-se mercadorias (refeições prontas, lavanderia e outros). A elevação do nível de cultura, de civilização e outros diversos fatores geram novas mercadorias. Em cenário de supercapitalização e de produção em massa, a necessidade de realização da mais valia é central. Em nossa visão, observamos como os serviços expandem-se a partir da sociedade com alto grau de consumo. Consideramos que o postulado geral de Mandel cabe aos serviços relacionais, mesmo o próprio não conferindo centralidade aos serviços como atividades produtivas.

3.2 SERVIÇOS: NOVO ESPAÇO DE VALORIZAÇÃO DO CAPITAL

Em relação à internacionalização dos conglomerados de serviços, segundo Chesnais²⁹, os serviços são uma nova fronteira transposta para a valorização no

²⁹ Consideramos pertinente a avaliação realizada por Marques e Nakatani (2009) no seu artigo “A finança capitalista: a contribuição de François Chesnais para a compreensão do capitalismo contemporâneo”. Os autores diagnosticam a obra “Mundialização do Capital” com foco na esfera produtiva e com o desenvolvimento da obra de Chesnais passa a priorizar mais o movimento de predominância financeira a partir de categorias de Marx. Para nós, essas duas fases da obra de Chesnais complementam-se no trato do setor de serviços de saúde, tanto a fase de aquisição e fusão mundializada quanto do poder das finanças em relação a sociedade e o Estado.

processo de fusão e aquisição de capitais em escala mundial. A inclusão de grandes áreas de serviços no acordo de livre-comércio GATT (General Agreement Tariffs and Trade ou Acordo Geral e Tarifas e Comércio) contribuiu para a valorização do montante de capital ocioso que não encontrava meio de se valorizar na esfera produtiva fabril, de acordo com o autor:

Visto sob o ângulo das necessidades do capital concentrado, o duplo movimento de desregulamentação e de privatização dos serviços públicos constitui uma exigência que as novas tecnologias (a teleinformática, as “infovias”) vieram atender sob medida. Atualmente, é no movimento de transferência, para a esfera mercantil, de atividades que até então eram estritamente regulamentadas ou administradas pelo Estado, que o movimento de mundialização do capital encontra suas maiores oportunidades de investir. A desregulamentação dos serviços financeiros num primeiro tempo; depois, nos anos [19]80, o início da desregulamentação e privatização dos grandes serviços públicos (em particular, os transporte aéreos, as telecomunicações e os grandes meios de comunicação de massas) representam a única “nova fronteira” aberta para o IED [Investimento Externo Direto], sobre a base das atuais relações entre os países e entre as classes sociais (CHESNAIS, 1996, p.186).

Para Chesnais, a expansão dos serviços tem origem na complexificação da produção, na qual os serviços complementarizam a atividade industrial principal, resultado do avanço da divisão do trabalho na indústria. Toda essa relação teria como objetivo principal dos grupos industriais a manutenção do domínio de toda cadeia de valor no comércio e na distribuição. Não obstante, considera a internacionalização dos serviços como algo complementar à indústria e destaca estar em curso, na década de 1990, “a multinacionalização de atividades fortemente relacionais”³⁰. As companhias sustentadas em postura original das multinacionais, no contato direto com o consumidor ou cliente, diagnosticam a clientela real e potencial, selecionam a demanda “para oferecer serviços aparentemente personalizados” que possam maximizar o retorno lucrativo de seus investimentos (Ibid., p.194). Logo, a gestão de informações é central para essa estratégia empresarial. O horizonte para esse tipo de

³⁰ Na introdução da obra, o autor cita alguns serviços sob uma lógica financeirizada: “Dado o volume que o capital monetário representa, as suas prioridades (altas taxas de juros, “inflação zero”) e o seu horizonte temporal (de curto ou curtíssimo prazo) ditam o comportamento das empresas e dos centros de decisão capitalista, com um todo. Suas prioridades refletem-se também no nível e na orientação setorial do investimento produtivo (telecomunicações, mídia, serviços financeiros, setor de saúde privado)” (Ibid., p.16).

empreendimento é dominar amplas fatias do mercado no processo de aquisições e fusões. Segundo o autor:

O estudo [sobre Companhias Transnacionais]³¹ citado do Centro das Nações Unidas sobre Companhias Transnacionais conclui que as opções de investimento das multinacionais de serviços são influenciadas principalmente pelas dimensões do mercado de implantação. Aparentemente, as multinacionais ainda parecem adotar uma estratégia de tipo “multidoméstico”. Seu objetivo consiste em ganhar, em cada país, uma parcela do mercado, perante os rivais oligopolistas locais ou estrangeiros. A “distância cultural” existente entre o país investidor e o país de implantação também afetaria, de forma negativa, a decisão de investir, embora a influência desse fator tenha diminuído do primeiro para o segundo período de observação, o que reflete a homogeneização, tanto das normas de consumo como das condições de investimento de que as companhias se beneficiam, bem como um efeito de aprendizagem de sua parte. (Ibid., p.200)

Chesnais diferencia a internacionalização das multinacionais de serviços do setor produtivo industrial, sendo que essas multinacionais “tem sido particularmente inventivas” utilizando-se de “novas formas de investimentos” para a valorização de seus ativos empresariais (Ibid., p.200). Essas novas formas distinguem-se do investimento direto para modalidades como o *franchising*, parcerias e acordos de parceria. O autor assinala que a forma predominante ainda é o processo de aquisição-fusão de investimentos de implantação direta, mas essa forma tradicional combina-se com as novas modalidades. Essa tendência de fórmulas de cooperação manifesta-se também no controle acionário. Chesnais diz:

Nos outros setores [exceção do transporte aero], o investimento direto retrocedeu para sua forma tradicional (controle de 100% ou maioria), para dar lugar a fórmulas de cooperação internacional que variam em função das características específicas da atividade de serviços, dos mercados envolvidos etc. É o caso, em particular, do setor de hotéis-restaurantes e viagens (franquia, contratos de gestão etc.), da locação de automóveis (acordos de parceria comercial com transportadoras, acordos de franquia), do trabalho temporário (acordo de franquia) ou da consultoria financeira e fiscal (filiação de escritórios de auditoria franceses às redes internacionais dos grandes escritórios anglo-saxões). Essas diversas formas não são mutuamente exclusivas. Elas dependem de estratégias setoriais que decorrem, em parte, das características e resultados das atividades e dos tipos de prestações ligadas a elas, em parte, de avaliações de custo-

³¹ UNCTNC, The Transnationalization of Service Industries, New York, ONU, 1993 (direção de K.P Sauvart)

benefício feitas pelas companhias, em certo estágio de seu desenvolvimento multinacional. (Ibid., p.201-202)

A forma organizativa encontrada pelas multinacionais para conciliar a economia de escala e de variedade a fim de propiciar vantagens concorrenciais é a forma de empresa-rede. Essa característica possibilita a redução de custos comerciais, acesso aos mercados e combina a vantagem de suas características próprias com as vantagens de localização do empreendimento. Para citar um exemplo, para serviços que se utilizam de mão de obra intensiva, uma das principais vantagens é o baixo preço da força de trabalho. Nessa perspectiva, desenha-se uma rede complexa de serviços ou sub-serviços. Chesnais aponta:

A maioria das grandes cadeias de hotéis e de restaurantes funcionam como empresas-rede, utilizando o regime de franquia. A adoção de formas contratuais de relacionamento, mais flexíveis e menos onerosas do que a instalação de filiais controladas majoritariamente, permite às companhias valorizar mundialmente seu *know-how* específico, concentrando esforços na normalização e padronização dos produtos “personalizados” e no controle da “qualidade” associada a sua imagem de marca.

O franqueador entra com suas vantagens específicas (nome e reputação, *know-how*, volume financeiro e porte do grupo), bem como as vantagens ligadas aos aspectos imprevistos da demanda. A gestão centralizada da franquia visa a assegurar, ao menor custo, o controle da qualidade da prestação, graças à codificação, extremamente detalhada e padronizada, tanto dos serviços como dos procedimentos de relatório e controle. As multinacionais deixam que os seus parceiros subalternos, os beneficiários da franquia, suportem o peso de todos os investimentos locais e enfrentem os imprevistos das flutuações da demanda. Elas remetem totalmente aos franqueados tudo o que diz respeito aos numerosos problemas da administração cotidiana da força de trabalho. Longe de estar em contradição com a exploração das vantagens de localização, essa forma permite alcançá-las ao menor custo e com o máximo de lucro. (Ibid., p.203)

3.3 A RELAÇÃO SOCIAL DE SERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL

O propósito dessa seção é aproximar a teorização da relação social de serviços com a realidade do tipo de empresa prestadora e as características dos serviços de saúde no país e o seu tipo de gestão do trabalho. No entanto, vários critérios estabelecidos pelos autores não se aplicam à realidade do segmento no Brasil (ALMEIDA, 2005; GADREY, 2001; ZARIFFIAN, 2001). Provavelmente,

essa “inadequação” deriva-se da origem teórica na realidade de consumo e de cidadania dos países capitalistas centrais. Os serviços contemporâneos distinguem-se da relação industrial anterior pelas seguintes características: diversificação de produtos e serviços; “customização” plena e o princípio da qualidade total. Talvez, o principal aspecto da relação de serviços seja em relação à centralidade do cliente. Essa centralidade é materializada nas ações da empresa que visam o conhecimento de sua atividade (pesquisas de mercado); compreensão de suas necessidades e adequação por parte da empresa (marketing); integração do cliente no processo (a coparticipação imediata na prestação do serviço); e a partir de sua devolutiva, a adaptação da estrutura organizacional (ALMEIDA, 2005; GADREY, 2001; ZARIFFIAN, 2001). Por todos os itens supracitados, segundo uma visão econômica ortodoxa de mercado, “fidelizar” o cliente é vital para a empresa prestadora do serviço no cenário de concorrência.

De acordo com Gadrey (2001), existem três pressupostos explicativos tradicionais para o estabelecimento do paradigma da relação de serviços na atualidade. A partir de estatísticas econômicas na França, o autor observa a confirmação das seguintes “leis” econômicas: 1- a lei de Engel prevê a relação entre renda familiar e tipo de consumo, quando a renda é baixa o consumo terá características básicas tal como, a alimentação; quando a renda é alta, o consumo incluirá outros tipos de bens e serviços. Sua aplicação nos serviços descreve o aumento do consumo desses como “bens” superiores por conta das melhores condições de vida dos países capitalistas centrais; 2- na terceirização da demanda intermediária, a partir da reestruturação da produção, surgem serviços subcontratados, investimentos “imateriais” em marketing, design-projetos etc. A empresa opta por contratar ao invés de realizar determinadas atividades por critérios econômicos e técnicos; 3- “a lei da diferencial de ganhos de produtividade”, o aumento de emprego persiste no setor de serviços, pois nesse não é possível o incremento de produtividade do trabalho pelo capital constante que substitui a força de trabalho como na indústria e na agricultura. Logo, a produtividade nos serviços é menor em relação à indústria e a agricultura, associado aos outros itens, a geração de postos de emprego é proporcional maior.

Gadrey (2001) problematiza os limites explicativos desses pressupostos, na medida em que compreendem as atividades de serviços por tipificação geral sustentada em estatísticas nacionais e ignoram a vasta heterogeneidade dos serviços. Esses são muito distintos em relação à sua função social e em seu desenvolvimento. Outra crítica do autor refere-se à interpretação desses pressupostos concentradamente nos países desenvolvidos. As tendências em outros países podem ocorrer com diferentes graus e com peculiaridades. Concordamos com a posição do autor, a partir de outro construto teórico, diferenciamo-nos da ideia de aplicação de leis econômicas pela interpretação de tendências do processo histórico, sendo assim, existem particularidades como veremos no caso brasileiro e contra tendências na realidade social.

3.3.1 A Realidade do Consumo de Serviços no Brasil

A respeito do primeiro pressuposto, a “aplicação da lei” de Engel nos serviços, a transformação da demanda é pedra fundamental da relação de serviços contemporânea. Esse novo padrão de consumo corresponde ao aumento (em alguns casos, a invenção) das “necessidades”³² ou desejos nos mais diversos segmentos da vida social, cultura, lazer, cuidados de alimentação, saúde, beleza e outros. Essa demanda complexa correlaciona-se com o aumento da qualidade de vida desses países, logo, não é constituída meramente por aspectos econômicos, maior poder aquisitivo, mas centralmente pelas relações sociais. Em nossa opinião, essas relações desenvolvem-se também no contexto de maior “mercadorização” ou mercantilização

³² Sobre essa temática, Cândido observa: “Daí a evolução das sociedades parecer um vasto processo de emergência de necessidades sempre renovadas e multiplicadas, a que correspondem recursos também renovados e multiplicados para satisfazê-las, dando lugar a permanente alteração dos vínculos entre homem e meio natural. Resulta uma solidariedade estreita em que as oposições se obliteram, de tal forma vai o meio se tornando, cada vez mais, reflexo do homem na dimensão do tempo. De fato, o desenvolvimento do tempo como duração social incorpora o espaço à história do grupos e evidencia os diferentes aspectos da solidariedade de ambos. O espaço se incorpora à sociedade por meio de trabalho e da técnica, que os transformam sem cessar e o definem, por assim dizer, a cada etapa da evolução, fazendo com que “o mundo sensível (possa ser concebido) como atividade sensível total e vida dos indivíduos.” (CANDIDO, 2000, p. 29-30)

da vida e dos direitos, por exemplo, alguns serviços hoje comerciáveis, anteriormente eram atividades pautadas pelas relações familiares e comunitárias, por exemplo, cuidado com crianças e enfermos.

Gadrey (2001) propõe se essa análise sustenta-se ou não no Brasil. Para nós, alguns elementos dela existem, porém, de forma incipiente se comparada aos países capitalistas centrais. Segundo economistas do Fundo Monetário Internacional (FMI) houve aumento do consumo de eletrodomésticos no Brasil e, principalmente, diminuição proporcional com gastos alimentícios associados ao seu aumento absoluto entre 1987 e 2003 na renda familiar entre todos os grupos econômicos³³. Outra perspectiva menciona como os programas sociais de transferência de renda alteraram o consumo dos segmentos mais pobres da população³⁴.

Entretanto, pela combinação das condições de vida, direitos sociais e padrão de consumo, a relação de serviços de saúde no Brasil tem características distintas dos países desenvolvidos. Nos últimos anos, a política econômica atuou em lógica pró-consumo com programas de transferência de renda e aquisição de imóveis populares; medidas tais como: o aumento do emprego, do salário mínimo, ampliação do crédito para a população, concessão temporária de isenção de impostos sobre produtos

³³ “(...) De fato, a proporção de gastos com comida em relação à renda familiar caiu em todas as faixas da população naquele período, com quedas mais fortes nas camadas mais baixas. Entre os 10% mais pobres, por exemplo, os gastos com comida eram de quase 45% em 1987 e 1988, e caíram para pouco mais de 25% em 2002 e 2003. Houve uma queda relativa dos preços da comida em relação a outros bens no período, que pode explicar parte da redução dos gastos com alimentação. O trabalho de Carvalho Filho e Chamon desconta este e outros fatores, como a mudança na composição das famílias, ao calcular o quanto a renda teria crescido naquele período. Eles salientam que, apesar da queda na proporção da renda gasta com comida, o gasto familiar com alimentos aumentou no período. Em valores de 1996, o gasto médio mensal com comida saiu de pouco mais R\$ 800 na POF de 1987-1988 para cerca de R\$ 940 na de 2002-2003. O estudo mostra que o avanço no consumo no período foi maior para as famílias mais pobres do que para as mais ricas, com uma redução da desigualdade maior do que se supunha.” (DANTAS, F. RENDA do país cresceu mais diz FMI, O Estado de São Paulo, 25 fevereiro de 2007). Acesso direto: 10/2013.

³⁴ “(...) O presidente da Federação do Comércio do Estado da Bahia (Fecomercio-BA), Carlos Amaral, explica que o crescimento da renda está levando as pessoas a comprar itens antes considerados supérfluos. De acordo com ele, os programas assistenciais do governo são o principal motivo para o comércio no Nordeste ter crescido mais do que a média do País em 2006. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), as vendas no varejo tiveram expansão de 6,2% no País. Em Estados nordestinos, o desempenho foi superior à média. Em Alagoas, por exemplo, a alta foi de 18,7%. Anelisa concorda. “Os programas de transferência de renda são decisivos - basta dizer que 59% dos beneficiários do Bolsa-Família estão no Nordeste.” Amaral pondera, porém, que o crescimento ainda é pontual e se reflete, sobretudo, nas datas comerciais, como Natal.” (DÉCIMO, T. PROGRAMAS sociais fazem Nordeste ter boom de consumo, O Estado de São Paulo, 25 fevereiro de 2007). Acesso direto: 10/2013.

industrializados. Cada vez mais a ideia de que a cidadania mescla-se com o papel de consumo. Nos serviços de saúde entre 2000 e 2013, houve uma expansão do número de usuários de planos privados de saúde de 30,7 milhões para 49 milhões, aumento de aproximadamente de 60% da demanda no Brasil³⁵. A expansão teve aumento considerável nos “novos consumidores” (BAHIA, 2006). Contudo, 45 % da população caracteriza a área da saúde como o principal problema do país³⁶.

3.3.2 Sobre as Características do Emprego no Setor de Serviços

Abordaremos com mais atenção o segundo aspecto de expansão da relação de serviços, a exteriorização, especificamente na análise sobre o processo de trabalho. O terceiro aspecto relacionado ao emprego. A bibliografia apresenta que quanto maior o desenvolvimento do país, mais abrangente e consolidada será a relação de serviços e o número de empregos correlaciona-se com essa tendência. A elevação do nível de vida acompanha o aumento de postos no setor de serviços. A participação dos serviços no emprego total foi de 24% na década de 1950, chegando a 57% em 1996. A progressão dos empregos nesse período correspondeu de 17,5 milhões a 59,8 milhões nesse período (342% de aumento). No conjunto dos países da Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE) a tendência de crescimento do emprego nos serviços confirma-se após a segunda guerra mundial (GADREY, 2001, p.30). Posteriormente, discutiremos as características desses empregos, sobretudo, nos serviços relacionais em que a subqualificação e os baixos salários são características presentes.

Sobre o emprego nos serviços no Brasil, de acordo com Gadrey, não se observa o mesmo crescimento de emprego dos países desenvolvidos, mas algumas tendências são análogas. Entre a década de 1960 e 1980 existe rápido crescimento do setor de saúde e educação, a partir dos anos 1980 existe crescimento menor de

³⁵ Dados da Agência Nacional de Saúde Suplementar.

³⁶ *Folha de São Paulo*, São Paulo, Seminários Folha: Saúde, p.2 29 de Março de 2014.

emprego nas atividades de finanças, seguros e administração pública e também nos setores de transportes e comunicação, e posteriormente nos anos 1990 houve estagnação e relativo declínio do emprego. Gadrey relata que uma possível explicação dessa situação é a ausência de dados sobre o emprego nos serviços públicos. Caso fosse considerado esse emprego, é provável que a progressão se mantivesse. Observamos, por exemplo, que referente aos serviços públicos de saúde, o período de suposta estagnação é o mesmo do processo de institucionalização do Sistema Único de Saúde após a década de 1990, ou seja, as estatísticas não consideraram os milhares de trabalhadores do sistema.

3.3.3 Sobre a Empresa Prestadora de Serviços de Saúde no País

Referente à produção dos serviços, um ponto em comum entre as distintas perspectivas teóricas sobre serviços, trata-se da mudança qualitativa do paradigma industrial para os serviços, especificamente, sobre seu aspecto relacional e a nova forma de organização do processo de trabalho. Na organização fabril, a relação homem-máquina é o fundamento da produtividade. Nos serviços a produtividade é resultado da capacidade própria da organização relacionar-integrar seus setores e agir dinamicamente a partir do contexto. Gadrey (2001) apresenta o modelo das atividades de serviços, composto pelo “triângulo do serviço”: Empresa, Consumidor e Contexto (realidade). Segundo esse autor indica:

[...] uma atividade de serviço é uma operação que visa uma transformação do estado de uma realidade C, possuída ou utilizada por um consumidor B, realizada por um prestador de serviços A pedido de B, com frequência relacionada a ele, não chegando porém à produção de um bem que possa circular economicamente independentemente do suporte C. (Ibid., p.32)

De acordo com Gadrey (2001), a atividade econômica dos serviços no capitalismo divide-se em dois grandes casos: a empresa e a delegação familiar para algum profissional assalariado, por exemplo, a necessidade de cuidado de crianças e idosos; limpeza e outros. Desse modo na dimensão empresarial, coexistem três tipos

de serviço: 1) a empresa (Organização A) oferta capacidade técnica e humana para o cliente ou usuário (Agente econômico B), essa oferta pode ser vendida ou oferecida de forma gratuita para serviços não comerciais; 2) O cliente-usuário dispõe sobre o “direito de uso dessa capacidade e dessas competências por um período determinado” para produzir efeitos úteis sobre si ou sobre algum bem seu, exemplo, serviços de saúde e educação (B) a utilização temporária do cliente sobre um bem da empresa (A), exemplo, aluguel de bens; 3) representações humanas organizadas pela empresa (A) e assistida pelo cliente (B), exemplo, apresentações artísticas. Em nossa opinião, as duas formas (empresarial e delegação familiar) estão presentes no cuidado em saúde, pois não ignoramos a quantidade de cuidadores, tanto formais quanto informais, todavia, para nosso estudo nos concentraremos nas atividades de serviços organizadas por empresa com explícita relação capitalista de trabalho.

A partir da dimensão teórica, interpretamos as empresas de serviços em saúde no país no âmbito da organização da produção e gestão da força de trabalho. Primeiro, as empresas apresentam soluções adaptadas à demanda dos usuários, padronizando sua rotina de serviços para atendimento. Para esclarecimento, a adaptação da empresa à demanda não se confunde com o princípio de qualidade do atendimento. A adaptação é realizada pela gestão de qualquer estabelecimento de saúde ao avaliar a quantidade dos usuários, a complexidade de suas situações e, principalmente, como proceder organizativamente e prestar os serviços. Nos serviços de saúde, a organização oscila a depender da necessidade imposta pela demanda, nessa lógica o tempo do “produto” surge do resultado da relação binomial: exigências da demanda e capacidade da empresa organizar seus setores e oferecer o seu respectivo serviço. Nessa perspectiva, a intensificação do trabalho e a pressão sobre os trabalhadores são presentes.

Os pontos críticos, ou melhor, dissonantes da área de saúde em comparativo com a teoria são principalmente o tipo de “customização” estabelecida e o princípio de qualidade total. Primeiro, identificamos a “customização” seletiva dos “produtos” e a relação desrespeitosa com o cliente-usuário. A estratégia das operadoras resume-se a captação de conveniado majoritariamente em planos de baixa qualidade. A quantidade significativa de reclamações dos conveniados é claro indício da ausência

da centralidade das necessidades do cliente³⁷. Confirmamos essa seletividade na medida em que, após a captação, a reclamação dos planos é algo recorrente. Para a literatura especializada, é característica comum que a empresa prestadora mobilize as experiências passadas de modo a melhorar os seus serviços para os clientes. Uma característica organizativa vital para esse tipo de empresa é a distinção entre *back office* e *front-office*³⁸, de forma mais clara, a interação entre os setores do atendimento e a retaguarda produtora do objeto da empresa sem contato central com o cliente. Em artigo sobre a interação entre os setores retaguarda e atendimento das operadoras de saúde, os autores apontam que os atendentes trabalham na lógica da “arte de dizer não”, em que os profissionais são compelidos pela empresa a negarem constantemente as solicitações do cliente e não repassam para o conjunto da organização os *inputs* do cliente (DIAS-ARAÚJO et al., 2011). Inserida numa dinâmica concorrencial regular, a empresa com tal postura teria dificuldades em manter seus clientes, porque esses poderiam migrar para outros prestadores, mas no caso brasileiro isso não parece ser um elemento de pressão por causa da padronização do serviço ruim.

³⁷ Citamos o relato da diretora de atendimento do PROCON-SP em entrevista: “Selma do Amaral, diretora de atendimento do Procon-SP, diz que o aumento das reclamações mostra que apesar de regras mais rígidas, como a suspensão dos planos pela ANS, o setor continua sendo problemático. “As ações [da agência] ainda não estão refletidas no número de reclamações, que continuam crescendo”, diz. Para ela o mercado tem se adaptado às condições mais rígidas, mas encontra artifícios para burlar as normas.

“Antes os contratos não tinham tantas exigências, havia abusos, como limite de dias de internação. Hoje essas restrições não existem, mas são usadas outras estratégias, como burocracia excessiva na hora de liberar um procedimento. Muitos enfrentam uma via-crúcis.” (SALLOWICKSZ, M. RECLAMAÇÕES contra planos de saúde crescem 31%, Folha de São Paulo, Caderno Cotidiano, 10/01/2014). As informações do aumento de 31% em de reclamação dos usuários é do índice de reclamações compilado pela ANS.

³⁸ “Depois, entendemos que a configuração e as opções de funcionamento das empresas de serviço se objectivam em duas principais categorias de funções, com interconexões e com configurações sectorialmente diferenciadas: as “funções industriais-instrumentais” (de *back office*) que, a montante, asseguram o suporte instrumental; e as “funções de serviço-relacionais” (*front office*) que permitem que se processe, a jusante, a criação/prestação do serviço (Almeida, 2004). Nesta nossa linha de raciocínio, podemos argumentar que a disseminação da lógica de serviço acentua a dimensão relacional na situação de interacção entre os clientes/utilizadores e os prestadores de serviço. É neste sentido que entendemos que a translação para uma dimensão relacional na lógica de serviço tem, justamente, implicações significativas sobre a natureza das actividades de trabalho. Constatada esta transversalidade da lógica de serviço e do primado do cliente nas actividades de trabalho contemporâneas, o carácter sociológico das análises em empresas de serviço pode, pois, desdobrar-se numa multiplicidade de objectos empiricamente diferenciados.” (ALMEIDA, 2005, p.58)

Quadro 2: Comparativo da Teoria da Relação de Serviços e Características dos Serviços de Saúde no Brasil

Teoria	Serviços de Saúde
"Lei de Engel"- Aumento do Consumo de Serviços	Presente com Particularidades (Expansão dos Consumidores dos Planos Privados de Saúde)
Terceirização	Presente
Aumento do Emprego nos Serviços	Presente
Diversificação de Produtos	Presente
Relação Triangular do Serviços : Empresa, Consumidor e Contexto (realidade) (Gadrey, 2001)	Presente: Empresas apresentam soluções adaptadas à demanda dos usuários, padronizando sua rotina de serviços para atendimento
Divisão: empresa ou delegação familiar para profissional assalariado	Presente: Planos e Estabelecimentos Privados/ cuidado de crianças e idosos por delegação familiar
Customização: Centralidade do Consumidor na Prestação dos Serviços	Ausente: Customização seletiva para captação de conveniado
Qualidade Total	Ausente: Relação desrespeitosa com o cliente-usuário na prestação do serviço de qualidade deficitário

Fonte: Elaboração própria. Baseado em Gadrey (2001)

Sobre o princípio da qualidade total nos serviços de saúde é necessário diferenciar a difusão do termo no discurso corporativo e a realidade da prestação de serviços ao cliente. Desse modo, o essencial do princípio da qualidade não tem concretude na realidade dos serviços. No entanto, o discurso da qualidade total é utilizado ideologicamente pelas empresas na gestão do trabalho supostamente

baseado nesse princípio (avaliação individual de desempenho e resultados dos estabelecimentos³⁹).

Para nós vários fatores corroboram para o não desenvolvimento do princípio de qualidade total semelhante aos países centrais. No Brasil, a negação dos direitos sociais da cidadania durante a maior parte do século XX, onde o acesso à política de saúde era garantido pelas “caixas” das categorias profissionais, situação essa associada à desigualdade marcante da sociedade brasileira em que amplas parcelas não tinham acesso aos serviços básicos⁴⁰. O processo histórico-social fundamenta essa configuração na qual, ainda hoje, as necessidades dos serviços de saúde são tão fundamentais que nas perspectivas da empresa essa relação não precisa ser criada, estimulada ou desenvolvida como nos demais serviços. O contexto da qualidade incipiente dos serviços públicos não condizentes com os direitos sociais soma-se à detração midiática e forjam a falsa perspectiva na população que para não usar o serviço público, qualquer plano privado é melhor do que o sistema público⁴¹. A fragilidade da cidadania no país é definidor do porquê o cidadão não é o foco do atendimento. Nos serviços privados, essa relação também se explica no segmento de consumidores com baixo poder aquisitivo. Não ignoramos a presença de planos de saúde com alto padrão de qualidade e preços, mas esses estão longe da média. Dessa forma, o princípio da qualidade total nos serviços tanto públicos quanto privados de saúde atualmente são inimagináveis.

³⁹ Desenvolveremos esses aspectos no capítulo 5- O Regime e o Processo de Trabalho da Enfermagem nos Hospitais Investigados

⁴⁰ Para uma discussão aprofundada a respeito da política de saúde na história do Brasil, ver (SCOREL e TEIXEIRA, 2011; SCOREL, 2011)

⁴¹ Segundo pesquisa de opinião do datafolha: 63% dos entrevistados detentores de planos de saúde consideram a saúde pública ruim ou péssima, enquanto 56% daqueles que não tem convênio tem essa opinião. Outro dado significativo é a posição majoritária de que 47% preferem pagar menos impostos e pagar planos privados, enquanto que 43% preferem pagar mais impostos e utilizar os serviços públicos gratuitos.” (DATAFOLHA aponta doença mais Grave. *Folha de São Paulo*, São Paulo, Seminários Folha: Saúde, p.2, 29 de Março de 2014).

3.4 O PAPEL DO ESTADO E A FINANCEIRIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em nosso entendimento, a supercapitalização e a conversão dos serviços de saúde e do orçamento estatal em áreas de valorização do capital, consequências da crise estrutural do capitalismo, são pressupostos da realidade da relação de serviços de saúde tanto no âmbito público quanto no privado, a partir da distinção das três “indústrias” de saúde: “as empresas de planos e seguros de saúde; a indústria farmacêutica, de vacinas e hemoderivados e a de equipamentos” (BAHIA, 2010a, p.120). Concentraremos-nos na dinâmica da primeira indústria por consideramos protagonista no processo de valorização do capital na área. Logo, o foco é nas operadoras, mas com a noção de que se trata de recorte sobre segmento mais amplo. Essa preponderância explica-se, porque a prestação de serviços das operadoras correspondeu a 5,5% da participação total dos serviços de saúde que correspondem a 8,8% do PIB, logo, 64,8% dos gastos em saúde no período de 2007 a 2009 (IBGE, 2012).

O fundo público entendido como recursos financeiros do Estado oriundo da arrecadação tributária é locus de valorização e de “patrocínio” para o segmento privado. O Estado, ao designar o fundo público como engrenagem do movimento de valorização do capital, cumpre papel oposto ao que foi designado no período conhecido como *Welfare State* nos países de capitalismo avançado, no sentido da garantia de direitos sociais e da política pública visando à igualdade (BERHING, 2010). Por um lado, o orçamento estatal sustenta o rentismo através dos títulos da dívida pública dos juros e de amortização, por outro, o Estado concede incentivos diretos e indiretos para as seguradoras e operadoras de planos de saúde. Historicamente, o Estado no Brasil cumpriu papel fomentador dos serviços privados em saúde. Nas palavras de Donnangelo:

Retomando, em linhas gerais, o processo que se considerou como de privilegiamento ou preservação do produtor privado, é possível sintetizá-lo: consiste na afirmação de um padrão geral e constante de compras de serviços pelo Estado, com o que, embora introduzindo no mercado mecanismos de controle de preços, ele evita assumir papel significativo

como produtor; comporta formas de redefinição da política estatal tendencialmente favoráveis à preservação do setor privado, expressas por variações no padrão de compra de serviços que se estende, desde a compra direta, as novas formas de autonomia do produtor privado na manipulação de meios de produção originalmente sob controle do Estado (DONNANGELO, 1975, p.44)

A caracterização feita por Donnangelo há cerca de 40 anos auxilia-nos na compreensão de como o Estado está sujeito às relações e choques de interesse de classes. O Estado brasileiro proveu serviços motivados pela pressão dos assalariados, simultaneamente, incentivou a presença dos serviços privados atendendo aos interesses desses grupos econômicos e suas classes sociais, possibilitando maior autonomia desses e menor controle por parte do Estado (DONNANGELO, 1975). Esse aspecto é vigente e se desenvolve na incipiência da relação de serviços públicos e na própria constituição das “empresas médicas” ou serviços privados no país. Refletimos a partir da autora, que o Estado não caminha para a estatização total dos serviços e os serviços públicos em sua gênese já contam com o mercado privado de saúde de forma “suplementar”, seja o Estado comprando serviços desse segmento, ausentando-se para abrir espaços de mercado ou claramente incentivando com benefícios o setor. Essa tendência estabelecida, de que a política pública caminha em consonância com o segmento privado, persiste. Segundo Paim *et al.* (2011), os subsídios existem desde o início da década de 1970⁴², logo o advento do SUS não resolve essas contradições, pelo contrário, as incorpora, pois desde a constituição do SUS, a complementaridade do privado passa a ser determinação constitucional.

Esse fomento estatal altera o seu caráter qualitativo de comprador dos serviços privados para financiador e garantidor da iniciativa privada, como porto seguro do Capital, praticamente, criando o mercado e estimulando o setor com recursos financeiros. Consequentemente, o fundo público torna-se meio fundamental para a dinâmica desses grupos privados. Em nossa visão, as contradições da relação entre público e privado se agravam após a década de 1990, na medida em que os

⁴² “Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados; a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais. Os subsídios diretos a empresas privadas para a oferta de assistência médica a seus empregados foram substituídos por descontos no imposto de renda, o que levou à expansão da oferta dos cuidados médicos e à proliferação de planos de saúde privados (...)” (Paim *et al.*, 2011, p.17)

serviços de saúde tornam-se espaço propício de valorização sob a predominância financeira⁴³. O Estado nacional é permeável às diversas pressões “privatistas”, porém, ressaltamos a centralidade do instrumento da dívida pública em relação às formas adjacentes. A relação entre público e privado nos serviços de saúde, hoje passa, necessariamente, pela dominância financeira sobre o Estado e a atividade econômica das empresas. Nesse sentido, exploraremos sob três perspectivas a influência do capital financeiro: 1- Sobre o orçamento através dos títulos da dívida pública, consequentemente, o sub-financiamento e o “desmonte” dos serviços públicos; 2- mecanismos complementares de financiamento do fundo público para o setor privado; 3- A predominância dos ativos financeiros nas seguradoras privadas.

3.4.1 O Capital Portador de Juros e o Sub-financiamento do Sistema Único de Saúde

Indubitavelmente, o principal meio de intervenção da financeirização sobre os serviços de saúde é através do pagamento de juros e amortização da dívida pública. No contexto global de predomínio do capital portador de juros, a valorização dos ativos financeiros pelas classes rentistas e os seus agentes operadores dão a tônica sobre a economia e a sociedade. Esse poder das finanças configura-se como um portador de direitos sobre a produção futura e exerce seu “tácão de ferro” sobre o orçamento do Estado através dos títulos da dívida pública. A respeito dos supostos “direitos” do capital financeiro sobre a riqueza, Chesnais diz:

Como um “Capital” direito permanente de receber fluxos de rendas regulares que vem da partilha dos resultados de uma riqueza em relação à qual não importa saber quem a produziu e como ela foi produzida. (CHESNAIS, 2010, p.98)

⁴³ Para uma discussão sobre a apropriação do capital sob o fundo público, ver polêmica entre Behring e Francisco de Oliveira (MENDES, 2012).

A dívida pública, enquanto capital fictício⁴⁴, é meio de valorização do capital por formas sociais de espoliação ou despossessão, em que a exploração não é diretamente vinculada à produção de mais valia, mas a submissão de parcelas da população a condições sociais e ambientais de pauperismo (HARVEY, 2009). Essa dinâmica ataca fortemente o conjunto dos direitos sociais e os trabalhadores desses segmentos. Os Estados nacionais por correlação de forças e a representação de interesses não se contrapõem frontalmente a essa forma de remuneração, essa situação gera uma “sangria” no orçamento público. De acordo com Chesnais, a partir da década de 1970, com o montante de capital ocioso nos países capitalistas centrais ocorreu a abertura de mercados e de possibilidades de investimento em regiões não exploradas plenamente para as empresas multinacionais e os bancos concederam diversos empréstimos para os países do antigo “terceiro mundo” através das políticas de valorização dos ativos dos bancos denominada “reciclagem”. A dívida contraída entre 1975 e 1979 tinha como parâmetro a indexação ao dólar, com o aumento das taxas de juros americanas e do câmbio do dólar acompanhadas de liberalização dos mercados financeiros. Os valores das dívidas foram multiplicados por três ou quatro. O autor utiliza expressões, tais como: “armadilha da dívida” e “golpe de Estado financeiro” para se referir a esse processo (CHESNAIS, 2010). Desse modo, a dívida

⁴⁴ Entendemos a categoria de capital fictício do seguinte modo, os ativos e os títulos financeiros são uma ficção ao considerar o ciclo do capital produtivo, inclusive, esses valores aparecem de diferentes formas, sendo duplicada ou triplicada, nas palavras de Marx: “Com o desenvolvimento do capital portador de juros e do sistema de crédito, todo capital parece duplicar e às vezes triplicar pelo modo diverso em que o mesmo capital ou simplesmente o mesmo título de dívida aparece, em diferentes mãos, sob diversas formas. A maior parte desse capital monetário é puramente fictícia. Todos os depósitos, excetuado o fundo de reservas, são apenas créditos contra o banqueiro, mas nunca existem em depósito. A medida que servem para operações de compensação, funcionam como capital para os banqueiros, depois de estes os terem emprestado. Eles pagam entre si os direitos recíprocos sobre os depósitos não existentes mediante compensação mútua desses créditos.” (MARX, 1986, p.14). Entretanto, o capital fictício fundamental uma relação social de obrigações de remuneração desse capital, dito sob perspectiva diversa, esse capital tem direito sobre a renda futura seja essa oriunda diretamente da mais-valia do setor produtivo ou dos recursos do Estado, as classes sociais detentoras dessas obrigações submetem o conjunto da sociedade. De acordo com Chesnais: “A originalidade da teoria Marxiana do capital portador de juro se situa, especialmente, na análise que é própria da natureza dos ativos financeiros e do poder social das classes e dos segmentos que delas se beneficiam. Ainda que esses ativos sejam fictícios, podem exercer uma pressão com todo seu peso sobre a sociedade pelo fato de constituir uma ‘acumulação de direitos’, de títulos jurídicos sobre uma produção futura [...]. É sobre esse plano que Marx desenvolve ideias que pouca gente foi capaz de incorporar com herança teórica de sua parte, a saber, os elementos de uma teoria do ‘poder da finança’ entendida como a forma mais fetichizada, mas também a mais feroz, do ‘poder autônomo de valor’”. (CHESNAIS, 2010, p. 148)

tornou-se impagável e uma excelente forma de valorização de um capital “ocioso”, sendo reproduzida de período a período com o pagamento de seus encargos.

Os Estados nacionais foram “coagidos” pelo capital financeiro, estabelecendo uma relação entre credor e devedor. A valorização do capital por meio dos títulos da dívida pública dos Estados é uma forma em que os traços usurários originários do capital de empréstimo reapareceram. Esse pagamento destinado à rentabilidade dos títulos punção o produto econômico dos Estados endividados, aprofundando a subordinação com taxas de juros superiores às taxas de crescimento e de novos empréstimos para assegurar o serviço da dívida. Segundo o autor: “A dívida tornou-se uma formidável alavanca que permitiu impor as políticas de ajustamento estrutural e de encadeamento em muitos processos de desindustrialização.” (Ibid., p.153). Consideramos essas políticas condicionantes do trabalho em saúde, pois foi na seara do ajuste estrutural que se lançou a Reforma do Estado brasileiro, de perspectiva gerencialista, instituindo gestão terceirizada pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS) da forma de trabalho por contrato celetista. Assim como, ficou estabelecida a lei de responsabilidade fiscal (Brasil, 2000) que limita gastos do orçamento com folha de pagamento e inibe a contratação dos servidores públicos no regime estatutário que prevê maior estabilidade. Consequentemente, o dispêndio orçamentário com despesas de serviços de terceiros crescem na forma de repasse para as OSS.

Concretamente, o país gastou com “encargos” da dívida (juros e amortizações) 43,98% do orçamento geral da União no ano de 2012, aproximadamente 753 bilhões. Enquanto o investimento na saúde pública representou 4,17% do Orçamento, aproximadamente 71 bilhões⁴⁵, disparidade de aproximadamente dez vezes mais recursos para o rentismo do que para a saúde de toda população. Evidentemente, se não fosse a apropriação do capital portador de juros (capital financeiro), os recursos orçamentários destinar-se-iam para inúmeras áreas, inclusive, para a área da saúde, podendo até ter uma destinação orçamentária

⁴⁵ Dados publicados por Auditoria Cidadã. Disponível em <<http://www.auditoriacidada.org.br/e-por-direitos-auditoria-da-divida-ja-confira-o-grafico-do-orcamento-de-2012/>> Acessado em: 06 de dezembro de 2013.

de outro patamar. Do ponto de vista social, a contenção orçamentária soma-se às dificuldades de atendimento da demanda provenientes de uma sociedade brutalmente desigual historicamente como a brasileira.

Sobre o financiamento do SUS, no texto constitucional, a destinação orçamentária estaria menos sujeita às marés da arrecadação e isenta das demais despesas do Estado. A seguridade social (saúde, previdência e assistência social) teria seu montante diferenciado do conjunto do orçamento geral da União, e também, agregaria fontes de financiamento de origem distintas. Entretanto, o cenário pós-promulgação constitucional foi marcado por diversos embates. Destaque especial para a Desvinculação de Receitas da União (DRU), (MARQUES e MENDES, 2009, p.11), mais um instrumento de ajuste que visa um escoamento de uma parcela considerável de recursos orçamentários (20%) de sua destinação original. Esse instrumento provocou perdas de recursos para a seguridade social de aproximadamente R\$ 578 bilhões, entre 1995 a 2012 (MENDES e WEILLER, 2013). Esse contingenciamento prossegue complementado por políticas macroeconômicas restritivas, por exemplo, o denominado tripé econômico adotado desde os governos de Fernando Henrique Cardoso (1995-2002) e mantido nos governos Lula da Silva e Dilma Roussef (2003-2014): metas inflacionárias; superávit primário e câmbio flutuante. Todos esses fatores concatenados inviabilizaram o financiamento efetivo da política pública de saúde e juntos correspondem à lógica de valorização do capital financeiro.

3.4.2 Mecanismos Complementares de Financiamento do Fundo Público para o Setor Privado

O instrumento da dívida, acompanhado da política macroeconômica, é central para o sub-financiamento do Sistema Único de Saúde, porém não é o único. Existem mecanismos de repasses diretos ou indiretos do Estado para aplicação nos serviços privados que desvendam a relação histórica entre público e privado, apesar de representarem volumes financeiros menores. Primazia privada demonstrada também

na diferença no investimento. A situação no Brasil é de predomínio dos recursos financeiros privados sobre os públicos, 54% e 46%, em 2011, em que juntos contabilizam percentualmente 8,8% do PIB⁴⁶. Situação essa única, se considerarmos outros países com sistemas universais de saúde⁴⁷.

Entre esses mecanismos, citamos os gastos tributários, especificamente, a renúncia fiscal por parte do Estado, concretizada preponderantemente, no desconto do imposto de renda das pessoas físicas sem definição de teto, ou seja, abatimento para as famílias ao declararem gastos com saúde, do mesmo modo para os empregadores — quando considerada despesa com saúde (médicas, odontológicas e farmacêuticas). Além de desonerações fiscais dos hospitais filantrópicos, indústria de equipamentos e farmacêuticas. Segundo Ocké-Reis, essa política de desoneração é aplicada de forma crescente, esses dados contabilizaram R\$ 7,1 bilhões em 2003 e R\$15,8 bilhões em 2011, equivalente a 22,5% do gasto federal que totalizou cerca de R\$ 70,1 bilhões do referido ano (OCKÉ-REIS, 2013). Ainda para o autor esses incentivos se concretizam em ganhos de faturamento para operadoras de planos, à medida que “(...) pode-se afirmar que a renúncia fiscal associada aos gastos com planos de saúde contribuiu em torno de 10,79% em 2003 e 9,18% em 2011 para o resultado deste faturamento”. (Ibid., p.11)

Além da isenção fiscal para o consumo, a antiga prática de repasse estatal através de compras e contratos estatais se mantém. As unidades privadas proveram

⁴⁶ Dados retirados do Jornal Folha de São Paulo: Suplemento 29/03/2014. Tendência já apontada anteriormente pelo documento Contas Satélites do IBGE em 2009 “Em 2009, a despesa de consumo das famílias com bens e serviços de saúde chegou a R\$ 157,1 bilhões (4,8% do PIB). A despesa da administração pública com esses bens e serviços foi de R\$ 123,6 bilhões (3,8% do PIB). Instituições sem fins de lucro a serviço das famílias gastaram R\$ 2,9 bilhões (0,1% do PIB). Assim, o consumo de bens e serviços de saúde nesse ano representou 8,8% do PIB.

A despesa das famílias com o consumo de bens e serviços de saúde teve um crescimento real de 5,3% em 2008 e de 3,5% em 2009. A despesa do governo com esses bens e serviços cresceu 6,3% e 5,2%, respectivamente” (IBGE, 2012, p.59).

⁴⁷ “O setor da saúde correspondeu em média a 8,5% do Produto Interno Bruto (PIB) no período 2007-2009, sendo que as famílias responderam por mais da metade (56,3%) das despesas com consumo final de bens e serviços de saúde nesse período (CONTA-SATÉLITE..., 2012). O gasto público (43,7% da despesa total) é menor do que a média dos países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico- OCDE (Organisation for Economic Co-Operation and Development OECD), situada em 70%, o que configura um desafio para o Brasil chegar a um sistema de cobertura universal e atendimento integral (PIOLA *et al.*, 2012) e responder às novas demandas geradas pelas mudanças demográficas em curso. A ampliação dos gastos públicos em saúde se mostra um elemento-chave para o financiamento atual e futuro do sistema de saúde brasileiro” (IBGE, 2013, p.220-221).

ao SUS 15,4% dos serviços de saúde das despesas de consumo final da administração pública, representando o montante de aproximadamente R\$ 19 bilhões em 2009, sendo que os serviços próprios da administração pública contabilizam 66,4% de um total de R\$ 123,6 bilhões (IBGE, 2012, p.43).

Outro meio de financiamento do público para o privado trata-se do não ressarcimento dos procedimentos realizados pelo SUS (rede própria ou rede privada subcontratada) aos indivíduos detentores de planos privados. As seguradoras e operadoras da iniciativa privada concentram-se na prestação de serviços de baixa complexidade com maior possibilidade de aferição de lucros, enquanto os procedimentos de alta complexidade e custos são repassados ao SUS. Nesse quesito, existe choque de interesses entre parcela dos proprietários dos hospitais e clínicas privadas e as seguradoras, pois, para os primeiros procedimentos mais complexos, provêm maior ganho empresarial, enquanto para os segundos, sob a perspectiva financeira, a maior complexidade pressiona a taxa de lucro. Essa questão é permeada por polêmicas judiciais⁴⁸ que desembocam em dificuldade técnica de mensuração dos recursos financeiros envolvidos e a estimativa de valores. De acordo com documento do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2013) entre 1998 e 2011 menos de R\$ 220 milhões foram arrecadados, mas segundo estimativa do Tribunal de Contas da União essa arrecadação atingiria mais de R\$ 3,8 bilhões no período de 2003 e 2007 referente a procedimentos de média e alta complexidade (IPEA, 2013, p.100).

⁴⁸ De acordo com documento do IPEA “As polêmicas em torno do ressarcimento não são recentes. Previsto no Artigo 32 da Lei no 9.656/1998, o dispositivo foi logo contestado pelas operadoras de planos e seguros privados de saúde. Também não são poucas as divergências a respeito do real significado do ressarcimento em termos de volume de recursos que aportaria ao SUS.

A legalidade do reembolso ao SUS continua sem julgamento definitivo, uma vez que a liminar de 2003 do Superior Tribunal de Justiça (STJ), que decidiu pela legalidade da cobrança pelo governo, ainda é uma decisão provisória. Tudo indica, no entanto, a manutenção de tal entendimento no julgamento definitivo” (IPEA, 2013, p.99). Para Bahia, a perspectiva da iniciativa privada pode ser sintetizada do seguinte modo: “Assim, os pleitos por parte de empresários do setor de judicialização da não cobrança de impostos, deduções fiscais e não-pagamento do ressarcimento ao SUS são justificados como naturais e legítimos, enquanto aqueles relacionados com as negações de cobertura das empresas de planos e seguros são vistos como graves ameaças ao ‘equilíbrio do sistema’. A ocultação de interesses e a ênfase na construção de uma retórica, que mobiliza a defesa do bem comum, muitas vezes embaralham a detecção das políticas públicas recentes acionadas para apoiar a privatização do sistema de saúde brasileiro” (BAHIA, 2010, p.126).

3.5 OS ATIVOS FINANCEIROS E O MERCADO PRIVADO DE SAÚDE

Considera-se fundamental refletir sobre a articulação entre as estratégias de capitalização a partir dos ativos financeiros e dos empréstimos bancários e a atividade econômica das seguradoras e operadoras no cenário de ampliação do mercado consumidor dos planos privados. O processo de aquisição e fusão das operadoras está em curso resultando em verticalização. No período de 2003 a setembro de 2013, as operadoras privadas reduziram de 1.814 para 1.274, correspondendo a cerca de 30% de redução do número de operadoras de planos privados de saúde no Brasil ⁴⁹. Essa dinâmica é mundializada como apontado por Chesnais (1996). No país, a ampliação do mercado consumidor de serviços de saúde motivou, por exemplo, em 2012, a aquisição por parte da empresa líder de mercado nos Estados Unidos, *United Health*, do grupo empresarial nacional de planos de saúde AMIL - Assistência Médica Internacional⁵⁰. Esse processo foi associado com o aumento do faturamento do setor⁵¹, de acordo com Ocké-Reis no período de 2003 a

⁴⁹ “As regras mais rígidas (ANS) também contribuíram para acelerar um movimento de consolidação do setor. Entre 2003 e setembro do ano passado, o número de operadoras privadas caiu de 1.814 para 1.274” (SETOR privado gasta mais que o Governo. *Folha de São Paulo*, São Paulo, Seminários Folha: Saúde, p.4 29 de Março de 2014). Discordamos da opinião expressa na notícia, o papel de uma suposta regulação maior da Agência Nacional de Saúde não é fator mais preponderante do que o movimento do capital no setor.

⁵⁰ “Após três anos de conversas, a Amil fechou há pouco mais de um mês a venda de 90% do seu capital à United Health. O negócio foi avaliado em R\$ 9,8 bilhões. Trata-se da maior transação já fechada na área da saúde no Brasil e marcou a entrada da gigante americana no mercado brasileiro. Desse montante, cerca de R\$ 6,5 bilhões foram divididos em partes iguais pelo fundador da Amil, Edson Bueno, e sua ex-esposa Dulce Pugliese. Bueno e Dulce, que detinham até então 70% da companhia, ficam com 10% do capital por pelo menos cinco anos.” (UNITED HEALTH prevê expansão acelerada, *Valor Econômico*, São Paulo, 28/11/2012) disponível em: <http://www.valor.com.br/empresas/2920194/unitedhealth-preve-expansao-acelerada#ixzz3A60J81JE> Acesso direto em: 05/2013

A multinacional norte-americana tem como foco essa fatia de mercado dos novos consumidores, oferecendo planos precários para os novos consumidores da saúde privada. De acordo com Scheffer, está em curso no país um processo de “americanização” que seria correspondente a uma mercantilização geral do acesso ao atendimento de saúde e uma insuficiência do atendimento público Entrevista disponível no endereço: <http://www.redebrasilatual.com.br/saude/2012/10/sao-paulo-2013-venda-da-amil-para-especialista-empresa-americana-quer-obter-aqui-os-lucros-que-nao-tem-mais-nos-estados-unidos>. Acesso direto em: 06 de dez. de 2013

⁵¹ Esse aumento do consumo foi acompanhado do crescimento da rentabilidade das seguradoras de saúde conforme notícia: “As seguradoras brasileiras registraram forte crescimento no segmento de saúde no primeiro trimestre deste ano (2011).

A Bradesco Saúde apresentou faturamento de R\$ 1,7 bilhão, com aumento de 54,7% em relação ao mesmo período do ano passado.

2011: “o faturamento do mercado quase dobrou e seu lucro líquido cresceu mais de duas vezes e meia acima da inflação” (OCKÉ-REIS, 2013, p.10). Com a concentração, do ponto de vista da organização dessas empresas ocorre ganhos de escala e a implementação dos modelos gerenciais análogos aos das demais empresas de serviços.

De acordo com Bahia, existem duas estratégias diferenciadas de capitalização dos grupos empresariais a partir de 2000 que não necessariamente representam projetos societários distintos: 1º- processo intenso de fusões e aquisições e abertura de capital de empresas de planos de saúde e laboratórios de análises clínicas⁵²; 2º- O entrelaçamento de empreendimentos, principalmente, a compra de estrutura física hospitalar já existente com bancos de investimento internacionais, sem a ampliação real da oferta⁵³ (Bahia, 2010).

Os prêmios de seguro saúde da SulAmérica somaram R\$ 1,4 bilhão, o que representou um crescimento de 27,4% em 12 meses. As duas companhias atribuem a melhora dos resultados às linhas de seguros para pequenas e médias empresas, que apresentaram crescimento superior a 50% em ambos os casos.

A Porto Seguro Saúde, por sua vez, teve aumento de 25,9% no valor de seus prêmios, que chegaram a R\$ 196,6 milhões no primeiro trimestre de 2011. “ (SEGURO, Folha de São Paulo, Caderno Mercado, p. B2, 19 de Maio de 2011.)

Citamos também a aferição de Bahia sobre o tema: “A propensão à obtenção de bons resultados financeiros parece abranger, inclusive, empresas de planos de saúde bastante diferenciadas quanto ao número de clientes e preços dos contratos. Por exemplo, a Medial Saúde, empresa de medicina de grupo sediada em São Paulo, com cerca de 950 mil clientes, abriu suas ações na Bolsa de Valores no ano passado e faturou em 2006 R\$ 1,13 bilhão, 32% mais do que em 2005. A Lincx, uma empresa que contava com 17,7 mil clientes em 2006, também registrou um aumento de 27,7% em seu faturamento equivalente a R\$ 81 milhões” (BAHIA, 2008, p.1387)

⁵² “A Amil (cujo valor de mercado em janeiro de 2011 era de R\$ 5,8 bilhões) é a empresa que se firmou como líder dos processos mais recentes de reconfiguração do mercado de assistência suplementar. Outras empresas que integram o segmento saúde do setor consumo cíclico da Bovespa são: Dasa (valor de mercado R\$ 4,6 bilhões); Fleury (valor de mercado R\$ 3,3 bilhões); Odontoprev (valor de mercado R\$ 4 bilhões); Tempo Participações (valor de mercado R\$ 700 milhões); Biommm (empresa de Biotecnologia ações na Bovespa em 2002); Cremer (distribuidora e fabricante de produtos médicos hospitalares que lançou ações em 2008). Além dessas organizações a Medial também direcionou suas estratégias para a abertura de ações na Bovespa em 2006. Mas enfrentou problemas e, em 2009, foi comprada pela Amil. (Bovespa, 2011).” (BAHIA, 2011, p.11)

⁵³ “A articulação com bancos de investimentos, especialmente o BTG Pactual, liderado por André Esteves, parece ter se firmado com um dos pilares de dinamização do mercado. Foi essa a estratégia que ao lado da concessão de empréstimos do Internacional Financia Corporation IFC (IFC International Finance Corporation) vinculado ao Banco Mundial permitiu ao Grupo D’Or ampliar rapidamente sua rede de estabelecimentos hospitalares e tornar-se a maior empresa independente de hospitais privados do Brasil. Até 2006 a rede D’Or estava composta por três hospitais (Barra D’Or,

A primeira estratégia de capitalização, a abertura de capital das seguradoras de planos de saúde é aspecto fundamental referente à dinâmica financeira, gerando ações na bolsa de valores. A lógica instalada de captar recursos no “mar de liquidez”, na massa de capital concentrada, reflete a disposição-adequação de remunerar o capital-potencial adquirido, valor a ser investido pelos acionistas. Para esses, a propriedade de ação é um direito sobre parte do lucro das empresas (produção futura). O capital-dinheiro transforma-se em capital produtivo, porém, distintamente de um investimento clássico, o acionista pode vender a qualquer momento a sua propriedade de ações, principalmente, para alocação em outras ações mais rentáveis de todas as outras atividades econômicas existentes. O montante de dinheiro circulante pelas bolsas de valores representa a concentração da propriedade capitalista alheia à concentração na indústria e nos serviços. O significado geral desse processo é descrito por Chesnais:

Necessidade de colocar todos os valores existentes na sociedade como capital a serviço da classe capitalista, isso impele à mobilização do capital e, por isso, a sua estimativa como simples capital portador de juro; a função da Bolsa é tornar possível esta mobilização. (CHESNAIS, 2010, p. 143)

Ressaltamos o aspecto de generalização de concorrência decorrente da lógica financeira e do papel da bolsa de valores em que a empresa independente de sua atividade terá que sobreviver, pois competirá com a taxa de retorno de todos os outros empreendimentos com capital aberto. Logo, os serviços de saúde serão organizados e buscarão a rentabilidade como qualquer outra atividade custe o que custar do ponto de vista humano tanto do ponto de vista do trabalhador quanto do usuário-cliente.

Referente à segunda estratégia de capitalização, adicionamos a política de crédito do Banco Nacional do Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) sob duas perspectivas: a primeira concentra-se no financiamento de equipamentos tecnológicos para a rede física, logo, prioriza a indústria dos equipamentos médicos

Copa D’Or e Quinta D’Or) e 56 unidades de diagnóstico (Lab’s) e localizava-se no Rio de Janeiro.” (BAHIA, 2010)

com o valor global de R\$ 545 milhões⁵⁴ (BNDES, 2013), mas consequentemente, facilita o crédito para o consumo dos hospitais e clínicas adquirentes dos aparelhos. A segunda refere-se às linhas de créditos específicas para o setor de comércio e serviços através do Programa BNDES de Apoio a Instituições de Saúde⁵⁵, incluindo aportes de capital de giro.

De acordo com Bahia (2011), a legislação brasileira proíbe a participação de capital estrangeiro em hospitais brasileiros, mas não impede a participação desse mesmo capital em operadoras de planos de saúde⁵⁶. No entanto, ser proprietário da rede física é elemento relevante, mas não central para o capital investido no segmento privado em saúde. A tendência geral (mas não absoluta) da relação de associação entre as unidades de atendimento e os conglomerados dos planos de saúde pode ser entendida com base em uma leitura atualizada da teoria sobre as finanças de Marx desenvolvida por Chesnais (2010). A partir das categorias capital em geral, identificamos a atuação do capital portador de juros nos serviços de saúde que atua exteriormente à produção ou da prestação dos serviços⁵⁷. Ateremos na distinção entre capital por propriedade e o capital funcional. Nas palavras de Marx:

O capital que porta juro não se opõe, enquanto tal, ao trabalho assalariado, mas ao capital ativo, o capitalista que empresta tem seu negócio diretamente com o capitalista ativo no processo de reprodução e

⁵⁴ Disponível em:

http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Areas_de_Atualizacao/Inovacao/inovasaude.html; http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Sala_de_Imprensa/Noticias/2013/Todas/20131223_inovasaude.html. Acesso direto: 05/2014.

⁵⁵ A mensuração dos recursos financeiros envolvidos nesses empréstimos do BNDES somente é possível após a compilação de todas as empresas de saúde no setor que foram beneficiadas e solicitação de informações por parte do Banco, pois os valores destinados para cada empresa contemplada não são disponíveis no relatório. http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/bndes/bndes_pt/Institucional/Apoio_Financeiro/Programas_e_Fundos/BNDES_Saude/desenvolvimento_institucional.html. Acesso direto: 05/2014.

⁵⁶ “Art. 199. A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - 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.

§ 2º - É vedada a destinação de recursos públicos para auxílios ou subvenções às instituições privadas com fins lucrativos.

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei.” (BRASIL, 1988)

⁵⁷ Para um aprofundamento sobre a relação entre a posição da dominância do capital portador de juros e saúde, ver Mendes (2012, cap. 1)

de nenhuma maneira com trabalho assalariado que se encontra, justamente, despossuído dos meios de produção sobre a base de produção capitalista, o capital portador de juro é o capital propriedade frente ao capital função.

(...)

A exploração do trabalho produtivo custa um esforço, quer o capitalista cumpra ele mesmo ou que outros o façam em seu nome. Contrariamente ao juro, o lucro empresarial apresenta-se a ele [...] mais como a conclusão de suas funções de não possuidor, de trabalhador. Em sua cabeça se formará, necessariamente a ideia de que seu lucro empresarial- longe de opor ao trabalho assalariado e de ser somente trabalho de outro não pago- identifica-se muito mais como remuneração de trabalho ou de supervisão. (MARX *apud* Chesnais, 2010, p.116-117, grifo nosso).

O primeiro representa a massa de capital localizador do ganho sem correr os riscos da atividade produtiva. Desde 1980, o capital eminentemente financeiro constituiu-se com um tipo de valorização específico, em que dinheiro se transforma em mais dinheiro “aparentemente de forma autônoma” (D-D’). Nos serviços de saúde, as operadoras de saúde atuam como o capital propriedade, não realizam necessariamente o atendimento ou procedimento clínico. A função de oferecer serviços de saúde cabe aos estabelecimentos associados, remunerados pelos conglomerados de acordo com sua produtividade/capacidade de atendimento. O ganho empresarial desse capital é limitado porque desde o início do empreendimento existe a subordinação à rentabilidade dos acionistas, ou seja, ao capital financeiro, nenhum empresário do ramo poderia oferecer serviços sem a associação com os planos de saúde.

Essa relação não é simplesmente subordinada dos estabelecimentos privados, em que pese o ganho empresarial estrangido. Esses estabelecimentos expandem-se no mesmo ritmo de expansão do consumo das famílias dos serviços privados de saúde e competem entre si para serem unidades credenciadas e conveniadas. Chamamos à atenção para um aspecto fundamental da expansão da rede de serviços privados em saúde, por mais que seja correta a identificação do aumento do mercado consumidor. A nosso ver, o elemento sustentador dessa expansão é o preço baixo da força de trabalho, por ser um setor de trabalho intensivo, sustenta fundamentalmente tanto os ganhos empresariais, quanto a rentabilidade do capital financeiro.

A partir da abordagem sobre o movimento do capital nos serviços de saúde, consequentemente, o contingenciamento de recursos por parte do Estado e o constrangimento do ganho empresarial, particularmente, a subordinação dos estabelecimentos prestadores, apontamos os aspectos gerais que pressionam a dinâmica laboral dos profissionais. A seguir, concentrar-nos-emos na análise do trabalho em saúde, especificamente, no processo de trabalho das categorias de enfermagem. Em síntese, abordaremos a partir das características fundamentais desse tipo de trabalho, como ocorre sua racionalização no capitalismo contemporâneo.

4 CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE E DA ENFERMAGEM

Nesse capítulo, desenvolvemos as características do trabalho coletivo em saúde, especialmente, em relação às categorias da enfermagem. Nessa perspectiva, o subdividimos em duas partes: a primeira focada no processo coletivo em saúde e a segunda localizada estritamente nas categorias de enfermagem. Sendo assim, primeiramente, discutimos a composição multiprofissional desse trabalho e sua função social, a constituição histórica do hospital na contemporaneidade como espaço laboral e abordamos a relação social geral e o particular no trabalho em saúde, criticando as posições da obra “*Cartografia do Trabalho Vivo*” (MERHY, 2007). Por fim, problematizamos o uso do termo tecnologia na bibliografia que versa sobre trabalho em saúde.

Na segunda parte, abordamos o objeto dessa investigação, o trabalho em enfermagem na atualidade, especificamente, o vínculo estabelecido de sua racionalização com as transformações sociais do mundo do trabalho no capitalismo contemporâneo. Contestaremos a interpretação do processo de trabalho em enfermagem pela racionalização taylorista e propomos a interpretação dessa atividade nos moldes do pós-fordismo, particularmente no modelo teórico do fluxo tensionado (DURAND, 2003). Assim como, discutimos o papel da tecnologia no ato do cuidado, contrastando o seu papel em relação às outras atividades laborais.

4.1 O TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE

Nosso percurso de abordagem do trabalho em enfermagem inicia-se na definição de quais são as atividades classificadas como trabalho em saúde e das atividades de apoio. Posteriormente, discutiremos a divisão e as características do trabalho coletivo dos profissionais da área. Desse modo, contribuimos para preencher

essa “lacuna” ou “vazio” na bibliografia que versa sobre o trabalho nos serviços de saúde e, especificamente, sobre as atividades de enfermagem.

Merhy expõe a ausência de produções teóricas que relacionam as particularidades do trabalho em saúde⁵⁸ ao plano geral (MERHY, 2007). Entretanto, menciona excepcionalmente a obra “*Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*” de Denise Pires. Pires considera:

Apesar das especificidades do processo de trabalho em saúde e da sua importância para a vida em sociedade, a teorização sobre o “trabalho em saúde” é relativamente pequena. As pesquisas no campo da saúde têm sido intensas, predominando as relacionadas à investigação da etiologia das doenças e da assistência aos problemas de saúde-doença, além de existir uma consistente produção teórica no campo da saúde coletiva. No Brasil, a partir dos anos [19]70, encontra-se um maior volume de estudos e pesquisas críticas sobre o trabalho em saúde, mas muitos poucos relacionam trabalho e reestruturação produtiva. No entanto, as mudanças no trabalho industrial e nos serviços de saúde estão influenciando o setor saúde, destacando-se o uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta e a terceirização (PIRES, 2007, p.19).

Distintamente de parte da bibliografia em saúde coletiva, para nós existem limites na consideração genérica sobre o “processo de trabalho em saúde” ou de seus trabalhadores de forma unitária (MERHY, 2007; CAMPOS, 1998). Ressalvamos esse aspecto porque não há processo de trabalho uniforme no segmento de saúde, pois o trabalho coletivo em saúde é composto por diversas ocupações e categorias com processos de trabalhos específicos. Tratamos com zelo a caracterização da atividade das categorias da enfermagem, principalmente, para não generalizá-la como trabalho em saúde. Nos momentos que nos referimos ao trabalho em saúde é porque entendemos que cabe a esse processo coletivo referente a todos os trabalhadores e categorias da saúde e não somente aos específicos da enfermagem.

A composição multiprofissional ou o “*trabalhador coletivo*” (MARX, 1983) em saúde varia de acordo com o perfil da instituição (hospital, unidade básica de saúde, ambulatorial, clínica centrada em consultas, visitas descentralizadas e outras)

⁵⁸ Nas palavras do autor: “ (...) Entretanto, não há quase nenhum trabalho nessa temática específica para o setor de saúde, que conta com o estudo de Denise Pires, realizado em 1996, como uma das exceções a regra.” (MERHY, 2007, p.22).

e no grau de complexidade dos seus setores, mas de forma ampla, é composto por médicos, categorias de enfermagem, fisioterapeutas, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e outros. A respeito das atividades de apoio que compõem os serviços de saúde, exemplificamos como funções de apoio: administração, manutenção, recepção, assistência social, cozinha, limpeza etc. Por trabalhador da saúde, entendemos o sujeito trabalhador no espaço relacional com o usuário-paciente e tem esse como seu objeto de trabalho sob diferentes perspectivas⁵⁹.

Os termos trabalho coletivo ou trabalhador coletivo podem comportar ideias bem diferentes, baseamo-nos na categoria cooperação para a definição do processo de trabalho coletivo em saúde. O fundamento da cooperação é o trabalho conjunto dos sujeitos de forma organizada. De acordo com Marx, seu sentido surge antes mesmo de qualquer mudança significativa no modo de trabalhar, porque a atuação de um número relativamente alto de trabalhadores no mesmo espaço, utilizando os mesmos meios de trabalho de forma comum para a produção de determinada mercadoria é “uma revolução nas condições objetivas do processo de trabalho” (MARX, 1983, p 257). Em síntese a cooperação é a reunião das capacidades individuais potencializadas pelo encontro com outras, forjando uma capacidade coletiva superior. Posteriormente, o desenvolvimento da cooperação desembocará em outros modos de produzir com características associativas entre os trabalhos individuais. Desse modo, essa categoria cabe perfeitamente para a compreensão do processo coletivo do trabalho em saúde. Nas palavras de Marx:

A forma de trabalho em que muitos trabalham planejadamente lado a lado e conjuntamente, no mesmo processo de produção ou em processos de produção diferentes, mas conexos, chama-se cooperação.

Do mesmo modo que a força de ataque de um esquadrão de cavalaria ou a força de resistência de um regimento de infantaria difere essencialmente da soma das forças de ataque e resistência desenvolvidas individualmente

⁵⁹ Ao classificar estritamente os tipos de trabalho, como trabalhador em saúde e trabalhador de outras atividades de apoio, estamos sujeitos aos erros generalizadores, essas definições são mais apropriadas na análise das instituições especificamente. Utilizamos essa distinção como auxílio de compreensão do trabalho coletivo em saúde e localização da enfermagem nessa cooperação. Por exemplo, não se duvida da importância dos profissionais recepcionistas nos serviços de saúde, no entanto, essa atividade relacional não tem o mesmo objeto do trabalho em saúde.

por cada cavaleiro e infante, a soma mecânica das forças de trabalhadores individuais difere da potência social de forças que se desenvolve quando muitas mãos agem simultaneamente na mesma operação indivisa, por exemplo, quando se trata de levantar uma carga, fazer girar uma manivela ou remover um obstáculo. O efeito do trabalho combinado não poderia neste caso ser produzido ao todo pelo trabalho individual ou apenas em períodos de tempo muito mais longos ou somente em ínfima escala. Não se trata aqui apenas do aumento da força produtiva individual por meio da cooperação, mas da criação de uma força produtiva que tem de ser, em si e para si, uma força de massas.

Abstraindo da nova potência de forças que decorre da fusão de muitas forças numa força global, o mero contato social provoca, na maioria dos trabalhos produtivos, emulação e excitação particular dos espíritos vitais (animal spirits) que elevam a capacidade individual de rendimento das pessoas, de forma que 1 dúzia de pessoas juntas, numa jornada simultânea de 144 horas, proporciona um produto global muito maior do que 12 trabalhadores isolados, cada um dos quais trabalha 12 horas, ou do que 1 trabalhador que trabalhe 12 dias consecutivos. Isso resulta do fato de que o homem é, por natureza, se não um animal político, como acha Aristóteles, em todo caso um animal social. (MARX, 1983, p. 259-260)

Diferenciamos a cooperação do trabalho em saúde com a cooperação observada no trabalho industrial, pois historicamente no capitalismo a cooperação entre trabalhadores ganha importância considerável com advento das Revoluções Industriais (Séculos XVIII e XIX) instituindo a manufatura e posteriormente a indústria moderna em que os trabalhadores “compartilham” os meios de trabalho (máquinas e infraestrutura) que não devem ficar ociosos e, portanto são mais bem aproveitados. A economia dos meios de produção se dá pelo consumo coletivo no processo de trabalho. Destacamos que a relação com a tecnologia é distinta nos serviços de saúde. Porém, mantém-se o fundamento da produtividade do conjunto de trabalhadores sendo maior do que a soma de suas produtividades individuais isoladas. Novamente, o todo supera a soma das partes, mas da mesma forma que atividade industrial, nos serviços de saúde a cooperação como capacidade de organização do trabalho realizada pela humanidade em prol da coletividade é absorvida pelo capitalismo para intensificar o processo de valorização e reprodução do capital.

A segunda acepção de trabalhador coletivo ou trabalho coletivo em saúde (QUEIROZ E SALUM, 1996) refere-se a uma proposição política superadora do corporativismo que pretende uma reorientação da prática dos trabalhadores da enfermagem para uma perspectiva vinculada ao projeto de saúde social mais amplo e

progressivo. Interpretamos essa perspectiva como defensora do trabalhador como sujeito crítico com o entendimento da integralidade do processo de trabalho em saúde. Em nossa opinião, trata-se de uma posição com caráter emancipatório. Entretanto, diferenciamos o sentido de cooperação do trabalho no modo de produção capitalista (onde a reunião dos trabalhadores parciais produzem mercadorias e está submetida à exploração) de um projeto político emancipador de reconstituição do caráter integral do trabalho, em outros termos, que defende a extinção do trabalho estranhado em saúde (Marx, 2010). Em síntese, essa nova prática seria composta por um conjunto de trabalhadores cooperativos superadores da especialização profissional com prática interdisciplinar em uma lógica democrática permeada por novas relações. Nessa configuração, a prática de saúde se subordinaria somente a sua finalidade de prestar assistência aos usuários. Sendo assim, o ato de cuidar dos trabalhadores da enfermagem interagiria com o projeto único de saúde coletiva na construção comum com outras categorias na constituição do novo sujeito: trabalhador social e coletivo. Em que pese nosso acordo com a perspectiva política proposta, criticamos que essa acepção de trabalhador coletivo é ancorada na categoria do trabalho concreto produtor dos valores de uso dos serviços de saúde. Em nossa opinião, essas relações sociais originárias do trabalho são possíveis somente em outra realidade social de ordem não capitalista, pois no capitalismo, a lógica da valorização do capital pressupõe o predomínio do valor de troca na forma mercadoria sobre o valor de uso correspondente às necessidades humanas, assim como, do trabalho abstrato sobre trabalhos concretos⁶⁰ (MARX, 1983).

Dentro da cooperação do trabalho em saúde, os sujeitos envolvidos diferenciam-se por nível de complexidade do trabalho e formação, grau de autonomia, poder de decisão, remuneração, intensidade do trabalho e *status* profissional. Mesmo integrando de forma cooperativa a produção dos serviços de saúde, esses profissionais têm processos de trabalho específicos radicalmente distintos. Nesse sentido, o fato de existir um processo coletivo de trabalho não implica que exista ausência de assimetria de poder e controle equânime sobre o

⁶⁰ Abordaremos com maior profundidade a relação entre as categorias trabalho concreto e trabalho - abstrato no tópico 4.1.2.1 Considerações Críticas à Singularidade-Liberdade do Processo de Trabalho em Saúde.

trabalho entre as categorias profissionais e os sujeitos. Exemplificamos de forma contrastada a seguinte disparidade: o médico cirurgião e o auxiliar de enfermagem, ambos tem contato com o paciente e trabalho relacional, mas a semelhança resume-se a isso. A maioria das outras características mencionadas anteriormente contrasta incisivamente, inclusive, é possível refletir quanto o trabalho do médico como profissional especializado não se assemelha mais a outros profissionais especializados de distintos ramos do que o auxiliar de enfermagem no mesmo segmento.

De acordo com Pires, o ofício do médico tem prerrogativa de centralidade no trabalho coletivo em saúde. A autora diz:

O médico é o elemento central do processo assistencial. Decide sobre o diagnóstico; sobre os exames complementares; sobre a terapêutica e sobre o uso, ou não, de vários dos equipamentos de tecnologia de ponta, que funcionam para auxiliar na manutenção das funções vitais, ou para controlar a evolução do estado clínico do paciente. Decide também, sobre a internação e alta hospitalar. Detém o controle do processo assistencial em saúde e trabalha (seja no trabalho assalariado, seja no trabalho autônomo) com relativa autonomia, em relação às regras institucionais. Decide sobre o seu ritmo de trabalho, avalia o resultado e, na modalidade autônoma, decide sobre o preço de seu trabalho. Delega partes do trabalho assistencial a outros profissionais de saúde que desenvolvem o seu trabalho com relativa autonomia do trabalho médico. Apesar disso, dependem do trabalho médico para que o seu trabalho se realize. Esses profissionais de saúde controlam o seu processo de trabalho específico, que integra o trabalho assistencial global. E a maioria delega atividades parcelares, de cunho manual, a outros trabalhadores de nível médio ou elementar. Assistência é fragmentada, resultante de um trabalho parcelado e compartimentalizado, ao mesmo tempo em que mantém algumas características do trabalho tipo artesanal. (PIRES, 2007, p.237)⁶¹

Temos acordo com Pires em relação à identificação da centralidade do trabalho médico no processo coletivo em saúde, contudo problematizamos as considerações sobre a decisão própria sobre seu ritmo de trabalho e o preço de sua força de trabalho na forma autônoma. Acerca da divisão técnica e social do trabalho em saúde, Pires apresenta a seguinte posição:

⁶¹ Outro aspecto que discutirmos adiante, especificamente na enfermagem, é a relação entre trabalhadores com formação superior e trabalhador de nível médio, em nossa opinião, a divisão entre gerência e trabalho manual não é tão nítida na dinâmica desse setor.

Neste sentido, a divisão de atividades entre os diferentes profissionais de saúde assemelha-se à ‘[divisão social do trabalho](#)’ (ver o verbete [Divisão Social do Trabalho](#)), por envolver ações assistenciais realizadas por grupos de trabalhadores especializados, ou seja, que dominam os conhecimentos e técnicas especiais, para assistir indivíduos ou grupos populacionais com problemas de saúde ou com risco de adoecer, desenvolvendo atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo, de cuidado, de conforto ou com o objetivo de reabilitação, quando os indivíduos ou grupos sociais não podem fazer por si mesmos ou sem essa ajuda profissional. O ‘trabalho coletivo em saúde’ aproxima-se da ‘[divisão técnica do trabalho](#)’ quando os participantes da equipe de saúde distanciam-se do entendimento do seu objeto de trabalho, têm menor domínio sobre o seu processo de trabalho de modo que têm menos instrumental tanto para intervir na concepção do trabalho quanto para intervir criativamente no agir cotidiano. Assim, distanciam-se do entendimento da finalidade do seu trabalho e ficam mais submetidos às decisões gerenciais. Quanto maior o controle sobre o processo de trabalho mais próximo da divisão social do trabalho; e quanto menor o domínio sobre o processo de trabalho maior aproximação com a divisão técnica ou parcelar do trabalho (PIRES, 2009, p.01) ⁶².

Distintamente de Pires (2009), compreendemos que o controle do trabalhador sobre o processo de trabalho não é característico da divisão social do trabalho. De acordo com Marx, a divisão social do trabalho se estabelece no intercâmbio social de mercadorias, cada segmento socioeconômico produz para atender a determinada necessidade (valor de uso) e intercambia (valor de troca) na sociedade capitalista. A divisão social é um processo de especialização do trabalho e de complexificação da totalidade social. A divisão técnica não é idêntica à divisão social, mas a essa se complementa. De acordo com Marx:

(...) A divisão do trabalho no interior da sociedade é mediada pela compra e venda dos produtos de diferentes ramos de trabalho, a conexão dos trabalhos parciais na manufatura pela venda de diferentes forças de trabalho ao mesmo capitalista, que as emprega como força de trabalho combinada. A divisão manufatureira do trabalho pressupõe concentração dos meios de produção nas mãos de um capitalista, a divisão social do trabalho, fracionamento dos meios de produção entre muitos produtores de mercadorias independentes entre si. Enquanto na manufatura a lei de bronze da proporcionalidade submete determinadas quantidades de trabalhadores a determinadas funções, na sociedade, o variado jogo do acaso e do arbítrio determina a distribuição dos produtores de mercadorias e de seus meios de produção entre os diferentes ramos sociais de trabalho. As diferentes esferas de produção procuram, em verdade, constantemente, pôr-se em equilíbrio, de um lado, ao dever

⁶² Texto retirado do verbete “Divisão Técnica do Trabalho” do Dicionário da Educação Profissional em Saúde no sítio: “<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divtectrasau.html>”

produzir cada produtor de mercadorias um valor de uso, portanto satisfazer uma necessidade social particular, mas a extensão dessas necessidades é quantitativamente diferente e um vínculo interno concatena as diferentes massas de necessidades num sistema naturalmente desenvolvido; por outro lado a lei do valor das mercadorias determina quanto de todo tempo de trabalho disponível a sociedade pode despendar para produzir cada espécie particular de mercadoria. Todavia essa constante tendência das diferentes esferas de produção de se colocar em equilíbrio atua apenas como reação contra a contínua eliminação desse equilíbrio. A regra que se segue *a priori* e planejadamente na divisão do trabalho dentro da oficina atua na divisão do trabalho no interior da sociedade apenas *a posteriori*, como necessidade natural, interna, muda, perceptível nas flutuações barométricas dos preços do mercado subjugando o desregrado arbítrio dos produtores de mercadorias (...) (MARX, 1985, p.279).

Destacamos a característica central da divisão social do trabalho, produtores de mercadorias as intercambiam conforme as regras de mercado, ampliando esse entendimento para os trabalhadores – “vendedores” de sua própria força de trabalho, o trabalhador realiza esse intercâmbio não necessariamente controla o processo de trabalho do qual participa, sua posição poderá ser mais favorecida ou depreciada a depender de sua qualificação. Em nossa visão, a divisão técnica e social é essencialmente distinta da apresentada por Pires (2009), mas representam o mesmo processo sob perspectiva diferente, ou seja, o trabalhador submetido ao controle do processo de trabalho no local do trabalho pelo capitalista ou organização assemelhada é o mesmo sujeito que “negocia” sua força de trabalho na sociedade. De forma mais clara, interpretamos as dimensões técnica e social do trabalho: a primeira refere-se ao próprio ato do trabalho; a segunda é a relação do trabalho e do trabalhador na sociedade.

Essa discussão é relevante como pressuposto teórico da divisão das categorias de enfermagem, porque seus trabalhadores estão sob a lógica da racionalização no local trabalho e inseridos na divisão social do trabalho. Geralmente, os profissionais graduados têm melhor qualificação e tendem às melhores condições salariais do que os profissionais de nível médio, assim como, a pressão de intensificação os atingem com gradações distintas⁶³. Por fim, esses profissionais representam grupos distintos

⁶³ Sobre qualificação, Harvey desenvolve: “ (...) Devemos reconhecer que, em toda reorganização do processo de trabalho, pode ocorrer um duplo movimento de desqualificação em massa usualmente acompanhada da requalificação de um grupo muito menor (por exemplo, engenheiros de linha de

de trabalhadores socialmente, em uma relação entre posição no processo de trabalho e posição social.

Os serviços de saúde correspondem a uma posição fundamental na reprodução na sociedade capitalista, como o sistema iria produzir mercadorias e extrair mais valia, sem trabalhadores aptos e saudáveis suficientemente para serem produtivos⁶⁴? Quando consideramos a dimensão privada do serviço em saúde, além do papel central descrito anteriormente, soma-se a função de empresa privada que oferece serviços em troca de lucratividade. Aqui temos um duplo papel: reprodução social (recomposição da força de trabalho) e lucratividade por atividade econômica, assim como, qualquer outro serviço (educação, telemarketing, comércio). Os serviços de saúde são essenciais para a vida. O entendimento desse setor inserido na lógica comum dos outros serviços, não é mera constatação empírica óbvia, deve-se refletir sobre suas implicações na produção do cuidado. A sociedade exige do setor proporcionalmente à importância da qualidade e da vida, ao passo que o capital privado e o Estado implementam a racionalização e o incremento de produtividade. A combinação dos fatores gera uma pressão permanente sobre os trabalhadores.

4.1.1 A Constituição Contemporânea do Hospital

Concentramo-nos no espaço do hospital como lócus privilegiado para compreensão da racionalização e da dinâmica do trabalho em enfermagem, embora a atuação desses profissionais seja muito mais ampla do que a atuação hospitalar. O hospital em sua estrutura e modo de funcionamento guarda semelhança com outros estabelecimentos produtores de bens e serviços múltiplos. Primeiramente, congrega

produção). Esses segmentos da classe trabalhadora são normalmente fortalecidos e privilegiados em relação aos outros segmentos do trabalho” (HARVEY, 2013, p.179)

⁶⁴ Se por um lado, as atividades de serviços vinculados ao consumo, criam ou assimilam a demanda, a circulação realiza a mais valia extraída na produção, o trabalho em saúde habilita o trabalhador para que exista trabalho e, portanto, criação de valor. As atividades vistas como improdutivas cumprem funções centrais na reprodução social sob os ditames do capital, provavelmente o serviço de saúde por motivos primários seja um dos mais vitais na hierarquia dessas atividades, ao lado dos serviços que estimulam o consumo e a circulação.

diversos profissionais em seu espaço forjadores cada um em sua especialidade de cooperação constituindo a totalidade que é o serviço em saúde em si. Traçamos paralelo da constituição do hospital contemporâneo com a formação da manufatura moderna em dois aspectos: 1- o princípio básico da divisão técnica constituidora da manufatura está presente no hospital; 2- As transformações sociais gerais condicionam o desenvolvimento e aprofundamento das especialidades na sociedade. Para nós o hospital claramente é espaço curativo especializado executor de função social. Interpretamos esses dois princípios nas seguintes passagens de Marx:

Originalmente, a manufatura de carruagens aparecia como uma combinação de ofícios autônomos (cooperação simples). Progressivamente, ela se transforma em divisão da produção de carruagens em suas diversas operações particulares, em cada operação cristalizada em função exclusiva do trabalhador, e a sua totalidade é executada pela união desses trabalhadores parciais (MARX, 1983, p.268).

(...)

Rico material para a divisão do trabalho dentro da sociedade recebeu o período manufatureiro, com a ampliação do mercado mundial e o sistema colonial, que pertencem à esfera de suas condições gerais de existência. Aqui não é o lugar para demonstrar, além disso, como essa divisão se apossa, além da econômica, de todas as outras esferas da sociedade, lançando por toda parte a base para aquele avanço da especialização, de especialidades e um parcelamento do homem, que levou A. Ferguson, professor de A. Smith, a exclamar: “Estamos criando uma nação de hilotas e não existem livres entre nós”. (Ibid., 1983, p.277)

Aludimos o princípio da cooperação da manufatura em relação ao hospital, e não à forma de cooperação na grande indústria, porque a base técnica da manufatura ainda resguarda a base técnica do ofício, Marx diz:

... Precisamente por continuar sendo a habilidade manual a base do processo de produção é que cada trabalhador é apropriado exclusivamente para uma função parcial e sua força de trabalho é transformada por toda vida em órgão dessa função parcial. Finalmente, essa divisão do trabalho é uma espécie particular da cooperação e algumas de suas vantagens decorrem da natureza geral e não dessa forma particular de cooperação. (Ibid., p.269)

Temos clareza das diferenças do ambiente de trabalho do hospital na passagem do século XXI para o período do surgimento da manufatura da Europa do século XVIII, porém, o princípio da divisão técnica e a racionalização capitalista decorrente também é fundamento da constituição do hospital. A característica central é como o trabalhador coletivo social constrói seu produto-serviço final (união de todos os trabalhadores parciais na manufatura, analogamente, a união de todas as categorias e especialidades no hospital, ambos subsumidos à lógica do capital). Por exemplo, a proporcionalidade da quantidade de trabalhadores de determinada categoria advém da racionalização da manufatura. Marx assinala:

Operações diferentes necessitam, entretanto, de períodos desiguais de tempo e fornecem, por isso, em períodos iguais, quantidades desiguais de produtos parciais. Se, portanto, o mesmo trabalhador deve executar, dia após dia, sempre a mesma operação, então é necessário empregar em diferentes operações números proporcionalmente diferentes de trabalhadores, por exemplo, numa manufatura de tipos de imprensa, 4 fundidores e 2 quebradores para 1 polidor, na qual o fundidor funde 2 mil tipos por hora, o quebrador tira 4 mil do molde e o polidor dá polimento a 8 mil. Reaparece aí o princípio da cooperação em sua forma mais simples, a ocupação simultânea de muitos que executam trabalho da mesma espécie, agora porém como expressão de uma relação orgânica. A divisão manufatureira do trabalho simplifica e diversifica portanto não só os órgãos qualitativamente diferenciados do trabalhador coletivo social, mas também cria uma proporção matemática fixa para o volume quantitativo desses órgãos, isto é, para o número relativo de trabalhadores ou para a grandeza relativa dos grupos de trabalhadores em cada função particular. Ela desenvolve com a articulação qualitativa a regra quantitativa e a proporcionalidade do processo de trabalho social. (Ibid., p. 273)

A partir de visão distinta de Marx, Foucault reconstitui historicamente o surgimento do hospital na contemporaneidade, contrastando com o modelo religioso anterior em seu texto “*O nascimento do hospital*” (FOUCAULT, 1979). No conjunto da obra do autor, a historiografia encontra-se com sua teoria social⁶⁵. Para o autor

⁶⁵ Entendemos que a obra de Foucault diverge em vários aspectos da teoria social marxista, desse modo, para estabelecer diálogo entre constructos teóricos distintos, frisamos as diferenças centrais e as possibilidades de convergência. Foucault “esmiúça” a constituição do poder na sociedade contemporânea, em que todos os espaços sociais estariam submetidos ao poder, derivam desse pressuposto os conceitos poder disciplinar, o bio-poder, a micropolítica etc. O autor não ignora a luta contra as desigualdades econômicas, mas incorpora outras relações sociais assimétricas entre grupos e indivíduos. Categorias marxistas como a totalidade, a centralidade do trabalho na constituição do

essa “novidade” converge com a secularização, o estabelecimento do poder disciplinar. Foucault diz:

O hospital como instrumento terapêutico é uma invenção relativamente nova, que data do final do século XVIII. A consciência de que o hospital pode e deve ser um instrumento destinado a curar aparece claramente em torno de 1780 e é assinalada por uma nova prática: a visita e a observação sistemática e comparada dos hospitais (FOUCAULT, 1979, p. 99).

Segundo Foucault, estudiosos, destinados pelo Estado e por organizações científicas, realizaram descrições funcionais das antigas instituições para projetar essa “nova máquina de curar” após 1780. Para o autor, o novo hospital terapêutico surgiu devido à união do espaço hospitalar e da prática médica. Em outras palavras, a prática científica estava fora do modelo hospitalar anterior ao século XVIII. O primeiro anteriormente era um espaço de assistência, segregação dos pobres e moribundos dirigidos sob a perspectiva religiosa. A segunda era estritamente individualista no período anterior tinha valoração social por aspectos totalmente distintos do que associamos hoje a prática médica⁶⁶. Portanto, a novidade da contemporaneidade era o hospital médico ou medicina hospitalar.

O saneamento do espaço do antigo hospital foi o primeiro passo da transformação do hospital antes de medicalizá-lo⁶⁷. Logo, cuidados com a disposição

homem e na vida social contrastam com a rede difusa de micro- poderes de Foucault. No entanto, para a nossa matéria, a constituição contemporânea dos hospitais do século XVIII até os dias atuais, existe a possibilidade de diálogo, pois Foucault desenvolve como a ação do Estado instituiu o poder disciplinar sobre a sociedade na constituição dessas instituições com a complexificação das sociedades, por exemplo. Paralelamente, a teoria de Marx apresenta como a constituição da manufatura e da grande indústria revolucionam e açambarcam todos os espaços sociais e politicamente o Estado é um tacho de ferro da classe social dominante e na abordagem de surgimento do hospital Foucault retrata justamente o poder exercido pelo Estado.

⁶⁶“Vê-se, assim, que nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina. As séries hospital e medicina permaneceram, portanto, independentes até meados do séc. XVIII.

Como se deu a transformação, isto é, como o hospital foi medicalizado e a medicina pôde tornar-se hospitalar? Vê-se, assim, que nada na prática médica desta época permitia a organização de um saber hospitalar, como também nada na organização do hospital permitia intervenção da medicina. As séries hospital e medicina permaneceram, portanto, independentes até meados do séc. XVIII.” (FOUCAULT, 1979, p.103)

⁶⁷ “O primeiro fator da transformação foi não a busca de uma ação positiva do hospital sobre o doente ou a doença, mas simplesmente a anulação dos efeitos negativos do hospital. Não se procurou primeiramente medicalizar o hospital mas purificá-lo dos efeitos nocivos, da desordem que ele acarretava. E desordem aqui significa doenças que ele podia suscitar nas pessoas internadas e espalhar

espacial dos enfermos e funcionamento racionalizado foram os primeiros passos. Essa reorganização do hospital não fora realizada predominante pela prática médica, mas pela “invenção” tecnológica do poder disciplinar⁶⁸. Foucault diz:

É a introdução dos mecanismos disciplinares no espaço confuso do hospital que vai possibilitar sua medicalização. Tudo o que foi dito até agora pode explicar porque o hospital se disciplina. As razões econômicas, o preço atribuído ao indivíduo, o desejo de evitar que as epidemias se propaguem explicam o esquadrinhamento disciplinar a que estão submetidos os hospitais. Mas se esta disciplina torna-se médica, se este poder disciplinar é confiado ao médico, isto se deve a uma transformação no saber médico. A formação de uma medicina hospitalar deve-se, por um lado, à disciplinarização do espaço hospitalar, e, por outro, à transformação, nesta época, do saber e da prática médicas. É, portanto, o ajuste desses dois processos, deslocamento da intervenção médica e disciplinarização do espaço hospitalar, que está na origem do hospital médico. Esses dois fenômenos, distintos em sua origem, vão poder se ajustar com o aparecimento de uma disciplina hospitalar que terá por função assegurar o esquadrinhamento, a vigilância, a disciplinarização do mundo confuso do doente e da doença, como também transformar as condições do meio em que os doentes são colocados. Se individualizará e distribuirá os doentes em um espaço onde possam ser vigiados e onde seja registrado o que acontece; ao mesmo tempo se modificará o ar que respiram, a temperatura do meio, a água que bebem, o regime, de modo que o quadro hospitalar que os disciplina seja um instrumento de modificação com função terapêutica (Ibid, 1979, p.107-108).

De acordo com Foucault, características centrais dos hospitais atuais são originárias desses dois poderes: disciplinar e médico. O autor subdivide esses aspectos em três conjuntos: 1) dimensão espacial: a localização do hospital em regiões centrais urbanizadas (nunca em regiões “sombrias”); a divisão espacial interna do hospital é fundamental, constituindo separações por tipo de paciente e os

na cidade em que estava situado, como também a desordem econômico-social de que ele era foco perpétuo.” (Ibid., 1979, p.103)

⁶⁸ “Como se fez esta reorganização do hospital? Não foi a partir de uma técnica médica que o hospital marítimo e militar foi reordenado, mas, essencialmente, a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina. A disciplina é uma técnica de exercício de poder que foi, não inteiramente inventada, mas elaborada em seus princípios fundamentais durante o século XVIII (...) Os mecanismos disciplinares são, portanto, antigos, mas existiam em estado isolado, fragmentado, até os séculos XVII e XVIII, quando o poder disciplinar foi aperfeiçoado como uma nova técnica de gestão dos homens. Fala-se, frequentemente, das invenções técnicas do século XVIII – as tecnologias químicas, metalúrgicas, etc. – mas, erroneamente, nada se diz da invenção técnica dessa nova maneira de gerir os homens, controlar suas multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade, graças a um sistema de poder suscetível de controlá-los. Nas grandes oficinas que começam a se formar, no exército, na escola, quando se observa na Europa um grande progresso da alfabetização, aparecem essas novas técnicas de poder que são uma das grandes invenções do século XVIII” (Ibid., 1979, p.105).

graus de gravidades, assim como, instituindo a individualização do espaço para o sujeito atendido, desse modo, formatando as condições do meio para o reestabelecimento do paciente⁶⁹; 2) poder médico: alteração do modelo de poder dos religiosos e sua assistência para o modelo de centralidade do ofício do médico. 3) sistema de registro permanente (controle de informações), identificação dos doentes, fluxo de entrada e saída, diagnósticos, receitas médicas e, posteriormente, a confrontação dos registros de cada médico para discussão de quais são os métodos mais eficientes. Por todos esses elementos, o hospital torna-se também espaço de conhecimento e formação médico-científica, diferentemente, da formação do médico do período anterior que tinha uma experiência individualizada e formação por corporações⁷⁰.

Em nossa visão, discutimos os mesmos processos sociais com perspectivas teóricas distintas, as transformações do século XVIII. Desse modo, é possível traçar paralelo entre o desenvolvimento produtivo, a expansão da manufatura e da complexificação social, o avanço da especialização e da divisão social do trabalho na perspectiva teórica de Marx e o aparecimento do hospital e do profissional médico, por exemplo, na aplicação do poder disciplinar na obra de Foucault.

Foucault cita a primazia das reformas acontecerem no hospital militar e marítimo, as novas características dos exércitos exigiram que os Estados não perdessem seu investimento formativo com a morte de soldados. O aspecto de secularização e da cientifização demonstra uma racionalidade capitalista de não perder o investimento de formação técnica do sujeito, não por uma valorização do indivíduo, mas por relação utilitária, podemos refletir atualmente o quanto as políticas de saúde e consequentemente os hospitais não servem a recomposição da

⁶⁹ “(...) O espaço hospitalar é medicalizado em sua função e em seus efeitos. Esta é a primeira característica da transformação do hospital no final do século XVIII” (Ibid., 1979, p.109).

⁷⁰ “Constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber. E então que o saber médico que, até o início do século XVIII, estava localizado nos livros, em uma espécie de jurisprudência médica encontrada nos grandes tratados clássicos da medicina, começa a ter seu lugar, não mais no livro, mas no hospital; não mais no que foi escrito e impresso, mas no que é quotidianamente registrado na tradição viva, ativa e atual que é o hospital. E assim que naturalmente se chega, entre 1780/1790, a afirmar que a formação normativa de um médico deve passar pelo hospital. Além de ser um lugar de cura, este é também lugar de formação de médicos. A clínica aparece como dimensão essencial do hospital.” (Ibid., 1979, p.110-111)

força de trabalho para ganhos econômicos sob a mesma perspectiva manifestada no período de transformação do hospital.

A profissionalização histórica da enfermagem acompanha a constituição contemporânea do hospital. De acordo com Pires (2007), a concentração das atividades assistenciais em um mesmo espaço, assistência à saúde realizada no hospital é resultado do trabalho coletivo. O trabalho em enfermagem desenvolve características profissionais a partir de 1860 na Inglaterra, onde Florence Nightingale difunde o modelo de formação e prática profissional para outros países. Pires diz:

A enfermagem organiza-se como profissão sob o modo capitalista de produção, e desenvolve sua prática no espaço institucional hospitalar e, depois, no espaço ambulatorial, integrando o trabalho coletivo em saúde. Desenvolve-se com relativa autonomia em relação aos demais profissionais de saúde, mas subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial feito pelos médicos, bem como executa o seu trabalho dentro dos constrangimentos impostos pelas regras de funcionamento das instituições assistenciais.

(...)

O avanço dos conhecimentos em saúde, o aumento da população e a ampliação da complexidade dos problemas tornam necessária uma intervenção cada vez mais complexa, gerando instituições de grande porte, com especialização em unidades e serviços (PIRES, 2007, p.86).

4.1.2 O Geral e o Particular no Trabalho em Saúde: Reflexões sobre a Cartografia e Micropolítica do Trabalho Vivo

Apresentaremos, sinteticamente, as ideias centrais da obra “Cartografia do Trabalho Vivo”. Merhy descreve seu objetivo da seguinte forma:

Refletir sobre o modo cotidiano de se produzir saúde em nossa sociedade, tomando como referencial a cartografia da micropolítica do trabalho vivo em ato (MERHY, 2007, p.11).

Depreendemos do texto, a existência de um percurso teórico: a análise geral do trabalho humano, reflexões sobre a individualidade dos sujeitos e da micropolítica. A partir desses elementos, Merhy define o trabalho em saúde como singular em relação aos demais processos produtivos, a partir de dois pressupostos: 1) predomínio do trabalho vivo sobre o trabalho morto; 2) realização no encontro do

trabalhador e do usuário⁷¹. Como fundamento do primeiro pressuposto, o autor esquematiza a relação entre trabalho vivo e trabalho morto⁷².

Conforme o diagrama 1 são distinguidos os processos gerais do trabalho em saúde⁷³. Segundo o autor, o trabalho vivo é o centro do processo em saúde e não pode ser substituído por equipamentos. A polarização entre trabalho vivo e trabalho morto é expressa na posição “(...) tensão autonomia versus controle” (Ibid., p.52).

Figura 1: Diagrama da Relação entre Trabalho Morto e Trabalho Vivo em Situações do Processo Produtivo.

Fonte: (MERHY, 2007, p.42)

Merhy apresenta as fases do processo geral com o exemplo do artesão-sapateiro (primeira). Encontro com a matéria prima, que não está em seu estado original, porque já houve trabalho para se tornarem matérias-primas, logo, expressam trabalho morto (segunda). As ferramentas idem (terceira e quarta). A organização do trabalho e o saber tecnológico do artesão (saber-fazer), ambas representam a capacidade do sujeito concretizar o “desenho imaginário que tem em mente” (Ibid.,

⁷¹ Em sua obra Merhy aborda uma vasta gama de temas, mas que são desdobramentos de suas fundamentações sobre a singularidade do trabalho em saúde. Concentramo-nos na fundamentação do trabalho em saúde.

⁷² Essa distinção de Marx define o trabalho morto como resultado do trabalho vivo e se configura nos equipamentos, máquinas, ou seja, nos produtos resultantes da interação entre natureza e trabalho vivo objetivado anteriormente. O trabalho vivo é a ação humana do presente na transformação da natureza, grosso modo, seria a atuação da força de trabalho. (MARX, 1983)

⁷³ Mesmo não sendo nosso objetivo principal, criticamos alguns elementos da construção teórica de Merhy baseada em leitura própria das categorias de Marx. Observamos esses aspectos para desvendar a validade desses pressupostos e como esses sustentam ou não uma teoria que consideramos ter caráter particularista.

p.43). Essa capacidade também está presente na organização do processo produtivo (nas fases de elaboração, tempo necessário etc.). Merhy as diferencia das duas primeiras situações, porque nessas últimas o trabalho do artesão (sujeito) tem maior peso. Nas palavras do autor:

(...) a presença dos saberes – tanto tecnológicos quanto organizacionais –, produzidos anteriormente e sistematizados, apreendidos pelo artesão, que expressam, então, trabalhos anteriores e se colocam como representantes do capital morto, mas que sofrem influência real do trabalhador concreto que está atuando e o seu modo de pô-los no ato produtivo, como representantes do trabalho vivo em ato. (...). O grau de liberdade desta relação é um pouco mais favorável na dimensão do saber tecnológico em relação ao da organização, pois esta tende a ser mais estruturada, mais governada pelo polo do trabalho morto (MERHY, 2007, p.44).

A quinta fase destacada refere-se ao “trabalho vivo em ato”. Nas palavras de Merhy:

Claramente o momento do trabalho em si expressa de modo exclusivo o trabalho vivo em ato. Esse momento é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima, porém o exercício desse grau relaciona-se com a presença simultânea das quatro dimensões anteriores (...) (MERHY, 2007, p.45).

O autor entende que as mesmas características de seu exemplo, o sapateiro-artesão, podem ser atribuídas a outras atividades em que existe o predomínio do trabalho morto. Em oposição, outros trabalhos realizados são processos “vivo-centrado”, por exemplo, educação e saúde. Merhy desenvolve:

(...). Pode dizer-se, então, que o processo de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, em certas produções, é diferenciado, ou vice-versa, permitindo imaginar situações nas quais o exercício do protagonismo/liberdade ou protagonismo/reprodução estejam ocorrendo no mundo geral da produção, tanto na conformação tecnológica dos atos produtivos, quanto nos modos de governá-los (Ibid., p. 45).

O segundo pressuposto de singularidade do trabalho em saúde são as relações diretas entre trabalhadores e usuários⁷⁴. No encontro do trabalhador e usuário, manifestam-se componentes vitais das tecnologias leves do trabalho em saúde. O trabalho fabril relaciona-se com o consumidor através do produto, ao passo que o trabalho em saúde, a produção e o consumo ocorrem simultaneamente. Merhy caracteriza a relação fabril como objetual e dos serviços de saúde como “interseçora”⁷⁵. Demonstra que essa relação é semelhante ao espaço comum da interseção de dois conjuntos. Reproduzimos abaixo os diagramas 2 e 3 da interseção partilhada e da objetual (Ibid., p.58):

Figura 2: Diagrama da Interseção Partilhada

Fonte: (MERHY, 2007, p.58)

⁷⁴“ tese14 - a efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde expressa-se como processo de produção de relações interseçoras em uma de suas dimensões-chave que é o seu encontro com o usuário final, que “representa”, em última instância, necessidades de saúde como sua intencionalidade, e, portanto, o que pode, com seu interesse particular, “publicizar” as distintas intencionalidades dos vários agentes em cena, do trabalho em saúde (Ibid., p.50-51)”.

⁷⁵ A respeito do termo “interseçoras”, Merhy explicita o seu sentido em nota de rodapé que reproduzimos “O termo interseçoras está sendo usado aqui com sentido semelhante ao de Deleuze, no livro *Conversações*, que discorre sobre a interseção que Deleuze e Guatarri constituíram quando produziram o livro *Antiedipo*, que não é um somatório de um com outro e produto de quatro mãos, mas um “inter”, interventor. Assim, uso esse termo para designar o que se produz nas relações entre “sujeitos”, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os “dois” em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro (...)” (Ibid., p.51)

Figura 3: Diagrama da Interseção Objetal

Fonte: (MERHY, 2007, p.58)

No processo em saúde, o encontro do agente produtor e agente consumidor torna-se parte objeto da ação do trabalho, porém, ambos mantêm suas premissas de sujeito. O usuário busca como finalidade: a realização do valor de uso da saúde que se vincula ao direito à vida, o trabalhador à realização da atividade. Ambos agentes são “portadores/elaboradores” das necessidades. “*Essas necessidades são macro e micropoliticamente constituídas*” (Ibid., p.60) em disputa de forças instituintes dos vários sujeitos envolvidos.

Segundo o autor, as distintas forças instituintes atravessam o processo de trabalho vivo em ato. Essa dinâmica comporta a criatividade do trabalhador diante das situações, a ação do usuário como sujeito instituinte é elemento que pode abrir fissuras nos processos produtivos instituídos. Por esses motivos, Merhy aposta em linhas de fuga aos modos hegemônicos na gestão do trabalho como, por exemplo, a atenção gerenciada⁷⁶. O trabalho vivo em ato tem dupla dimensão: gerir processos

⁷⁶ O autor argumenta que os processos de reestruturações produtivas são muito particulares nos serviços de saúde e subordinam-se ao predomínio do trabalho vivo em ato, ou centralmente no território das tecnologias leves. É possível a contraposição hegemônica aos modelos da atenção gerenciada e da medicina neoliberal tecnológica, com modelo propositivo no eixo das necessidades dos usuários e dos “projetos que apostam na saúde como um bem público, patrimônio de toda a sociedade, e valor de uso inestimável, tanto individual, quanto coletivo” (Ibid., p.66).

institucionais e produzir⁷⁷. Destacamos a atribuição do autor ao ato de trabalho em saúde ser uma máquina de guerra política e ter um grau de liberdade significativo⁷⁸.

Recentemente, Merhy e um conjunto de autores atualizaram sua teorização do trabalho em saúde vinculando-a as mudanças no capitalismo contemporâneo e enfatizando a predominância do trabalho imaterial na atualidade. Por um viés distinto ao nosso, também argumentam na transformação de áreas de reprodução social em áreas convertidas em áreas de produção de valor em que o conhecimento ocuparia posição vital na luta do capital para dominar e capturar vidas (Merhy *et al.*, 2014, p.147)⁷⁹. Não obstante, a proposição central mantém-se, os autores assinalam:

(...) O mundo do trabalho imaterial faz da posição do trabalho vivo um terreno de disputa vital.

Essa condição, analisada a partir de um campo produtivo como o da produção do cuidado em saúde – que sempre foi vinculado ao mundo das tecnologias não materiais- pode abrir possibilidades de diálogos pertinentes. Diálogos que alimentem as reflexões para novos percursos, partindo da micropolítica do trabalho vivo em ato e potencializando a construção de modos de agir nos coletivos sociais. Modos que tomam como nuclear a destruição de modos capitalistas de existência, apostando na forte politização da disputa em favor da produção da vida, individual e coletiva.

(...)

Isso porque o trabalho em saúde é exemplar quando se olha da perspectiva do trabalho imaterial e do trabalho vivo, mas amplia isso para o plano do trabalho vivo em ato, na medida em que é um trabalho produtivo que se realiza e se consome em ato, sempre, exclusivamente, no

⁷⁷“(...) como um modo essencialmente interseção de ser através de suas formas tecnológicas leves de agir, capturadas de determinadas maneiras em relação ao trabalho morto que opera coetâneo consigo (...)” (Ibid., p.63)

⁷⁸“tese 4 – nesse modo de possuir, o trabalho vivo em ato opera com uma máquina de guerra política, demarcando interessadamente territórios e defendendo-os; e, como uma máquina desejante, valorando e construindo um certo mundo para si (dentro de uma certa ofensiva libidinal)” (Ibid., p.48).

(...)

“tese 8- O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas configuram-se em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção;” (Ibid., p.49).

⁷⁹“Esses autores procuram revelar com isso que a nítida separação entre o momento da reprodução da força de trabalho e o de sua exploração pelo capital nos processos produtivos, geradores de mais valor, agora cede lugar para momento nos quais o que era reconhecido claramente como lugar de reprodução, improdutivo, torna-se fundamental para a produção do valor. Nesse desdobramento, o conhecimento ocupa uma posição vital e seu domínio entra na ordem de luta encarniçada que o capital tem que realizar para continuar sua saga de máquina de captura de vidas para sua própria produção e acumulação” (Merhy *et al.*, 2014, p.147)

campo dos encontros com um outro. Dá-se ali ao vivo, ‘a quente’, no que chamamos de micropolítica do encontro produtivo em saúde (Ibid., p.148).

Os autores relativizam a unicidade do trabalho em saúde, porém, mantém a ideia de se tratar de ato de trabalho com maior liberdade. Em suas palavras:

De um outro modo, também nos possibilita pensar que esse processo pode ser abstraído para qualquer lugar de trabalho. Permite que o interroguemos não pela perspectiva que, ali, vê somente um lugar de produção de valor, capturado sob a forma do capital, mas um lugar atravessado por outras molaridades que o singularizam a tal ponto que, em contextos “iguais”, trabalhadores produzem coisas muito distintas. De muitos modos, podem-se gerar relações de fuga do processo verticalizado a ponto de inverter a imagem do que pode ser o efeito. De modo imanente, um certo trabalhador, a partir dos seus territórios de subjetivações, pode impor ao processo produtivo modos antiprodução de valor capitalista, inclusive com a clara intenção de se posicionar quanto a isso com o seu fazer cotidiano, nos interstícios dos processos instituídos organizacionalmente (Ibid., p.149)

Em outra passagem, argumentam:

A produção de saúde é dependente do trabalho humano em ato, configurado no trabalho vivo e na sua micropolítica, ou seja, o trabalho no exato momento da sua atividade criativa na construção dos produtos dos quais se realiza, ali. Nessa relação há uma lógica instrumental operando, mas sobretudo, há, em potência, nos espaços relacionais, virtualidades e acontecimentos – como atos de fala e de escuta, toques e olhares – que são constitutivos desse processo de trabalho e, nessa relação, os sujeitos se encontram e fazem, em conjunto, a produção da saúde

Por esses motivos, a análise do caso da produção da saúde requer categorias diferenciadas das utilizadas no caso da produção industrial. Quando os processos são presididos pelas relações, como na saúde, os produtos são “simbólicos”, expressando como materialidade seu forte valor de uso para o usuário. Por isso, nesse *front* produtivo, a relação entre valor de troca e de uso é muito singular (Ibid., p. 156)

Discutiremos essa posição e seus pressupostos a seguir.

4.1.2.1 Considerações Críticas à Singularidade-Liberdade do Processo de Trabalho em Saúde

A discussão das posições da vertente representada por Merhy não é nosso objetivo. Problematicamos essas posições à proporção que manifestam opinião sobre o processo de trabalho em saúde⁸⁰, do que discordamos essencialmente. A nosso ver, Merhy desenvolve uma teoria particularista. Na discussão das características próprias dos profissionais da saúde, em nosso entendimento, o setor deve ser entendido como parte de um todo, ou seja, são nas atividades específicas que depreendemos as determinações histórico-sociais gerais configuradoras da organização e racionalização do mundo do trabalho. Acerca dessa dimensão Mendes-Gonçalves (1992) discute a existência particularidades na produção em saúde que forjam o equívoco construído socialmente de desvincular a prática em saúde da categoria trabalho, nas palavras do autor:

Alguns tipos de trabalho humano, mais do que outros, mesmo no contexto de culturas e sociedades diferentes e em momentos completamente diferentes da história, são mais facilmente desvinculados da ideia geral de “trabalho”, aparentando serem formas de atividades distintas, mais nobres, mais livres de injunções materiais que costumam estar associadas ao estereótipo do “mundo do trabalho” como algo pesado, sofrido, repleto das leis férreas da necessidade e distante da criatividade e da liberdade. Dentre esses tipos de trabalho, um dos mais notáveis é o trabalho em saúde, principalmente se reduzido à atividade de seu trabalhador mais típico, e em muitos sentidos principal, o médico.

Se são mais facilmente desvinculados é porque certamente são mais facilmente desvinculáveis: esse equívoco do pensamento, para que possa ocorrer e reiterar-se, deve estar necessariamente baseado em características objetivas do trabalho em saúde – que não obstante quaisquer equívocos segue sendo um trabalho – que o diferenciam de modo peculiar no contexto da divisão social do trabalho. E ao mesmo tempo, necessariamente, como esse equívoco não ocorre em nenhum conjunto abstrato de cérebros, mas sim na realidade mais inclusiva das práticas sociais, (...). Desde já se pode adiantar que entre as características que baseiam esse equívoco, ganham especial relevo: 1) o peso

⁸⁰ Como mencionamos anteriormente o trabalho em saúde é um trabalho coletivo composto por muitos tipos de profissionais: médicos, ocupações da enfermagem, psicólogos, terapeutas ocupacionais, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas e outros. Quaisquer definições ou interpretações uniformizadoras sobre o processo de trabalho das diversas profissionais tende a desconsiderar tanto as atividades em si quanto às distinções de formação, status, sociais e econômicas de cada grupo de trabalhadores. Logo, trata-se de uma contradição argumentar que o trabalho em saúde é singular, porque esse trabalho é uma composição de diversos processos de trabalho de várias profissões.

aparentemente maior das dimensões intelectuais do trabalho sobre as manuais; 2) a associação mais direta entre os valores ligados a seus produtos e os princípios ideológicos mais importantes no processo históricos de estruturação/desestruturação/reestruturação das sociedades capitalistas ocidentais, nas épocas moderna e contemporânea; 3) a posição social – situação nas hierarquias e estratificações sociais – que é obtida e reproduzida mediata e imediatamente através do trabalho pelos agentes sociais que o realizam. (MENDES-GONÇALVES, 1992, p.07)

Em nossa opinião, Merhy desenvolve essa “desvinculação”, o autor parte de análise do processo produtivo em geral demonstrando o predomínio do trabalho morto sobre o trabalho vivo, enquanto nos serviços de saúde ocorreria o oposto. Acordamos parcialmente com esse aspecto, pois nas atividades de serviços relacionais, a força de trabalho não é submetida diretamente ao predomínio da maquinaria, grande indústria ou automação do mesmo modo⁸¹.

Nas atividades fabris, é visível o predomínio dos equipamentos na determinação dos tempos e movimentos. Enquanto que, em parte dos serviços, o trabalho vivo não está subordinado da mesma maneira. No entanto, o trabalho relacional não implica, necessariamente, em trabalho livre. Contudo, Merhy identifica o caráter emancipador no “trabalho vivo em ato”, o trabalho vivo seria o polo da emancipação do sujeito enquanto o trabalho morto seria o polo do domínio e da subjugação do sistema capitalista. Embora, essa vertente cite categorias marxistas, o faz de forma desvinculada e fragmentada, transfigurando seu teor⁸², conforme texto dos autores:

⁸¹ Citamos o processo de transição histórica da subsunção formal à subsunção real do trabalho ao capital. A primeira é quando o trabalhador tem participação ativa originária de seus ofícios no processo de trabalho, na segunda, com o advento da maquinaria e a constante incorporação tecnológica do capitalismo contemporâneo, a predominância do trabalho morto impõe o automatismo no comportamento do indivíduo, que se torna um “apêndice” dos equipamentos. (MARX, 1985, cap. XIII)

⁸² A nosso ver, essa associação incorre na patologia metodológica de ecletismo. Resumidamente, o ecletismo ocorre quando se faz o “... uso de conceitos fora dos seus respectivos usos conceituais e sistemas teóricos, alterando os seus significados” (OLIVEIRA FILHO, 1995, p. 263). Assim sendo, associa-se conceitos que são construídos em bases epistemológicas distintas. Desse modo, quando se cita o conceito de um autor descontextualizado de seu paradigma teórico é possível que esteja realizando a sua negação de forma não intencional. De acordo com Oliveira Filho: “o ecletismo impede que o autor adote claramente uma postura metodológica, a partir da qual possa incorporar outras contribuições conceituais, tipológicas, classificatórias ou teóricas em sentido forte, tendo grande dificuldade em aprender diferenças entre posições adotadas por autores e escolas com respeito às estratégias gerais de investigação” (Ibid., p.263)

Mesmo que dentro de uma máquina conceitual que não lhe permite elaborar uma noção de micropolítica como lugar das relações de poder, em que o poder opera e circula conformando certos “regimes de autoridade” que se transversalizam, Marx nos permite falar disso. E falar disso, bem ali, onde o domínio do trabalho abstrato sobre o concreto abre-se para um jogo instituinte do trabalho vivo sobre o trabalho morto. No mundo do cuidado, isso é muito visível (MERHY *et al.*, 2014, p. 149-150)

Em nosso entendimento, na obra de Marx, a acepção de trabalho morto é a da objetivação (materialização) do trabalho vivo em instrumentos e meios de produção que funcionam como capital constante⁸³. Para além da subsunção ao capital constante, existem outros componentes da relação social de trabalho capitalista que não podem ser ignorados. O peso do capital constante é somente mais um aspecto do domínio da lógica regida de valorização do capital. Consideramos inadequado caracterizar a relação trabalho vivo e trabalho morto nos polos liberdade e subjugação, respectivamente. Destacaremos duas dimensões ignoradas por Merhy: a relação dialética trabalho abstrato e trabalho concreto; e a categoria estranhamento do trabalho no capitalismo.

Acerca da primeira relação, observamos que todo trabalho tem sua singularidade na medida em que produz valor de uso específico correspondente a determinada necessidade humana, porém, a lógica social de produção do valor, “igual” e domina essas mercadorias distintas para serem trocadas no mercado. A pluralidade dos trabalhos submete-se à dimensão abstrata⁸⁴, pois cada mercadoria

⁸³ Nas palavras de Marx: “O capitalista, ao transformar dinheiro em mercadorias, que servem de matérias constituintes de um novo produto ou de fatores do processo de trabalho, ao incorporar força de trabalho viva à sua objetividade morta, transforma valor, trabalho passado, objetivado, morto em capital, em valor que se valoriza a si mesmo, um monstro animado que começa a “trabalhar” como se tivesse amor no corpo.” (MARX, 1983, p.161)

⁸⁴ Para Marx “O trabalho do fiandeiro era especificamente diferente de outros trabalhos produtivos, e a diversidade manifestava-se subjetiva e objetivamente no fim particular da fiação, em seu modo particular de operar, na natureza particular de seus meios de produção, no valor de uso particular de seu produto. Algodão e fuso servem de meios de subsistência do trabalho de fiar, mas não se pode com ele fazer canhões raiados. Na medida em que o trabalho do fiandeiro é, pelo contrário, formador de valor, isto é, fonte de valor, não se distingue em nada do perfurador de canhões, ou, que está aqui mais próximo, dos trabalhos do plantador de algodão e do produtor de fusos, realizados nos meios de produção do fio. É apenas por causa dessa identidade que plantar algodão, fazer fusos e fiar podem formar partes apenas quantitativamente diferentes do mesmo valor total, do valor do fio. Aqui já não se trata de qualidade, da natureza e do conteúdo do trabalho, mas apenas de sua quantidade. É fácil calculá-la. Pressupomos que o trabalho de fiar é trabalho simples, trabalho social médio. Ver-se-á depois que o pressuposto não altera nada na coisa” (MARX, 1983, p.157)

representa uma quantidade de valor intercambiável. Marx caracteriza o trabalho abstrato como “gelatina de trabalho humano indiferenciado” (MARX, 1983, p.47). Logo, a distinção entre trabalho vivo e trabalho morto em Marx, tem como seu pressuposto o domínio da forma abstrata sobre ambos. No processo de trabalho, essa subjugação implica que ação humana é voltada para a formação de valores de troca, organizadas pela propriedade privada e desenvolvendo relação de exploração do trabalho. O trabalho nos serviços de saúde como as demais atividades laborais humanas tem sua particularidade submetida à lógica geral do trabalho abstrato.

Criticamos também o “diálogo pertinente” (MERHY et al., 2014) entre a singularidade do trabalho em saúde com a teorização da suposta predominância do trabalho imaterial na contemporaneidade. A nosso ver a importância do conhecimento e da qualificação perpassa espaços produtivos e não produtivos. A produção imaterial não é locus isolado da centralidade do conhecimento no processo de trabalho, tal lógica desconsideraria a importância da ciência na pesquisa e desenvolvimento⁸⁵ na indústria. Para nós, a distinção do trabalho imaterial e material opera baseada em três pressupostos discutíveis: o reducionismo analítico que considera o trabalho manual somente aquele executado na fábrica e produtor de mercadorias tangíveis, o valor como coeficiente da exploração desse trabalho manual e a classe trabalhadora como sinônimo de classe operária (AMORIM, 2014). A produção imaterial permanece como resultado do trabalho humano formatado como uma mercadoria na sociedade capitalista e sujeita a tal lógica. Não causa surpresa as formas flexíveis de precarização e intensificação que os trabalhadores da produção imaterial são submetidos no conjunto das atividades dos serviços e especialmente no segmento da saúde⁸⁶. Tanto o fato de ser imaterial quanto relacional não implica que a atividade laboral terá poder de maior liberdade e será detentor de caráter emancipatório, pois a produção do cuidado é intangível e relacional, porém, isso não significa que não componha o rol de mercadorias na sociedade e que o trabalho vivo se sobreponha à subsunção do trabalho abstrato.

⁸⁵ Para uma crítica a respeito do vínculo estabelecido entre trabalho imaterial e economia do conhecimento, ver Amorim (2014).

⁸⁶ Exploraremos essas formas no capítulo V através de nossa pesquisa.

Essa predominância do trabalho abstrato manifesta-se no processo de trabalho de todas as atividades sob a ordem capitalista. Reproduzimos contribuição de Ianni:

As formas singulares e particulares de trabalho são subsumidas pelo trabalho social, geral e abstrato que se expressa no âmbito do capitalismo mundial, realizando-se aí. Da mesma maneira que as mais diferentes formas singulares e particulares do capital são levadas a subsumir-se ao capital em geral, que se expressa no âmbito do mercado mundial, algo semelhante ocorre com as mais diversas formas e significados do trabalho (IANNI, 1996, p.169).

Braverman ao caracterizar o capitalismo monopolista, explicita a subsunção no processo de trabalho:

Na história do capitalismo, enquanto uma forma ou outra do trabalho produtivo pode desempenhar papel maior em determinados setores, a tendência é no sentido da erradicação da distinção entre as suas várias formas. Sobretudo na era do capitalismo monopolista, faz pouco sentido basear qualquer teoria econômica em qualquer variedade privilegiada especialmente de processo de trabalho. À medida que essas formas variadas caem sob os auspícios do capital e se tornam parte do domínio de investimento lucrativo, entram para o capitalista no reino do trabalho geral ou abstrato, trabalho que amplia o capital. Na empresa moderna, todas as formas de trabalho são empregadas sem distinção, e no moderno “conglomerado” empresarial algumas divisões recaem na indústria, outras, no comércio, outras em bancos, outras em mineração e outras ainda em “serviços”. Todas coexistem pacificamente, e no resultado final como aparece nos balanços gerais das empresas as formas de trabalho desaparecem totalmente sob a forma de valor. (BRAVERMAN, 1987, p.308).

Ainda sobre ação do indivíduo, especificamente sobre a dimensão viva do processo de trabalho, refletimos com base na categoria estranhamento de Marx. O estranhamento manifesta-se sob três perspectivas: 1- A separação do objeto de seu trabalho acarreta o não reconhecimento da sua criação no produto, porque já não lhe pertence mais como criador, mas a outrem; 2- Alienação da própria atividade, destituição da ação teleológica do sujeito, ao invés de se realizar no trabalho o ser humano se aliena nele; 3- O trabalho alienado transforma o homem em um objeto, aparta o homem da própria condição humana⁸⁷.

⁸⁷ De acordo com Marx: “O homem é um ser genérico (*Gattungswesen*), não somente quando prática e teoricamente faz do gênero, tanto do seu próprio quanto do restante das coisas, o seu objeto, mas também – e isto é somente uma outra expressão da mesma coisa – quando se relaciona consigo

É da condição humana, que o sujeito retira o conhecimento de sua subjetividade para produzir algo, objetiva seu conhecimento na ação. No capitalismo sustentado na forma social da propriedade privada, o produto enfrenta e domina o trabalhador. A potência das construções humanas se volta contra a própria humanidade. No estranhamento ocorre a inversão da relação do sujeito e objeto, o domínio se inverte na realidade, o segundo domina o primeiro. Essa relação do trabalhador com o produto do trabalho amplia-se para um estranhamento total do sujeito com a totalidade social. Esse não reconhecimento próprio estende-se para toda a esfera social. Marx argumenta:

O trabalhador se torna tanto mais pobre quanto mais riqueza produz, quanto mais a sua produção aumenta em poder e extensão. O trabalhador se torna uma mercadoria mais barata quanto mais mercadorias cria. Com a *valorização* do mundo das coisas (*Sachenwelt*) aumenta em proporção direta a *desvalorização* do mundo dos homens (*Menschenwelt*). O trabalho não produz somente mercadorias; ele produz a si mesmo e ao trabalhador como uma *mercadoria*, e isto na medida em que produz, de fato, mercadorias em geral.

Este fato nada mais exprime, senão o objeto (*Gegenstand*) que o trabalho produz, o seu produto, se lhe defronta como um ser estranho, como um poder independente do produtor (MARX, 2010, p.80).

O processo de estranhamento do trabalhador também é intrínseco às atividades de serviços. Marx confere centralidade ao estranhamento da própria atividade laboral, mesmo tendo descrito primeiramente o estranhamento do sujeito com o produto do seu trabalho. Logo, não se resume somente a relação “clássica” fabril de bens tangíveis. Os serviços, consumidos como valor de uso

mesmo como [com] o gênero vivo, presente, quando se relaciona consigo, mesmo como [com] um ser universal, [e] por isso livre.

Na medida em que o trabalho estranhado 1) estranha do homem a natureza, 2) [e o homem] de si mesmo, de sua própria função ativa, de sua atividade vital; ela estranha do homem o gênero [humano]. Faz-lhe da vida genérica apenas um meio da vida individual. Primeiro, estranha a vida genérica, assim como a vida individual. Segundo, faz da última em sua abstração um fim da primeira, igualmente em sua forma abstrata e estranhada.

Pois primeiramente o trabalho, a atividade vital, a vida produtiva mesma aparece ao homem apenas como um meio para a satisfação de uma carência, a necessidade de manutenção da existência física. A vida produtiva é, porém, a vida genérica. É a vida engendradora de vida. No modo (Art) da atividade vital encontra-se o caráter inteiro de uma espécie, seu caráter genérico, e atividade consciente livre é o caráter genérico do homem. A vida mesma aparece só como meio de vida. (MARX, 2010, p.82-84)

simultaneamente ao ato de trabalho, carregam em si a forma do estranhamento⁸⁸. Contraditoriamente, os processos de trabalho nos serviços relacionais demandam do trabalhador determinada consciência da dimensão concreta da atividade laboral, porém, a submissão ao estranhamento social se mantém, pois o sujeito não se reconhece integralmente na atividade laboral, assim como, não reconhece o objetivo social de sua atividade. Esse não reconhecimento integra um processo de reificação da realidade:

Até aqui examinamos o estranhamento, a exteriorização do trabalhador sob apenas um dos seus aspectos, qual seja, a sua relação com os produtos do seu trabalho. Mas o estranhamento não se mostra somente no resultado, mas também, e principalmente, no ato da produção, dentro da própria atividade produtiva. Como poderia o trabalhador defrontar-se alheio (*fremd*) ao produto da sua atividade se no ato mesmo da produção ele não se estranhasse a si mesmo? O produto é, sim, somente o resumo (*Resumé*) da atividade, da produção. Se, portanto, o produto do trabalho é a exteriorização, então, a produção mesma tem de ser a exteriorização ativa, a exteriorização da atividade, a atividade da exteriorização. No estranhamento do objeto do trabalho resume-se somente o estranhamento, a exteriorização na atividade do trabalho mesmo (MARX, 2010, p.82).

Ilustrativamente no trabalho em enfermagem, através da relação trabalho e saúde dos profissionais, exemplificamos a contraditoriedade do trabalho no capitalismo, enquanto criador da riqueza social e de “miséria” pessoal para o indivíduo. Afirmamos que quanto mais o trabalhador propicia melhores condições de saúde para usuários e pacientes maior é o seu debilitamento físico e psicológico devido ao desgaste cotidiano. Confirmamos essa relação na bibliografia que aborda a saúde dos trabalhadores e em nossa pesquisa⁸⁹, entre alguns exemplos, recebemos a informação de técnicos de enfermagem que um dos seus colegas sofreu infarto durante o expediente, enquanto realizava procedimento.

Essas situações caracterizadas como desumanização, “frieza” ou absenteísmo dos trabalhadores são recorrentemente abordadas pela academia, pela gestão e pelas

⁸⁸ Na exposição das características do trabalho estranhado, Marx aborda como primeira característica a relação do sujeito ao se defrontar com o objeto de seu trabalho. Por mais que seja possível outras interpretações, consideramos que Marx trata de produtos tangíveis e materiais. Em abordagem imediatista e reducionista pode-se deduzir que o estranhamento não se aplicaria aos serviços que são trabalho consumido como valor de uso de forma imediata e não *mediata* (mediada) por um produto.

⁸⁹ Discussão apresentada no item 5.5.4 Saúde do Trabalhador.

denúncias dos usuários, isto é, a ausência de compromisso dos trabalhadores com sua atividade e com a vida alheia. Esse fenômeno revela a face externa da desumanização intrínseca do processo de trabalho estranhado na sociedade capitalista⁹⁰. Independentemente da remuneração ou status da pluralidade das categorias dos trabalhadores de saúde, todos estão submetidos ao estranhamento.

Não pretendemos atribuir caráter determinista e absolutizante sobre a postura dos trabalhadores, pois existem outros fatores na relação objetividade-subjetividade, mas apontamos o estranhamento como fundamento do trabalho e da vida social do indivíduo na sociedade capitalista. Desse modo, não existe uma frieza padronizada no atendimento, existe um caráter contraditório, pois os mesmos trabalhadores compromissados, solidários e humanistas, são os mesmos desgastados, adoecidos e tensos, alterando a qualidade de seu trabalho. Não cabe à pesquisa quantificar a força de trabalho que se encaixa em um perfil ou em outro, entretanto, assumimos que outras componentes de ordem cultural, educacional, inclusive, individuais forjarão atitudes dos profissionais que se realizam enquanto humanos e se relacionam os usuários nessa perspectiva, porque o caráter contraditório do trabalho de criação e realização humana e, ao mesmo tempo, exploração-estranhamento persiste.

Pelos aspectos relatados, consideramos que o aspecto vivo do trabalho não é emancipador à priori, pelo contrário é, contraditoriamente, um dos pilares da sustentação da feitichização e do estranhamento. Assim como, a micropolítica do trabalho vivo em ato não é uma máquina de fazer política como se prerroga, pois não é encontro de sujeitos livres que realizam sua humanidade em plenitude, mas encontro condicionado pela lógica desumanizante do trabalho estranhado, célula de

⁹⁰ Marx argumenta que: “(...) uma consequência imediata disto, de o homem estar estranhado do produto do seu trabalho, de sua atividade vital e de seu ser genérico é o estranhamento do homem pelo [próprio] homem. Quando o homem está frente a si mesmo, defronta-se com ele o outro homem. O que é produto da relação do homem com o seu trabalho, produto do seu trabalho e consigo mesmo, vale como relação do homem com outro homem, como o trabalho e o objeto do trabalho de outro homem.

Em geral, a questão de que o homem está estranhado do seu ser genérico quer dizer que um homem está estranhado do outro, assim como cada um deles [está estranhado] da essência humana.

O estranhamento do homem, em geral, toda a relação na qual o homem está diante de si mesmo, é primeiramente efetivado, se expressa, na relação em que o homem está para com o outro homem.

Na relação do trabalho estranhado cada homem considera, portanto, o outro segundo o critério e a relação na qual ele mesmo se encontra como trabalhador” (MARX, 2010, p.85).

reificação social que se opõe frontalmente ao trabalho na sua dimensão concreta de produtor de valores de uso para satisfazer as necessidades humanas.

Ainda, hipoteticamente, se formos advogar pela singularidade do setor de saúde baseando-nos somente nas características particulares do carácter do “trabalho vivo em ato”, encontraremos semelhanças em outras atividades. Por exemplo, representações artísticas como a pintura, o canto, a literatura e muitas outras tem grande predomínio de trabalho vivo. Especificamente, sobre a intersecção descrita por Merhy (2007)⁹¹ entre trabalhador e usuário, também podemos encontrá-las em outros serviços em que o trabalhador opera seu ato em contato direto com a individualidade (objetivamente e subjetivamente) do usuário ou cliente, do ponto de vista físico ou psicológico. Podemos citar alguns exemplos: atividades de educação física, serviços de “tratamentos” de beleza, prostituição. Todos têm essa intersecção em comum, mas se diferem imensamente na sua dimensão concreta. Exemplificamos para demonstrar que a singularidade do trabalho em saúde em oposição aos demais trabalhos não se sustenta por essa suposta intersecção ou carácter particular.

Nas atividades relacionais, o trabalho é submetido de forma diferente, mas é condicionado pelas relações sociais capitalistas de produção. Por relações sociais, entende-se uma série de fatores que não são exclusivamente econômicos (valorização do capital e exploração da força de trabalho), incluem-se aspectos históricos, políticos, culturais e especificidades dos setores de serviços. Em palavras mais claras, não é possível que o trabalho em saúde obedeça a uma lógica própria, se contrapondo ao paradigma imposto ao conjunto das atividades laborais da sociedade capitalista.

4.1.3 Discussão sobre o Carácter do Pós-fordismo no Trabalho em Saúde

Previamente à exposição das acepções do pós-fordismos na bibliografia do trabalho em saúde, abordaremos – sinteticamente – as formas gerais de organização do trabalho do capitalismo no século XX. As formas de racionalização do trabalho

⁹¹ O autor ressalva que essa intersecção ocorre também em outros processos de trabalho de serviços porém, não as exemplifica.

sempre estiveram relacionadas com o regime de acumulação do capital, atuações dos Estados, sociedades e modos de vida. Em síntese, apresentamos as referências teóricas dos termos: Taylorismo, Fordismo e Pós-fordismo. Primeiramente, o Taylorismo é elaborado e instituído como gerência ou administração “científica”⁹² pelo engenheiro Frederick Taylor. A sua repercussão internacional obteve adeptos nos países industrializados durante o período de expansão do capitalismo no final do século XIX e início do XX. Em linhas gerais, seu objetivo principal (assim como as outras formas de racionalização) do trabalho é o aumento da produtividade. Suas principais características são: separação entre elaboração e execução; padronização e prescrição de movimentos (adestramento); controle e disciplina no trabalho; parcelização do trabalho e especialização do operário. Nossas considerações acerca do taylorismo sustentam-se na crítica de Braverman (1987).

O fordismo é a organização do trabalho instituída por Henry Ford e forjou características fundamentais da contemporaneidade até a década de 1970, todavia, persistem suas características. O fordismo baseou-se na automatização da linha de produção, a peça ia ao posto do trabalhador e não ao contrário (padrão anterior). Essa modificação incrementou substancialmente a produtividade do trabalho (CORIAT, 1994). O fordismo é um regime de acumulação do capital sustentado na produção de massas, do aumento da produtividade dos bens. Desse modo, possibilitou aumento das taxas de lucro, parte desse excedente foi repassado aos trabalhadores, desenvolve-se relação salarial propícia para o consumo, essa combinação possibilitou o período virtuoso conhecido como “30 anos gloriosos” (1945-1973). Esse regime de acumulação teve um modo de regulação que contou com o tripé: Estado, Capital e Trabalho (AGLIETTA, 1988). Por fim, outro aspecto característico é o reflexo do fordismo na ideologia, cultura e modos de vida do ocidente (GRAMSCI, 1978).

Após a década de 1970, período de crise do regime de acumulação do período fordista, houve uma série de alterações no mundo do trabalho, visando combater a tendência de queda dos lucros. Essas alterações são denominadas amplamente de

⁹² Redigimos “científicas”, pois durante o século XX, muitos pesquisadores refutaram as comprovações científicas de Taylor, inclusive, observando que a carga de trabalho destinada a um trabalhador padrão era na verdade uma carga descomunal (BRAVERMAN, 1977).

reestruturação produtiva, toyotismo (ohnismo) ou pós-fordismo. Suas principais características são o *just in time* (prática de diminuição dos estoques e a produção correspondente com a demanda do mercado); flexibilidade das relações de trabalho; círculos de controle de qualidade; terceirização e subcontratação (BOYER e DURAND, 1997).

Ressalvamos dois aspectos nesta sintetização: 1º) as definições de taylorismo, fordismo e pós-fordismo não se concretizam na realidade de forma “pura”, existem continuidades e rupturas desses modelos produtivos nos processos de trabalho em todos os períodos, nos diferentes segmentos econômicos e nos mais diversos contextos nacionais; 2º) todas as definições devem ser relativizadas e não transpostas da realidade dos países capitalistas centrais para a realidade brasileira.

Na bibliografia da saúde, encontramos posições que associam as características do trabalho na área com a reestruturação produtiva ou pós-fordismo. Essa bibliografia aponta perspectiva progressiva dessa forma de organização ou de seus elementos. Essa associação centra-se, sobretudo, na proposição de ruptura com a fragmentação, desqualificação e hierarquização vinculada à forma taylorista de organização do trabalho. Essa posição tem perspectivas teóricas distintas, porém, identificamos traços comuns em alguns autores.

Peduzzi (2002) identifica afinidade entre as características reflexivas do trabalho em saúde e a suposta maior qualificação da organização flexível do trabalho⁹³. A partir desse entendimento, Peduzzi propõe a constituição de equipes interdisciplinares e multiprofissionais como modelo superador da divisão do trabalho fragmentadora e da indiferença burocrática. Desse modo, reconstituindo a

⁹³ A autora considera: “Dadas as características de setor terciário e as peculiaridades do objeto de trabalho – as necessidades de saúde, sentidas e trazidas aos serviços pelos sujeitos/usuários e apreendidas e interpretadas tecnicamente pelos sujeitos/agentes do trabalho – o trabalho em saúde configura-se como trabalho reflexivo, destinado à prevenção, manutenção ou restauração de “algo” (a saúde) imprescindível ao conjunto da sociedade. Chama a atenção a proximidade de algumas características do trabalho em saúde e das mudanças referidas ao novo modo de operar o trabalho na sociedade contemporânea. A nosso ver, tais semelhanças dão-se pela configuração do primeiro como trabalho reflexivo, e pela atual tendência à maior intelectualização do trabalho em geral, sobretudo pela incorporação da microeletrônica e da informática. Salientamos, portanto, a natureza peculiar do trabalho em saúde e a forma particular como desenvolveram-se os estudos nesse campo, atribuindo relevância à dimensão do saber (...)” (PEDUZZI, 2002, p.83).

integralidade do trabalho coletivo em saúde, democratizando o contexto do trabalho e melhorando o cuidado:

O trabalho em equipe, que tem sido defendido como um aspecto relevante nas mudanças do atual processo produtivo flexível, representa uma proposta assinalada há décadas no campo da saúde, ou seja, desde os anos [19]50, na área da saúde em geral, e desde os anos [19]30, na área de saúde mental. No Brasil, as equipes de saúde vêm sendo enfatizadas e problematizadas como uma importante questão para o setor saúde, sobretudo a partir dos anos [19]70, com a introdução das propostas da medicina comunitária e preventiva. As mudanças do mundo do trabalho industrial, como vimos, falam de uma tendência à atenuação da divisão do trabalho, porém, em saúde, os estudos mostram que a incorporação de tecnologia intensificou a divisão do trabalho e a tendência está na valorização do trabalho em equipes multiprofissionais mais qualificadas, dada a absorção de profissionais universitários não médicos e de auxiliares de enfermagem, no lugar da bipolaridade médico-atendente predominante até meados dos anos [19]80 (PEDUZZI, 2002, p.86-87).

De forma semelhante, Campos (1998) também propõe novo método de gestão de organização do trabalho para a produção em saúde alternativo à organização/gestão do trabalho taylorista. Esse novo método se basearia na gestão colegiada, democrática e centrada nas equipes de saúde. Essa forma de organização teria dupla perspectiva. Por um lado, asseguraria o cumprimento do objetivo primário de cada organização produzir saúde, educar, etc.; e por outro, ao mesmo tempo, permitiria e estimularia os trabalhadores a ampliar sua capacidade de reflexão, de gestão e, em decorrência, de realização profissional e pessoal. Em suma, consistiria em funcionamento democrático, mas ao mesmo tempo produtor de compromissos e responsabilidades bem definidos. Do ponto de vista organizativo a extinção de seções e departamentos por categorias seria necessária, criar unidades de produção para cada processo de trabalho (CAMPOS, 1998). O autor não menciona a organização pós-fordista do trabalho explicitamente, mas estrutura sua proposição na horizontalidade organizativa resultado de *downsizing*, reduzindo a hierarquização dos cargos e o trabalho em equipe. No modelo flexível, a redução de cargos e horizontalidade é acompanhada da redução de postos sendo acompanhada por novas formas tecnológicas ou reestruturação do modo de produzir.

Merhy denomina essa nova forma de organização do trabalho de reestruturação produtiva e aposta na ação dos sujeitos para efetivar essa forma de

organização ao seu modo⁹⁴ no sentido que a micropolítica do trabalho vivo em ato garanta o modelo de saúde para o exercício efetivo da cidadania universal. De acordo com o autor:

Vários militantes deste movimento vêm procurando equacionar a construção de modelos de atenção à saúde, no nível dos estabelecimentos e das redes de serviços, no terreno da gestão organizacional e do trabalho, mostrando que, para superar o modelo médico hegemônico neoliberal, devem constituir-se organizações de saúde gerenciadas de modo mais coletivo, além de processos de trabalho cada vez mais partilhados, buscando um ordenamento organizacional coerente com uma lógica usuário-centrada, que permita construir cotidianamente vínculos e compromissos estreitos entre os trabalhadores e os usuários nas formatações das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas (MERHY, 2007, p.39)

Para nós os elementos do modelo flexível têm vínculos com as características do trabalho em saúde, como os citados: *downsizing*, trabalho em equipe, todavia, manifestam-se de forma contraditória e não de forma progressiva. Se por um lado, a nova forma de organização defende aparentemente autonomia, a iniciativa, a maior qualificação e intelectualização do trabalho, por outro, esses princípios com nova roupagem representam os interesses da direção das empresas em uma perspectiva de financeirização do trabalho⁹⁵. Logo, ao considerar o modo de

⁹⁴ O autor afirma: “(...) mas o que interessa ficar claro é que o centro deste trabalho é pensar o agir no âmbito das organizações de saúde, como lugar de uma transição tecnológica para um novo patamar produtivo. Identificando que o campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e novos rumos para os atos produtivos em saúde, é o lugar central da transição tecnológica do setor de saúde, e portanto o território em disputa pelas várias forças interessadas nesses processo” (MERHY, 2007, p.37).

“Exige dos contêdores uma competente capacidade operacional para implementar um modo de produzir saúde, no nível dos serviços assistenciais e sanitários, que seja coerente com as estratégias globais assumidas, de tal modo que o “gerenciamento do cuidado” seja inevitavelmente marcado pela ideia de saúde como direito universal de cidadania.

⁹⁵ Antunes comenta a respeito da exploração da subjetividade como “formas contemporâneas do estranhamento”. Segundo o autor: “Quer pelo exercício laborativo manual, quer pelo imaterial, ambos, entretanto, controlados pelo sistema de metabolismo societal do capital, o estranhamento (*Entfremdung*) do trabalho encontra-se, em sua essência preservado. Ainda que fenomenicamente minimizada pela redução da separação entre a elaboração e a execução, pela redução de níveis hierárquicos no interior das empresas, a subjetividade que emerge na fábrica ou nas esferas produtivas contemporâneas é expressão de uma existência inautêntica e estranhada. Contando com a maior “participação” nos projetos que nascem das discussões dos círculos de controle de qualidade, com maior “envolvimento” dos trabalhadores, a subjetividade que então se manifesta encontra-se estranhada em relação ao que se produz e para quem se produz

Os benefícios aparentemente obtidos pelos trabalhadores no processo de trabalho são largamente compensados pelo capital, uma vez que a necessidade de pensar, agir e propor dos trabalhadores deve

produzir específico da enfermagem, sugerimos que esses aspectos devem ser interpretados em relação ao conjunto, aparentemente e localizadamente parecem progressivos, porém, a origem e o sentido social correspondem à determinada racionalização do trabalho com o objetivo de intensificação e redução dos custos de mão de obra. Durand aborda essa contradição do seguinte modo:

Ao mesmo tempo, esses microobjetivos locais [aumento de produtividade e redução de custos] podem construir novos espaços de autonomia dos empregados ou, ao menos, fazer crer que esses novos espaços existem. Para ir direto ao ponto, poder-se-ia mostrar que são mudanças mais de forma do que de fundo, ou seja, que tais técnicas socioprodutivas modificam mais o discurso sobre o trabalho do que os conteúdos do trabalho: se transformações existem no trabalho de vigilância de processos (mas não era no trabalho indireto que já residia uma maior autonomia dos assalariados?), elas são bem mais raras do que no trabalho direto. Em geral, o que mudou foi tanto a percepção do trabalho – cuja realidade não deve ser ocultada e cujo impacto social não deve ser subestimado – como seus conteúdos, onde subsistem uma parte não negligenciável de procedimentos, (...) É possível também mostrar que a prescrição do trabalho incide cada vez menos sobre as tarefas, sendo impelida, por assim dizer, “para cima”, sobre os objetivos e os meios de atingi-los nem por isso deixa de ser uma prescrição, em que a autonomia de execução permanece estreitamente enquadrada pelos imperativos gerenciais. O fato de essas técnicas socioprodutivas incrementarem um pouco a autonomia dos empregados, ou transformarem antes a representação do trabalho do que o trabalho em si mesmo, faz com que as novas condições de produção fundadas no fluxo tensionado sejam mais bem aceitas, embora frequentemente acompanhadas do reforço do ritmo de trabalho por meio da redução da porosidade do tempo trabalhado (...) (DURAND, 2003, p.146).

A racionalização pós-fordista e o crescimento do setor de serviços formatam também determinada relação do emprego e da gestão de recursos humanos nas atividades relacionais. Para Gadrey (2001), os serviços que mais crescem em postos de trabalho são os de tipo relacional, ou seja, as atividades onde há contato direto com o cliente-usuário. Ainda segundo o autor, as características de emprego dessas atividades oscilam entre polos, em uma ponta, postos mais qualificados baseados na

levar sempre em conta prioritariamente os objetivos intrínsecos da empresa, que aparecem muitas vezes mascarados pela necessidade de atender aos desejos do mercado consumidor(...). Mais complexificada, a aparência de maior liberdade no espaço produtivo tem como contrapartida o fato de que as personificações do trabalho devem se converter ainda mais em personificações do capital. Se assim não o fizerem, se não demonstrarem essas “aptidões” (“vontade”, “disposição” e “desejo”), trabalhadores serão substituídos que demonstrem “perfil” e “atributos” para aceitar esses “novos desafios” (ANTUNES, 2009, p.130).

formação educacional e profissional e com melhores salários, na outra, empregos desqualificados com baixa remuneração⁹⁶. A respeito dos postos de emprego, nos serviços de saúde, é nítida a distinção entre profissionais pela sua qualificação, grosso modo, podemos citar a diferenciação fundamental entre as funções que exigem graduação universitária. Sobre as categorias de enfermagem, essa distinção manifesta-se na ampla maioria de profissionais sem a qualificação de formação universitária e com baixa remuneração.

Referente à gestão de recursos humanos dos serviços difere-se do modelo da organização industrial em que o “perfil” do trabalhador não tinha tanta relevância, pois esse tinha contato principalmente com o maquinário. O modelo de avaliação, desempenho ou mais amplamente a cultura da gestão por competência refere-se às atuais formas de remuneração e promoção dos empregados. Logo, demonstraria a alteração de paradigma do modelo clássico fabril fordista-taylorista, no qual o cargo do funcionário e a quantificação de unidades produzidas era o elemento concreto de apreciação por parte do empregador. Assim como os aumentos eram definidos por convenções coletivas, atualmente se estabelece a tendência de remuneração individualizada acompanhando a noção de responsabilização individual do empregado. Outro elemento da gestão de competência seria a relativa secundarização dos títulos da educação, formação acadêmica, dos saberes do trabalhador adquiridos pela experiência como um todo não são tão decisivos quanto uma postura vista como colaborativa por parte da empresa. Nos serviços relacionais, as características pessoais como adaptação-improviso, iniciativa, disposição para o trabalho em equipe, cordialidade na relação com o usuário-cliente são critérios de admissão e avaliação. De acordo com autores de diferentes matizes, a atual gestão da força de trabalho é definida pela gestão de competências.

⁹⁶ Gadrey subdivide os serviços relacionais:“(…) Uma parte importante dos serviços que exigem relacionamento [relacionais] é constituída por ‘serviços profissionais’, fornecidos por agentes detentores de conhecimentos especializados. Tendo como ponto de partida diplomas superiores e certificados públicos, esses agentes são reconhecidos como profissionais. Certos serviços que exigem relacionamento [relacionais] (por exemplo, servir a mesa nos restaurantes) são, pelo contrário, pouco profissionais, ou não o são (no sentido dado a esse termo pela sociologia das profissões, por exemplo), o que não quer dizer que eles não requeiram a utilização de competências variadas”(GADREY, 2001, p.38)

Com perspectivas distintas tanto Almeida (2004; 2005) como Durand (2001) analisam a centralidade da gestão de competências. Almeida argumenta:

Aproximando o ato de trabalhar da “lógica da competência”, pode então falar-se numa evolução do conteúdo do trabalho em direção à abstração e à integração das tarefas: a própria qualificação exige, não só uma simultaneidade de saberes abstratos, como também a capacidade de adaptação a uma envolvente técnico-organizacional. (...). Se a qualificação dos indivíduos e das organizações continua a definir-se por referência aos saberes profissionais, esta passa também pela capacidade de empregar esses saberes em situações específicas, ou pela capacidade de analisar essas situações em termos do encadeamento das suas causas e dos seus efeitos. (ALMEIDA, 2004, p 54).

Opostamente Durand assinala:

A abordagem generosa e humanista de certas apresentações do modelo da competência não deve mascarar nem fazer perder de vista que é o novo regime de implicação dos assalariados que entra em coerência com o trabalho em grupo e com o just-in-time. Ninguém poderia rejeitar, por exemplo, o discurso que exige indivíduos motivados, os quais poderiam sê-lo reencontrando um sentido em sua atividade profissional. Todas as coisas mantidas constantes, esse discurso do interesse, da motivação, do engajamento e da mobilização das competências em benefício das duas partes aparece homotético àquele de Taylor, que queria fazer crescer a produtividade do trabalho para aumentar ao mesmo tempo a renda dos operários e do capital. Hoje o desenvolvimento das competências visa tanto ao aumento da performance global quanto à satisfação dos indivíduos no trabalho (solicitando-lhes a iniciativa, a criatividade e a autonomia). Pena que seja omitido aqui que a atividade de trabalho se desenrole mais e mais frequentemente sob o constrangimento do tempo, com os recursos e os meios em diminuição constante em nome da competitividade de custos - todas elas condições que aumentam o stress no trabalho, as quais as estatísticas testemunham a partir da percepção generalizada de um aumento da carga de trabalho. Dito de outro modo, a lógica da competência que serve o modelo do just-in-time não saberia escapar ao seu contexto e nos parece difícil apresentá-la como um complemento igualitário e justo do contrato de trabalho, (...) (DURAND, 2001, p.29).

Nossa acepção de pós-fordismo tem compreensão crítica baseada, principalmente, nas posições de Boyer e Durand (1994), Durand (2003) e Harvey (2010), distintamente, de Piore e Sabel (1984) e Negri e Hardt (2006). Nesse sentido, o elemento mais importante que depreendemos do movimento de acumulação do capital sob predominância financeira é a instauração de uma nova combinatória

produtiva (regime de mobilização e intensificação do ritmo de trabalho) (DURAND, 2003, p.140).

4.1.4 Reflexão sobre o Uso do Termo Tecnologia na Produção em Saúde

Outro ponto de debate trata-se do sentido conferido ao termo tecnologia pela bibliografia na área da saúde. Pires (2010) ora refere-se a essa como incorporação de equipamentos ora refere-se também às mudanças técnicas organizativas, definindo como tecnologias materiais e não materiais⁹⁷. Merhy utiliza o termo de forma ampla e o sub-classifica⁹⁸. Já Peduzzi utiliza também o referencial de Mendes-Gonçalves⁹⁹:

(...) Segundo o autor, o conceito tecnologia não se resume ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, concebidos usualmente como instrumental dado a priori e fundamentado cientificamente, mas sim ao conjunto de saberes e instrumentos que expressa nos processos de produção de serviços, a rede de relações sociais em que seus agentes articulam sua prática em uma totalidade social (Mendes-Gonçalves, 1994), ou seja, a tecnologia é concebida como uma modalidade de organização do trabalho e como um saber. Mendes-Gonçalves retoma o sentido etimológico do termo tecnologia que se refere aos nexos técnicos estabelecidos no interior do processo de trabalho, ou seja, aos nexos entre a atividade e o objeto de trabalho, através dos instrumentos. E, salientando a abrangência da tecnologia para além dos instrumentos materiais, o autor lembra as controvérsias sempre geradas pela poupança de força de trabalho e pela redução de emprego que a incorporação de novas tecnologias pode acarretar (PEDUZZI, 2002, p.82).

⁹⁷ Em artigo, Pires em conjunto com demais autores observam: “Quanto aos temas abordados nos artigos selecionados identificou-se, em primeiro lugar a abordagem das tecnologias, incluindo as tecnologias materiais como equipamentos, máquinas, normas e protocolos, com destaque para o uso dos equipamentos de UTI e Unidades de Emergência e a introdução de prontuário eletrônico nas unidades básicas de saúde. De igual forma são destaque as tecnologias não-materiais, especialmente, as de gestão com novas formas de organização do trabalho bem como as tecnologias de relações entre profissionais, e de acolhimento e vínculo com o usuário (PIRES *et al.*, 2010)

⁹⁸ Merhy têm definições próprias sobre o termo tecnologia. O autor refere-se ao conjunto de conhecimentos teóricos e práticos associados à produção, logo, o termo não é utilizado em acepção restrita de referência somente a equipamentos. Merhy classifica e subdivide as tecnologias nas categorias: dura, dura-leve e leve. A primeira são equipamentos e estruturas organizacionais. A segunda categoria são os saberes tecnológicos estruturados como as clínicas (médica e psicanalítica), a epidemiologia e o taylorismo, enquanto a terceira é a prática cotidiana e a destreza desenvolvida nesse processo pelo trabalhador como tecnologias próprias da área da saúde, por exemplo, acolhimento, autonomização etc.

⁹⁹ O autor demonstra a influência do termo “foucaultiano” de tecnologia em Mendes-Gonçalves (1992).

A título de observação, provavelmente a amplificação do termo tecnologia na bibliografia do campo da saúde coletiva e da enfermagem deve-se às contribuições do filósofo francês Michel Foucault. Entendemos que o conceito amplo de tecnologia advém de sua formulação porque o autor denominava técnicas aplicadas do exercício de poder nas práticas sociais como tecnologias. Nessa perspectiva em “*A Microfísica do Poder*”, Foucault argumenta que a tecnologia política da modernidade seria a disciplina. A medicina social basear-se-ia, *a priori*, na tecnologia de domínio social do corpo, o novo hospital moderno, como “máquina de curar” seria o lócus da tecnologia médica, desdobrando em tecnologia hospitalar. A legitimação do poder na institucionalização da ciência seria uma tecnologia da “verdade”. A criminalização dos mais pobres e o sistema punitivo seria uma tecnologia penal. Destacamos um paralelo elucidativo estabelecido por Foucault, ao desenvolver as características da vigilância permanente na modernidade, o autor compara diferentes ordens tecnológicas, segundo suas palavras:

Com o panoptismo, eu viso a um conjunto de mecanismos que ligam os feixes de procedimentos de que se serve o poder. O panoptismo foi uma invenção tecnológica na ordem do poder, como a máquina a vapor o foi na ordem da produção¹⁰⁰ (FOUCAULT, 1979, p. 160).

Sobre a relação geral e particular Foucault destaca as multiplicidades das tecnologias:

Creio que deva ser analisada a maneira como os fenômenos, as técnicas e os procedimentos de poder atuam nos níveis mais baixos; como estes procedimentos se deslocam, se expandem, se modificam; mas sobretudo como são investidos e anexados por fenômenos mais globais; como poderes mais gerais ou lucros econômicos podem inserir-se no jogo

¹⁰⁰ “(...) A própria palavra “panopticon” é fundamental. Designa um princípio de conjunto. Sendo assim, Bentham não imaginou simplesmente uma figura arquitetural destinada a resolver um problema específico, como o da prisão, o da escola ou o dos hospitais. Ele anuncia uma verdadeira invenção que ele diz ser o “ovo de Colombo”. E, na verdade, é aquilo que os médicos, os penalistas, os industriais, os educadores procuravam que Bentham lhes propõe: ele descobriu uma tecnologia de poder própria para resolver os problemas de vigilância (FOUCAULT, 1979, p. 211).

(...) A burguesia compreende perfeitamente que uma nova legislação ou uma nova constituição não serão suficientes para garantir sua hegemonia; ela compreende que deve inventar uma nova tecnologia que assegurará a irrigação dos efeitos do poder por todo o corpo social, até mesmo em suas menores partículas. E foi assim que a burguesia fez não somente uma revolução política; ela soube instaurar uma hegemonia social que nunca mais perdeu. Eis porque todas estas invenções foram tão importantes e Bentham, sem dúvida, um dos inventores de tecnologia do poder mais exemplares. (FOUCAULT, 1979, p. 218)

destas tecnologias de poder que são, ao mesmo tempo, relativamente autônomas e infinitesimais. (Ibid., p.184)

Em diálogo com Foucault, Michele Perrot refere-se à tecnologia na produção como tecnologia industrial¹⁰¹. Não cabe à dissertação aprofundar a utilização plural do termo por Foucault e outros atores. Apresentamos essa consideração, para situar o que entendemos por tecnologia. A acepção de tecnologia não se refere estritamente ao plano industrial, ela é social, sobretudo. Isso porque as ferrovias, os telégrafos mudaram a noção de tempo, a circulação etc. Do mesmo modo, atualmente as tecnologias de informação e comunicação ditam o nosso cotidiano. Na saúde, os resultados de exames obtidos são centrais nas expectativas de profissionais e usuários. A tecnologia propriamente dita influencia nossa relação com a natureza, nossa subjetividade, o modo de produzir e modo de viver e nossas relações sociais.

Nosso referencial é o de tratar o termo tecnologia no seu sentido original e estrito, entendemos que quanto mais genérico o sentido do termo, mais se dilui o seu significado. Em nosso caso, diferenciamos quais são as alterações advindas da incorporação tecnológica de equipamentos no processo de trabalho. A interação das duas dimensões na realidade é constante, mas a compreensão do encadeamento dos fatores na cooperação do trabalho coletivo altera-se. Na análise do processo de trabalho em enfermagem, o elemento determinístico da intensificação do trabalho não é o incremento de tecnologias conforme Pires desenvolve¹⁰², mas a

¹⁰¹ “É verdade que a acumulação de capital se fez através de uma tecnologia industrial e da instauração de um aparelho de poder. Mas não é menos verdade que um processo semelhante se encontra na sociedade socialista soviética. O estalinismo, em certos aspectos, corresponde a um período de acumulação do capital e de instauração de um poder forte.

(...)

M.F.: Evidentemente! É preciso ter o otimismo um pouco ingênuo dos *dandys* do século XIX para imaginar que a burguesia é estúpida. Ao contrário, é preciso contar com sua genialidade; um exemplo disto é o fato de que ela conseguiu construir máquinas de poder que instauram circuitos de lucro, os quais por sua vez reforçam e modificam os dispositivos de poder, e isto de maneira móvel e circular. O poder feudal, funcionando sobretudo a partir da extração e da despesa, minava a si mesmo. O da burguesia se reproduz, não por conservação, mas por transformações sucessivas. Daí o fato de sua disposição não se inscrever na história como a da feudalidade. Daí o mesmo tempo sua precariedade e sua flexibilidade inventiva. Daí a possibilidade de sua queda e da Revolução estarem quase desde o começo articuladas à sua história. (Foucault, 1979, p.222-223)

¹⁰² Segundo os autores em artigo de revisão sobre o tema: “Esse aumento quantitativo de trabalho pode ter sentido de desgaste do trabalhador quando o tempo dispensado ao aprendizado da nova tecnologia tem que ser subtraído da atenção ao usuário, ou quando vem acompanhado de pressão para o aumento da produtividade e eficiência, demandando um grande esforço do profissional para se adaptar as novas situações de trabalho. Uma tensão entre a racionalidade econômica, com grande

racionalização do processo de trabalho e novo regime de mobilização da força de trabalho condicionado pela realidade social e econômica.

A tecnologia é o conjunto de conhecimentos e técnicas para o modo de produzir, mas nem toda técnica é tecnologia. Termo amplo gera confusão ao atribuir à tecnologia algo que é próprio da dinâmica das relações entre modo de produzir e técnica. Tecnologia é um dos aspectos conformados, mas não é relação social em si e nem a determinação desta. Aquilo que é atribuído às tecnologias leves ou não materiais refere-se propriamente ao modo de produzir específico do trabalho em enfermagem ou das categorias profissionais da saúde. A tecnologia é capital constante, forma material que tem em si conjunto de técnicas e relações sociais condensadas que se baseou historicamente na destituição do conhecimento do trabalho e exerce a partir do trabalho tremenda influência na totalidade social. A tecnologia é o elemento que submete o trabalho vivo ao trabalho morto (a máquina e o equipamento), colocando os trabalhadores em vulnerável situação de apêndice. Aspectos organizativos e de racionalização do trabalho opera-se principalmente sobre a disposição objetiva e subjetiva da força de trabalho e a tecnologia é algo correlacionado a isso. Em uma relação inversa entre tecnologia e trabalho, se não existe diminuição do trabalho, logo, esse elemento não é tecnologia é a própria racionalização do trabalho.

Dizer isso não significa menosprezar as relações técnica-organizativas, pelo contrário, essas têm - a depender da particularidade - tanta importância quanto à inovação tecnológica. Inclusive, no caso da saúde atribuímos centralidade às relações técnicas-organizativas. Lembramos que tanto uma quanto outra são dinâmicas e estão em permanente transformação e interação com as relações sociais. A

protocolização do cuidado e alto controle gerencial com a racionalidade do cuidado humanizado, contribui para aumentar as cargas de trabalho.

(...)

Alguns autores ressaltam que o ritmo e a velocidade do desenvolvimento tecnológico impõem novas e crescentes pressões para a implantação de sistemas gerenciais mais eficientes e produtivos. E ainda discutem o conflito inerente ao processo de implantação da inovação em saúde, já que esses serviços são importantes condutores dos novos paradigmas tecnológicos, que sustentam a revolução tecnológica, e a racionalidade sanitária que concebe a saúde como um valor do bem comum. Os trabalhadores salientaram que vivenciam esse dilema, constantemente, tendo que decidir entre prestar atenção na máquina ou no usuário, sendo que ambos requerem uma observação minuciosa e vigilante” (PIRES *et al.*, 2010, p.378).

institucionalização laica do trabalho em enfermagem realizada no século XIX na Inglaterra, que teve como expoente a enfermeira Florence Nightingale, foi uma sistematização e reorganização dos procedimentos e processos, aplicando princípios da divisão do trabalho já presentes na sociedade. Essa institucionalização forjou os parâmetros de ensino dos profissionais. Em nossa opinião, todo esse processo teve como centro as técnicas e o modo de produzir em interação com a sociedade. A tecnologia propriamente dita será complementar posteriormente.

4.2 A ENFERMAGEM NO TRABALHO COLETIVO EM SAÚDE

Mandú *et al.* (2012) apontam a predominância de aspectos microssociais e intersubjetivos relacionados às especificidades da enfermagem na produção teórica em artigo de revisão bibliográfica sobre o trabalho em enfermagem. Logo, aspectos sociais mais abrangentes relacionados ao trabalho não foram devidamente abordados. As autoras argumentam:

A predominância de aspectos microssociais e intersubjetivos guarda relação, ainda, com especificidades históricas da enfermagem. O seu núcleo profissional é eminentemente o cuidado de enfermagem, que por sua natureza coloca em cena a esfera do sujeito e do cotidiano.

(...)

Desse modo, as produções exprimem preocupações em torno de especificidades do trabalho de enfermagem, sobre como seus profissionais o executam, sobre as condições e os cenários ocupacionais, sobre suas implicações para o trabalhador, e sobre o espaço técnico e social e político ético que a profissão ocupa no trabalho em saúde.

Por fim, cabe considerar que, possivelmente, essas preocupações históricas com questões do cotidiano e uma trajetória centrada em estudos que buscam compreendê-las resultaram em certo distanciamento de questões mais abrangentes do trabalho, relacionados à sua esfera macrosocial.

(...)

Encontra-se um vazio importante nos estudos da esfera macrosocial do trabalho, a despeito das transformações que vêm ocorrendo no mundo globalizado e no cenário socioeconômico e político brasileiro, e suas implicações para a enfermagem. (MANDÚ *et al.*, 2012, p.122)

Nosso propósito é discutir a racionalização e aspectos concretos concernentes à esfera microssocial do processo de trabalho em enfermagem à luz da totalidade

social. Desse modo, discutiremos a racionalização desse processo de trabalho e sua relação com os equipamentos tecnológicos.

4.2.1 A Racionalização do Trabalho em Enfermagem: Contestação da Interpretação Taylorista

Como em todo processo coletivo, existe uma divisão técnica e social do trabalho na enfermagem (CUNHA *et al.*, 2012; PIRES, 2008; PIRES *et al.*, 2004). Logo existe uma diferenciação social dos trabalhadores de nível médio e os enfermeiros graduados, assim como, funções diferentes no processo de trabalho. Nas publicações sobre os temas, o aspecto central da distinção é a relação entre trabalho intelectual e manual, a separação entre concepção-gerenciamento e a execução do cuidado, o primeiro caberia aos enfermeiros graduados e o segundo aos profissionais de nível médio (PEDUZZI E ANLSEMI, 2002; PIRES *et al.*, 2004). Os enfermeiros hierarquicamente cumpririam um papel de controle dos demais profissionais de ensino médio análogo ao gerente da administração “científica” taylorista. Nessa perspectiva, a fragmentação do processo e a parcelização de tarefas padronizadas predominariam na organização do trabalho (PIRES *et al.*, 2004).

Divergimos dos autores que caracterizam o trabalho em enfermagem como estritamente taylorista-fordista, todavia, exporemos como elementos de taylorismo convivem com outras características, entre essas formas contemporâneas da organização pós-fordista nos serviços de atividades predominantemente relacionais. Em síntese, para nós a racionalização do trabalho em enfermagem não se enquadra na dinâmica do trabalho vivo em ato que supõe o trabalho relacional com o usuário como um espaço de protagonismo ou liberdade do sujeito trabalhador (MERHY, 2007). Também não se aplica a interpretação de que o trabalho em enfermagem é análogo às características do taylorismo oriundo da indústria e transplantado para os serviços de saúde (PIRES, 2007), em que o trabalhador submete-se ao automatismo reativo ao peso tecnológico.

Compartilhamos o método de interpretar a realidade do trabalho em saúde correlacionada com a totalidade social manifestada por essa bibliografia, porém, em nossa visão, as características do pós-fordismo podem ser mais elucidativas para compreender a dinâmica e os desafios do trabalho em enfermagem na contemporaneidade. Referente ao processo de trabalho na área da saúde, as primeiras definições de organização são expressas pelo peso do taylorismo na normatização dos procedimentos. De acordo com Campos (1998), idealmente, existem diretivas democratizantes preconizadas no SUS, previsão de descentralização de poder para os municípios; conselhos e conferências participativas (usuários); orientação interdisciplinar no cotidiano dos trabalhos, porém, concretamente, o cotidiano dos serviços é governado segundo as diferentes variações do taylorismo. Impera a lógica tradicional de gerência: poder centralizado em chefes, controle direto sobre procedimentos (produtividade média) e o que prevalece é a subdivisão das atividades (CAMPOS, 1998, p.864).

Em artigos específicos sobre a organização do trabalho em enfermagem, encontramos semelhanças entre PIRES *et al.* (2004) e Peduzzi e Anselmi (2002). As autoras apontam como a legislação fundamenta a lógica taylorista para os profissionais da enfermagem¹⁰³ (separação entre elaboração e execução). Segundo Pires *et al.* (2004) :

A enfermagem, na sua grande maioria, tem adotado princípios de organização baseados no taylorismo-fordismo, destacando-se a hierarquia rígida, a divisão do trabalho em tarefas, a ênfase no ‘como fazer’, a excessiva preocupação com manuais de procedimentos, rotinas, normas, escalas diárias de distribuição de tarefas e a fragmentação da assistência. Esta verticalização é referendada também pela Lei do Exercício Profissional no 7.498, de 25 de junho de 1986, e pelo Decreto no 94.406, de 8 de junho de 1987, os quais definem as atribuições dos componentes da equipe de enfermagem e prescrevem que os enfermeiros e enfermeiras são os responsáveis pela supervisão do trabalho dos demais componentes da equipe (PIRES *et al.*, 2004, p.316).

Peduzzi e Anselmi argumentam que:

¹⁰³ A respeito da lei de exercício profissional, questionamos seu aspecto histórico: 1- Na aprovação de lei de regulação de exercício profissional, a mobilização corporativa das categorias é algo comum, vários fatores indicam que as organizações de enfermeiros contribuíram para a construção de uma legislação que diferenciasssem ao máximo o profissional graduado do profissional de nível médio.

O material empírico também permite observar que o auxiliar de enfermagem não participa do planejamento dessas ações, sendo esta dimensão do trabalho executada exclusivamente pela enfermeira, o que está condizente com a Lei nº 7.498/86 que regulamenta o Exercício Profissional de Enfermagem, no país (PEDUZZI e ANSELMi, 2002, p.395).

Pires *et al.* (2004) demonstra a fundamentação legal do “como-fazer”, implicitamente, a melhor maneira possível da doutrina da gerência “científica” de Taylor. Peduzzi e Anselmi (2002) focam-se em suas pesquisas na separação entre elaboração e execução. Não obstante essa semelhança, observamos perspectiva distinta das autoras acerca da dimensão relacional do cuidado em enfermagem. Peduzzi (2001) trata do tema a partir da teoria da ação comunicativa de Habermas, enquanto Pires argumenta que a lógica taylorizada praticamente inibe a subjetividade dos trabalhadores de nível médio¹⁰⁴.

Contudo, questionamos como na atividade relacional, ou seja, no ato de trabalho em que o trabalhador tem contato direto com o cliente ou usuário-paciente os princípios tayloristas se aplicam? Em nossa perspectiva, necessariamente, os determinantes da melhor forma no menor tempo possível não podem ser aplicados de forma plena, devido à diferença de objeto de trabalho. Essa diferenciação de objetos formatará trabalho e trabalhadores distintos. É evidente que também no espaço fabril atual, o trabalhador não é *ipsis literis*, o exemplo do taylorismo clássico. O desenvolvimento técnico e científico necessariamente exige maior qualificação do trabalhador, mas para acentuar uma comparação apresentamos o trabalhador modelo homem-boi de Taylor:

Quanto à seleção científica dos homens é fato que nessa turma de 75 carregadores apenas cerca de um homem em oito era fisicamente capaz de manejar 47,5 toneladas por dia. (...). Ora, o único homem em oito capaz

¹⁰⁴ Segundo autora “Pires, Gelbcke e Matos (2004) identificam, no trabalho da enfermagem, algumas características da [divisão técnica do trabalho](#) e da sua sistematização realizada por Taylor, conhecida como ‘organização científica do trabalho’ (OCT). Estas se evidenciam quando o mesmo é organizado com base no chamado ‘modelo funcional’, no qual o foco é a realização da tarefa distanciando o trabalhador do controle do seu [processo de trabalho](#) e da interação com o sujeito cuidado. O trabalho é mais repetitivo, com pouca autonomia e pouco espaço para ações criativas e para participação no processo decisório do cuidar. Aos enfermeiros e enfermeiras cabe o gerenciamento da assistência de enfermagem, com maior aproximação e controle sobre a concepção e o processo de cuidar; e aos demais trabalhadores que compõem a equipe cabe a execução de tarefas delegadas.” (PIRES, 2009)

desse serviço não era em sentido algum superior aos demais que trabalhavam na turma. Aconteceu apenas que ele era do tipo boi-espécime que não é tão raro na humanidade, nem tão difícil de encontrar que seja demasiado caro. Pelo contrário, era um homem tão imbecil que não se prestava à maioria dos tipos de trabalho (RAGO e MOREIRA, 1984, p.20).

Ao refletirmos e estabelecermos um paralelo tanto no passado quanto na atualidade, esse trabalhador desqualificado não tem equivalência com o trabalhador de enfermagem. Ressaltamos que antes da padronização de procedimentos, opera-se a redução do saber operário complexo a elementos simples, mas no processo de trabalho em enfermagem a simplificação e padronização se defrontam com a variedade do contexto e das características do sujeito-usuário. Ainda sobre objeto de trabalho, no taylorismo industrial clássico e o cuidado do paciente no trabalho em enfermagem, o primeiro objeto é uma matéria prestes a ser transformada pelo trabalhador e seu instrumento, mesmo sendo um objeto que exigirá destreza é possível padronizar tempos e movimentos, subdividir tarefas, enquanto o segundo é um ser humano tão semelhante quanto diferente de outros seres humanos, esse “objeto” corresponderá de forma complexa objetiva e subjetivamente ao trabalhador.

A nossa crítica à leitura taylorista trata-se de que ao transpor o enquadramento das atividades fabris para o trabalho em enfermagem, comete-se o erro de não perceber as características do trabalho relacional. A prescrição-orientação taylorista não transforma o processo de trabalho em taylorista. Alguns elementos vinculados ao aumento de produtividade e exploração, identificados como sinônimo do taylorismo no trabalho em enfermagem, não são características exclusivas, esses elementos são anteriores e posteriores a essa racionalização e técnica de dominação. Provavelmente, a atenção recaía sobre o taylorismo porque esse expõe de forma sistematizada a relação social de exploração capitalista, mas essa relação social não surge nem acaba com essa forma. A relação social historicamente está presente na organização manufatureira, posteriormente, na constituição da maquinaria e grande indústria – período no qual o revolucionamento da base técnica aponta para uma maior destituição do conhecimento do ofício do operário, na linha de montagem fordista, na organização flexível da produção após a década de 1970, “(...) mudaram

as formas de subsunção do trabalhador ao capital, mas não a própria subsunção” (Santos *et al.*, 2011).

Se por um lado, a orientação legal de gestão da força de trabalho dos auxiliares e técnicos tende claramente ao controle do trabalho cabendo a elaboração à enfermeira e ao médico, a parcelização das tarefas simplificadas aos profissionais de nível médio, por outro, o cuidado – objeto do trabalho dos profissionais de nível médio – não é passível de prescrição total. O trabalho desenvolve-se em relação às características sempre plurais dos pacientes. Existe o procedimento prescrito padronizado controlado por uma chefia, todavia, a execução desse ato, por ser relacional, não é totalmente padronizável. O taylorismo busca um ideal inalcançável, a destituição total do trabalhador sendo que a própria dinâmica do trabalho exige do trabalhador criatividade e respostas. Nos trabalhos relacionais essa impossibilidade é ainda mais presente¹⁰⁵. Somamos duas dimensões à nossa problematização: 1º) existe um distanciamento entre a prescrição descrita na legislação e o trabalho cotidiano dos profissionais; 2º) pela dinâmica relacional do trabalho em saúde, considerar a racionalização desse trabalho sob ótica semelhante do trabalho industrial gerará equívocos¹⁰⁶.

Pires (2007) baseia-se no pressuposto teórico de Braverman em seu livro clássico “Trabalho e Capital Monopolista”, cujo objeto se concentra no estudo do desenvolvimento dos processos de produção e dos processos do trabalho em geral na sociedade capitalista. Nessa perspectiva, demonstra como a degradação do trabalho está vinculada ao movimento econômico de monopolização, e os preceitos do taylorismo expande-se para outras atividades econômicas como os funcionários de

¹⁰⁵ Peduzzi argumenta sobre a impossibilidade de padronização do trabalho em saúde. De acordo com a autora: “Como trabalho reflexivo, o trabalho no setor saúde é dotado de incerteza se descontinuidade, o que acarreta a impossibilidade de normatizar completamente e *a priori* as funções técnicas e, também, de definir rígidos critérios econômicos de produção. Apesar destas características, o trabalho em saúde, assim como o trabalho industrial, tem sido gerenciado, predominantemente, nos moldes tayloristas e fordistas, o que implica constantes embates entre as variadas autonomias profissionais e os constrangimentos organizacionais. Apesar da gerência marcadamente taylorista, observamos, no Brasil, desde a década de [19]80, influências do planejamento estratégico e do gerenciamento flexível participativo nos serviços de saúde, assim como de projetos de controle de qualidade em saúde” (PEDUZZI, 2002, p.83).

¹⁰⁶ Essa observação cabe a teorização de Pires (2007). Na próxima subseção, abordaremos a concepção da autora sobre a componente tecnológica no processo de trabalho em enfermagem.

escritórios e de serviços em geral. Para nós, a obra de Braverman é fundamental para o entendimento do processo de trabalho e de aspectos sociais gerais na segunda metade do século XX. Nas palavras de Braverman:

Estas são apenas algumas das dificuldades surgidas de se pretender classificações estritas do trabalho na sociedade capitalista com base em sua forma determinada – as operações que ele visa. Elas simplesmente ilustram o princípio que para o capitalismo o que importa não é a determinada forma de trabalho, mas sua forma social, sua capacidade de produzir, como trabalho assalariado, um lucro para o capitalista. O capitalista é indiferente a determinada forma de trabalho; não lhe interessa, em última análise, se emprega trabalhadores para produzir automóveis, lavá-los, consertá-los, repintá-los, abastecê-los de gasolina e óleo, alugá-los por dia, dirigi-los como contratado, estacioná-los ou convertê-los em sucata. O que lhes interessa é a diferença entre o preço que ele paga por um agregado de trabalho e outras mercadorias, e o preço que recebe pelas mercadorias- sejam bens ou “serviços”- produzidas ou prestadas (BRAVERMAN, 1987, p.305).

Temos acordo a respeito da relação social capitalista açambarcar todas as atividades laborais, mas se materializam de formas distintas a depender do processo de trabalho, ou seja, a forma de organização do trabalho varia conforme relação dialética geral-particular. Para o processo de trabalho em enfermagem, a mediação de como o processo geral de valorização relaciona-se com a sua característica específica é necessária¹⁰⁷. Não se deve supor à generalização inevitável da desqualificação¹⁰⁸ e da padronização taylorista para os processos de trabalho serviços relacionais. O

¹⁰⁷ Mencionamos que Pires *et al.* (2010) não desconsidera as características relacionais e a dificuldade de padronização, mas a sua interpretação taylorizada conduz o diagnóstico para outros caminhos: “Da perspectiva da ergologia, uma situação de trabalho é considerada um problema a resolver pelo trabalhador em atividade; por mais prescritiva e detalhada que seja a tarefa a ser realizada, a prescrição apresenta uma defasagem em relação ao trabalho real. O trabalho em saúde é complexo e social, com muitas variabilidades, devido, primeiro, ao objeto sobre o qual trabalha, que são pessoas, as quais são singulares e, também pelo contexto da realização das ações assistenciais que são de difícil padronização.

(...)

A inovação na saúde, independente de sua natureza, para cumprir sua função nos serviços de atenção/assistência depende da atividade do trabalhador, ou seja, necessita do olhar atento do profissional, da escuta, da sensibilidade, indispensáveis ao processo de trabalho em saúde. Também, o trabalhador ao utilizar uma determinada tecnologia que pode ser útil para potencializar o cuidado e melhorar a saúde das pessoas, carece de cuidados” (PIRES *et al.*, 2010, p.378).

¹⁰⁸ Citamos um exemplo de “previsão” que não se confirmou, a partir da tendência geral de desqualificação, o autor menciona a relação de desqualificação dos cozinheiros e a generalização de comida congelada. “Como em tantos outros campos do trabalho, a simplificação e racionalização das perícias acaba por destruir essas perícias, e, com as perícias tornando-se cada vez mais escassas, os novos processos tornam-se cada vez mais inevitáveis – devido à falta de trabalho qualificado!” (BRAVERMAN, 1987, p.311)

processo de trabalho sob a lógica taylorista do operário é claramente parcelizado e mensurado com o parâmetro de produtividade pelo número de determinadas tarefas que ele cumpre no espaço fabril, mais do que isso, sua atividade é repetida de forma padronizada. Nas atividades das ocupações de enfermagem, por mais que tenha prescrição padrão e recentemente a tentativa de mensuração da produtividade, o mesmo procedimento-padrão de duas execuções pode ser radicalmente distinto a depender da situação do paciente.

Ao argumentar que a forma de racionalização taylorista não é o princípio fundamental do trabalho em enfermagem, não significa de algum modo, a concordância que por ser relacional, o trabalho seja singular e livre para o trabalhador, pois está submetido à lógica geral de relações capitalistas (conforme a exposição de diferenças com Merhy no item 5.1.2.1). Do mesmo modo, discordamos de leitura da sociologia do trabalho que distingue de forma dual o processo de trabalho fabril e de serviços, atribuindo a força de trabalho do segundo, ter como diferença elementos de qualificação que supostamente no primeiro não existiria, em nossa opinião, essa dicotomização exagera na simplificação do trabalho fabril e complexifica o trabalho de serviços, por mais que parta de constatação real do trabalho ser reativo à demanda nos serviços¹⁰⁹.

Essas considerações não significam que o trabalho em enfermagem não tenha elementos do taylorismo, ao contrário, persistem elementos de taylorismo, porém,

¹⁰⁹ Citamos nessa perspectiva Almeida (2005; 2004) “Por um lado, se na perspectiva das teorias industriais o trabalho é considerado como um *input* no processo de fabricação (sendo um fator genérico ou indiferenciado que se adquire, consome ou integra em quantidades indiferenciadas no processo de fabricação), numa economia de serviços, por outro lado, o trabalho é considerado como o processo de desenvolvimento e de aplicação de saberes, de competências, de conhecimentos e de informações: em suma, de emprego de recursos humanos e de mobilização da inteligência prática. (...) O trabalho terciário não reflete a incorporação de unidades de trabalho num processo técnico de produção, mas sim a produção a partir da aplicação de saberes e de competências: os elementos de diferenciação dos recursos humanos tornam-se decisivos dado que, por um lado, é determinante o processo de acumulação de saberes e de experiências e, por outro lado, essa acumulação constitui-se como uma parte cada vez mais determinante das qualificações e das competências, basilares para a gestão da relação com o cliente.” (ALMEIDA, 2005, p.49). O mesmo autor em outro artigo afirma: “É uma constatação importante, quanto a nós, o facto de grande parte do trabalho nos serviços se desenvolver numa antinomia em relação aos modelos industriais: muito embora se verifiquem alguns elementos de constância, a rapidez das operações (que legitimava a exploração das qualidades dos sistemas e das máquinas) tornou-se defasada relativamente às exigências de iniciativa, de inteligência prática, de comunicação intersubjetiva ou em rede com os colegas, e de diálogo com os clientes (que consubstancia grande parte das atividades de trabalho humano contemporâneas)” (ALMEIDA, 2004).

supomos que a atual racionalização tem predominância distinta¹¹⁰. A organização do trabalho taylorista não influencia o processo de trabalho em geral exclusivamente, influencia toda a vida social, a forma com a qual o indivíduo organiza o seu tempo útil em sua vida pessoal é exemplo do processo de disciplinarização taylorista sobre tempos e movimentos que transcende a relação do local de trabalho¹¹¹. A respeito da divisão do trabalho nas categorias da enfermagem, problematizamos a posição interpretativa exclusiva, na qual, o enfermeiro e os profissionais de nível médio, enquadrar-se-iam como gerente e trabalhadores manuais, respectivamente. Em nossa visão, o papel do enfermeiro no processo de trabalho também é de componente realizador de ações de cuidado (procedimentos mais complexos). O papel hierárquico de delegação de tarefas parceladas para os profissionais de nível médio é realizado mais pelo contexto de trabalho do que por uma posição análoga à gerência fabril.

Em nossa opinião, o princípio organizador do trabalho em enfermagem fundamenta-se na reativação da demanda, logo, o número de pacientes e as exigências de cuidado que eles emanam o racionalizam. Nesse processo de trabalho, o controle sobre o profissional não é realizado pelo “gerente” na relação de tempo/

¹¹⁰ Em estudo de caso com escopo na relação entre trabalho e saúde dos profissionais da enfermagem no Programa Saúde da Família (PSF) (ambiente externo ao espaço hospitalar), Santos aponta elementos de pós-fordismo principalmente, a exploração da subjetividade e a polivalência. Assim como, também aborda a presença de elementos tayloristas-fordistas (SANTOS; SOARES; CAMPOS 2007).

¹¹¹ Rago e Moreira (1984) descrevem essa relação em obra introdutória sobre o Taylorismo: “Queremos afirmar que este método de intensificação da produção em um menor espaço de tempo acabou por penetrar e determinar até mesmo atividades que se realizam fora dos muros das fábricas. (...)”

A importância do taylorismo, a nosso ver, advém fundamentalmente do fato de concretizar de forma exemplar a noção do “tempo útil” que a sociedade do trabalho introjetou no coração de cada um de nós: há muito tempo guardamos um relógio moral que nos pressiona contra o ócio. E muito embora o registro do tempo já não pertença hoje às classes abastadas, quem entre nós ainda ouve o canto do galo?” (RAGO e MOREIRA, 1984, p.11).

Sobre o trabalho médico:

“A possibilidade de “economizar tempo”, poupando gestos supérfluos e inúteis, encontrou adeptos até mesmo no campo da medicina. Em novembro de 1930, a Folha Médica publicava no Brasil um artigo em que o Dr. Leonídio Ribeiro, elogiando o taylorismo, discutia “como o sistema de Taylor (poderia) ser aplicado à cirurgia” e criticava “o hábito da maioria de nossos cirurgiões (de) colocar ao acaso seus ferros na mesa misturando-os à proporção que vai operando, de tal modo que num dado momento não pode mais encontrar, com rapidez, entre os instrumentos, aquele que deseja (...)”.

Aconselhava os médicos em geral a distribuírem os instrumentos de trabalho “na mesma ordem e em igual número em mesas confortáveis e adequadas, onde tudo fique no mesmo lugar”. O Dr. Leonídio conseguia ainda ilustrar como a aplicação do método taylorista permitiria realizar operações em muito menos tempo. Assim, uma operação de câncer no seio poderia ser realizada em 4 minutos, ao invés dos 19 necessários pelos métodos tradicionais” (Ibid., p.100).

tarefas padronizadas, mas se a quantidade de tarefas conjunturais estão sanadas ou não. Para nós, esse aspecto é exemplificado em estruturas hospitalares que burlam a quantidade de enfermeiros-chefes responsáveis pelos auxiliares e técnicos. Que tipo de organização taylorista poderia dispensar o controle da gerência? Nesse tipo de situação a responsabilização sobre as tarefas é individual e coletiva pela equipe do turno. Na pesquisa alguns trabalhadores observaram a existência de “rivalidade” entre turnos quando discutem se um erro foi feito antes ou depois do horário de troca. Inclusive, os profissionais de nível médio, mesmo com uma formação incipiente são forçados a realizar procedimentos mais complexos pela imposição conjuntural¹¹².

Distinguimos a aplicação do taylorismo e do pós-fordismo no processo de trabalho em enfermagem do seguinte modo: são racionalizações e técnicas organizativas distintas. O primeiro corresponde a um modelo rígido vertical hierarquicamente e de controle da gerência próximo ao enunciado na legislação de exercício profissional (BRASIL, 1986). O segundo modelo é flexível e horizontal, porém, não implica maior liberdade para o trabalhador. O sentido e significado social de ambos são semelhantes, visam ao aumento de produtividade, da lucratividade e da acumulação do capital no segmento privado e a racionalização dos gastos nos serviços públicos. A importância atribuída à racionalização do trabalho nas categorias de enfermagem resume-se, centralmente, ao entendimento de como esses trabalhadores estão sujeitos à grande exploração em seu cotidiano.

A bibliografia citada compreende que as condições laborais deterioram-se devido à supressão da autonomia, pelo controle gerencial, pela parcelização e repetição das tarefas - características clássicas da administração “científica” taylorista da força de trabalho. Para nós, a atual racionalização não é despótica

¹¹² As autoras sustentam a existência autonomia do trabalho para os profissionais especializados na divisão técnica do trabalho em saúde, no sentido de definir o modo de agir: “Schraiber (1993) e Peduzzi (2001) apontam que, na prática cotidiana, os profissionais de saúde, como sujeitos do trabalho, exercem certa autonomia técnica concebida como liberdade de julgamento e tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários. Essa característica ocorre de modo concomitante com as diferenças técnicas especializadas e a desigualdade de valor atribuído a esses distintos trabalhos. (...). A gerência não consegue dominar a concepção e nem controlar rigidamente os processos de execução do trabalho, há um espaço de autonomia técnica” (PIRES, 2009). Para nós, no trabalho em enfermagem, existe essa autonomia não somente pelo caráter técnico e a especialização, mas devido aspecto de sobretrabalho vetorizado pela demanda incluindo-se nessa situação os trabalhadores de nível médio.

porque se baseia nos princípios tayloristas clássicos, mas ao contrário, fundamenta-se no modelo flexível pós-fordista. Por exemplo, a organização do serviço e da gestão da força de trabalho pela reatividade da demanda é central na medida em que exista uma relação inversa do número de pacientes para uma quantidade insuficiente de trabalhadores. No atendimento desse tipo de demanda, a intensidade do trabalho será presente. Do ponto de vista do indivíduo que trabalha o princípio da desqualificação total sofre alterações, pois um trabalhador polivalente e flexível continua sendo uma força de trabalho com baixo custo e de maior produtividade.

4.2.2 O Trabalho em Enfermagem sob o Fluxo Tensionado: A Desproporcionalidade entre Demanda e Quantidade de Profissionais

Nossa interpretação da racionalização do trabalho em enfermagem advém dos elementos da organização pós-fordista no período de capitalismo financeirizado. A perspectiva teórica adotada é do fluxo tensionado (DURAND, 2003). Entendemos a relação entre a financeirização e a nova combinatória produtiva, a partir dos aspectos microeconômicos e sociológicos oriundos da realidade da produção em saúde. O ponto de partida da interpretação do objeto é a possível convergência teórica entre Chesnais e Durand.

De acordo com Chesnais:

(...). A ascensão do capital financeiro foi seguida pelo ressurgimento de formas agressivas e brutais de procurar aumentar a produtividade do capital em nível microeconômico, a começar pela produtividade do trabalho. (...) Todas as virtudes atribuídas ao “toyotismo” estão dirigidas a obter a máxima intensidade do trabalho. (CHESNAIS, 1996. p.16)

Durand com o foco no processo de trabalho apresenta a seguinte posição:

Esses últimos [ganhos de produtividade] provêm de reorganizações da produção e do trabalho, e daquilo que lhe é correspondente, a saber, um novo regime de mobilização da mão-de-obra. O presente artigo toma por

objeto a *nova combinatória produtiva* nascida no curso das últimas décadas, a qual aproxima o aparelho produtivo (portanto, as tecnologias), com sua organização da produção e do trabalho, do regime de mobilização dos trabalhadores. Tal combinatória produtiva é ela mesma um elemento ou uma subparte do modelo produtivo pós-fordista de acumulação do capital. Essa nova combinatória produtiva aparece aqui como um objeto particular, microsociológico (e microeconômico!) de um conjunto mais vasto que é o modelo produtivo tomado globalmente. Pode-se representar a nova combinatória produtiva por meio de três polos: a integração reticular (organização geral da produção de bens e serviços), a generalização do fluxo tensionado (com suas consequências sobre a organização do trabalho) e o modelo da competência como novo regime de mobilização da mão-de-obra. (DURAND, 2003, p.140)

Em nosso entendimento, todas as formas de gestão da força de trabalho em enfermagem: pública, terceirizada para Organizações Sociais de direito privado e da iniciativa privada– aplicam preceitos da acumulação flexível na organização, racionalizando e implicando na intensificação do trabalho. Citamos os seguintes princípios de gestão em voga: lógica de funcionamento da estrutura hospital como núcleo de uma rede; *downsizing* ou enxugamento das estruturas visando à eficiência, a utilização da pressão da demanda de atendimento sobre os empregados, formas sofisticadas e, muitas vezes, subjetiva de controle e vigilância. Em outras palavras, princípios tais como: *just in time*, *lean production* (produção com menor número de trabalhadores e racionalização de custos), programas de qualidade total, *teamwork* (equipes de trabalho) são fatores de uma lógica extintora do tempo ocioso no trabalho, sob essa ótica, a porosidade no trabalho deve ser eliminada. Em síntese, esse novo regime de mobilização da força de trabalho, no contexto da enfermagem, significa novos parâmetros impositivos para os trabalhadores submetidos à pressão objetiva da demanda e a subjetiva da responsabilidade do cuidado.

Para nós, a relação desproporcional entre a quantidade de profissionais e do fluxo de pacientes é o principal aspecto do modelo flexível na racionalização do trabalho em enfermagem, ou seja, o número de pacientes, o grau de complexidade e, conseqüentemente, os procedimentos de cuidado requeridos são executados por quantidade de profissionais sempre abaixo do necessário. Essa inequação tornou-se *modus operandis* “naturalizado” de todas as instituições, a ponto de todos os profissionais entrevistados não conseguirem sequer imaginar outra condição de trabalho.

Essa relação é vista pelo Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo (COREN-SP) como a inadequação do dimensionamento do quadro de pessoal, estimativa do número de profissionais necessários para uma quantidade e classificação de pacientes, determinada pela Resolução 293/2004 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Do ponto de vista da totalidade social, a combinação do subfinanciamento na área da saúde, a definição de limites nos gastos com despesas de pessoal por parte do Estado (BRASIL, 2000), assim como, a conversão dos serviços de saúde em espaços de valorização do capital privado, recentemente – dominada por seguradoras-operadoras de capital aberto na bolsa de valores – resultam na consolidação da relação desproporcional, aumento da sobrecarga e intensificação de trabalho nos três modelos de gestão.

Essa relação desproporcional é a concretização da organização do trabalho sob o fluxo tensionado na enfermagem. Nos serviços de saúde, não identificamos necessariamente o método “*just-in-time*” típico das fábricas ou dos serviços de transportes, onde a preocupação com a movimentação de materiais e informações é o centro da racionalização. No entanto, no processo de trabalho em enfermagem, a ideia de fluxo é vital, pois o atendimento dos pacientes se organiza dessa forma exatamente pela reatividade da demanda, dessa forma o fluxo determina o modo de trabalhar e disciplina o trabalhador. O *Just-in-time* é mais uma aplicação e não é o princípio em si do fluxo tensionado. O paradigma do fluxo tensionado manifesta-se na ampla maioria das atividades fabris e também nos serviços, logo, cadeias de *fast-food*, supermercados e, especificamente, nas unidades hospitalares. A combinação no local de trabalho é de cobrança desproporcional em relação às condições dadas aos profissionais, principalmente, pelo grande número de pacientes atendidos por poucos trabalhadores, assim como, a incipiência de materiais em alguns momentos gerando intensificação de trabalho e sobrecarga, porque a obrigação é atender a todos, cumprir o objetivo do estabelecimento, mesmo sem as condições mínimas.

Durand utiliza o exemplo do número exato de caixas registradoras no supermercado para manter o fluxo tensionado de um número de clientes sobre um

número de funcionários¹¹³. Interpretamos sob a mesma perspectiva, a dinâmica do trabalho em enfermagem – mais precisamente dos auxiliares e técnicos que se relacionam com a demanda. Contudo, distintamente do exemplo dos caixas de mercado, nesse caso, os gargalos podem ganhar contornos dramáticos. A organização do trabalho se orienta como um reflexo da demanda imediata, assim como, no *fast-food* o hambúrguer é cozido conforme o consumo, o atendimento em saúde responde diretamente as necessidades do volume de pacientes com distintos níveis de gravidade. A utilização de clientes ou de pacientes para tensionar o fluxo e aumentar a pressão sobre os empregados, atesta uma lógica geral nos hospitais que é a “*pilotagem pelo fim, fabrica aquilo que o mercado tenha pedido*” (DURAND, 2003, p.142), o que corresponde de forma imediata ao fluxo tensionado imposto pelas situações.

Identificamos métodos análogos ao *kanban* e ao *kaizen* nas unidades hospitalares, práticas associadas ao fluxo-tensionado desenvolvidas originariamente nas fábricas da Toyota. Esse sistema consiste na classificação através de cartões, luzes, sinais avaliadores e observações do fluxo de produção em quadros ou eletrônicos. Na organização fabril, o principal objetivo do *kanban* é garantir a sincronia máxima entre os setores, não havendo partes descoordenadas, por exemplo, um setor ocioso porque o setor anterior não conseguiu entregar determinada quantidade. Em nossa pesquisa empírica, observamos, por exemplo, a existência de classificação de cores na entrada do paciente para definir o tipo de atenção necessária no pronto-socorro do hospital privado, o atendimento de emergência é organizado

¹¹³ Segundo Durand a centralidade do fluxo tensionado justifica-se pela sua generalização: “ (...) Trazer o fluxo tensionado para o centro da análise justifica-se pela sua generalização. Além dos exemplos já citados – cadeias de *fast-food*, redes de supermercados, circuitos monetários –, há outros ainda mais comprobatórios, que chegam a utilizar os clientes para tensionar o fluxo e aumentar a pressão sobre os empregados. Nos supermercados, o número de caixas registradoras é calculado para que a todo o momento da jornada, da semana e do ano, uma fila de três a cinco pessoas mantenha o ritmo de trabalho das atendedoras de caixa (ritmo esse que é incessantemente acrescido pelo melhoramento das técnicas produtivas: leitor de código de barras, *scanner* de código de barras, esteira rolante etc.). Nos clubes de férias, o *bufê* é uma das maiores invenções produtivistas nos serviços, equivalendo certamente à transportadora de Ford: os clientes organizam a pressão sobre eles mesmos, apressando-se em consumir as entradas e o prato principal a fim de estarem seguros de que sua sobremesa preferida não acabará... Por isso, às vezes eles jantam em menos de meia hora, tornando possível que quatrocentos convidados façam sua refeição em apenas cem lugares, enquanto o pessoal de serviço e de cozinha deve estar sob pressão dos quatro serviços realizados em uma duração que dificilmente ultrapassa a duas horas. Isso sem contar que, mais e mais, apenas as horas efetivamente trabalhadas são pagas” (DURAND, 2003, p.147)

por escala de cores: vermelho - alto risco, amarelo – médio risco, verde – baixo risco. O *kaizen* é a prática de diagnóstico de imperfeições e melhoras contínuas no processo produtivo através de reuniões de grupos de controle de qualidade, na produção de saúde e nas atividades da enfermagem, embora os serviços de saúde não primem de forma majoritária para o princípio da qualidade total. Localizamos uma adaptação no cotidiano desses profissionais, especificamente, na concepção que o trabalho com qualidade é aquele que não comete erros, sendo assim, instaura-se a atuação preventiva vigilante com o propósito de não possibilitar a ocorrência de erros atuando em uma deficiência diagnosticada ou a correção imediata de algum descuido. Nesse ponto, o central não é a correção imediata ou correção de danos, mas o não acontecimento da falha.

O paradigma do fluxo do trabalho tensionado proposto por Durand articula três dimensões: integração reticular, generalização da tensão e modelo de competência. Esta combinatória produtiva organiza o modo do trabalho através da reatividade da demanda imediata advinda do mercado ou clientela, em nosso caso, pacientes ou usuários. Enquanto, no modelo fordista, o tempo produtivo era organizado por “rajadas” e “campanhas”, em um sentido linear unidirecional, realizando seu ciclo no consumo das mercadorias padronizadas, retomando a produção e repetindo o ciclo. Na organização do trabalho pós-fordista, sob o fluxo tensionado, o tempo das atividades se desenvolve de forma pluridirecional e ininterrupta. Segundo Durand, o capitalismo sempre foi necessariamente um sistema fundado na economia de tempos, sendo ele em si uma economia de tempos (DURAND, 1999). Esta questão é abordada por Marx em “O Capital” em seu tópico sobre o surgimento da manufatura:

Um artesão que executa, um após outro, os diversos processos parciais da produção de uma obra, é obrigado a mudar ora de lugar, ora de instrumentos. A passagem de uma operação para outra interrompe o fluxo de seu trabalho e forma em certa medida poros em sua jornada de trabalho. Esses poros vedam-se, tão logo ele execute o dia inteiro continuamente uma única e mesma operação, ou desaparecem na medida em que diminuem as mudanças de operação. O aumento da produtividade se deve aqui ao dispêndio crescente de força de trabalho em dado espaço de tempo, portanto crescente intensidade de trabalho ou decréscimo do dispêndio improdutivo da força de trabalho. O excesso de dispêndio de força exigida, a saber, de cada transição do repouso para o movimento, se compensa pela maior perduração da velocidade normal, uma vez esta

sendo alcançada. Por outro lado, a continuidade de um trabalho uniforme destrói a tensão e o impulso dos espíritos vitais, que encontram sua recreação e seu estímulo na própria mudança de atividade (MARX, 1983, p.271).

No trabalho em enfermagem, o fundamento organizativo dessa lógica baseia-se na organização dos turnos de trabalho pela reatividade da demanda do número de usuários. Problematicaremos como um número incipiente de trabalhadores é aspecto definidor sobre a intensificação do trabalho, gerando desgaste físico e psicológico e, eventualmente, a incorrência de erros. Muitas vezes, as características do processo de trabalho da enfermagem não são devidamente abordadas, porque tornou-se comum a propagação do ideário da racionalização dos recursos do orçamento público e o incremento de produtividade e lucratividade no setor privado. Nos serviços públicos, o paradigma de incremento da produtividade transveste-se no princípio de eficiência.

Nesse contexto, abordamos como a concepção de produtividade se inter-relaciona no trabalho em enfermagem. Embora, devemos utilizar uma “sintonia fina” para interpretar o que seria essa produtividade, porque ao abordar outros ramos econômicos de serviços, muitos destes setores podem mensurar, com relativa facilidade técnica, o desempenho do trabalho em uma esfera não fabril. Exemplificamos, por dois setores de serviços relacionais organizados pelo fluxo informacional, um trabalhador de telemarketing tem suas metas quantificadas de ligações, vendas e outros critérios, assim como, a mesma lógica aplica-se parcialmente ao trabalhador bancário (BRAGA, 2009; SEGNINI, 2001; JINKINGS, 1995).

No caso de um auxiliar e de um técnico de enfermagem, um enfermeiro ou até mesmo um médico, como esta mensuração de rendimento se aplicaria? Faz sentido a mensuração de quantidades de atendimentos, internações, leitos ocupados, procedimentos “x”, “y” ou “z”¹¹⁴? Sendo que os mesmos números podem significar uma considerável diferença de trabalho despendido. Neste sentido, temos um choque da dinâmica que prevê a intensificação do trabalho, reduzindo as “porosidades”, com

¹¹⁴ Sobre a discussão de parâmetros de produtividade estabelecidos nos serviços, de acordo com Gadrey: “(...) Muitos outros setores da economia são afetados por essa incapacidade de as medidas de produtividade integrarem o enriquecimento do crescimento em serviços” (GADREY, 2001, p.138).

a redução de custos gerando o máximo de resultados. Será possível associar essa combinação com o “princípio de qualidade total” no atendimento? Sendo que a máxima quantidade de ações em menor tempo possível não expressa qualidade no trabalho, ou seja, no suprimento das necessidades dos usuários.

A generalização deste fluxo contínuo, para todas as atividades, acarreta a intensificação do trabalho e amplia-se para vida do sujeito fora do local do trabalho. No texto clássico “*As grandes cidades e a vida do espírito*”, Simmel (2005) aponta que a quantidade de estímulos nervosos provocados pela produção ininterrupta de cultura na modernidade do tempo condicionado pela monetarização acarreta na “*intensificação da vida nervosa*”. Decorre dessa situação um comportamento necessário para corresponder à capacidade humana de realizar distinções, a figura do *blasé* como uma adaptação do indivíduo perante a vida moderna que reage a essa situação com uma postura indiferente aos fatos, reflete o desafio do indivíduo que pretende manter sua autonomia perante a dinâmica da sociedade.

Nesse sentido, os profissionais da enfermagem estão sujeitos à pressão ininterrupta do trabalho e, sobretudo, ao fluxo de atividades interligadas e de interações em provenientes do estado de saúde e comportamento dos pacientes. Os trabalhadores desenvolvem determinados comportamentos de adaptação. Porque é fundamental ter este tipo de resposta diante dos fatos, pois, caso contrário, não conseguiriam continuar a realizar suas atividades, como acontece com uma parcela minoritária que após ter passado por situações-limite sofrem sérias consequências psicológicas. É nesta dimensão que a ideia de “naturalização de constrangimentos” apresentada por Durand se aplica, pois ou o trabalhador aceita a situação ou sucumbe e abandona seu posto de trabalho. Deste modo, se “*a polícia está no fluxo*” (DURAND, 2003) e segundo um entrevistado “*a pressão vem de todos os lados*”, não há saída para o empregado a não ser sobreviver enquanto tal e se orientar pelo fluxo. Na análise das entrevistas dos trabalhadores e no relato etnográfico descritos no capítulo 5, retrataremos as situações-limite em que os profissionais vivenciaram riscos eminentes, erros de procedimentos (diretamente ou indiretamente) entre outros aspectos de tensão.

4.2.3 A Relação da Tecnologia e o Processo de Trabalho em Enfermagem

Primeiramente, destacamos essa seção como complementar às anteriores, pois a discussão sobre a componente tecnológica no processo de trabalho e nos serviços de saúde vincula-se às formas de racionalização dos serviços relacionais. Analisaremos especificamente a relação de equipamentos e o trabalho de enfermagem, a relação homem-máquina, mesmo nos serviços em que não há predomínio análogo ao espaço produtivo fabril. Ressalvamos a centralidade e o protagonismo conferido às tecnologias. A respeito do tema, citamos Almeida:

(...) Se o posicionamento do trabalho enquanto “experiência social central” é contestado atualmente, tal pode dever-se ao facto de as pesquisas estarem demasiado centradas sobre a relação entre indivíduos e máquinas, no contexto da empresa enquanto lugar central da atividade produtiva. Ora a proposta de Erbès-Seguin vai no sentido de se considerar um alargamento das perspectivas, considerando problemáticas como a entrada na vida ativa, as relações entre o trabalho dos homens e o trabalho das mulheres e—mais globalmente — a relação de emprego, noção mais vasta e abrangente do que a relação do trabalhador no posto de trabalho (Erbès-Seguin, 1999, p 10-11 *apud* ALMEIDA, 2005, p.47)

Na discussão sobre o trabalho em saúde, Merhy (2007) identifica essa superestimação da tecnologia na obra de Pires (2007). A autora estuda as mudanças provocadas pela introdução de tecnologias de ponta no trabalho de enfermagem¹¹⁵. Na opinião de Merhy, Pires não enfatizou as diferenças do setor produtivo de saúde em relação aos demais por uma “cegueira” paradigmática¹¹⁶. Desse modo, a autora acentuou a incorporação tecnológica de equipamentos na reestruturação produtiva e não atribuiu importância no fator mais importante dessa reestruturação: a “modelagem” da gestão do cuidado em saúde. Prova disso, seria a produção em

¹¹⁵ Merhy afirma “Acentuo a noção que a autora utiliza de que, na passagem do milênio, vive-se uma reestruturação produtiva em geral e, como o setor saúde sempre sofreu a influência das organizações produtivas hegemônicas, deve-se encontrar nos estudos das organizações de saúde a presença da atuação dos seus determinantes” (MERHY, 2007, p.26-27).

¹¹⁶ Mesmo reconhecendo muitos acertos da obra de Pires, Merhy considera como “cegueira paradigmática” utilizar o referencial da sociologia do trabalho, pois em sua opinião o trabalho em saúde deve ser interpretado por teorias próprias, nas palavras do autor: “(...) mas uma questão fica “parada no ar” porque será que a autora, nas conclusões, não deu mais ênfase às diferenças entre os setores produtivos da saúde, da indústria e dos serviços em geral, nas sociedades contemporâneas, a ponto de buscar outras linhas de análise ou mesmo produzir outras conclusões?” (MERHY, 2007, p.27).

saúde por núcleos tecnológicos não dependentes de equipamentos (MERHY, 2007, p.27).

A partir de perspectiva oposta concordamos parcialmente com a crítica de Merhy. Distintamente do autor não acreditamos ser um equívoco por “cegueira paradigmática” de Pires, mas uma transposição da reestruturação produtiva do setor produtivo-fábril para os serviços de saúde sem as mediações necessárias. O diagnóstico de Pires sobre a incorporação tecnológica como centro da racionalização do trabalho em enfermagem parte da caracterização da organização do trabalho em enfermagem como taylorista. Nas palavras da autora:

O uso intensivo de tecnologia de ponta no setor de saúde, até o presente momento, não resultou em aumento do desemprego. Ao contrário, tem acrescentado postos de trabalho. Isso se explica porque a utilização desses equipamentos não substitui o trabalho humano de investigação, avaliação e decisão sobre a terapêutica e tratamentos de forma geral. Não substitui os cuidados, bem como a utilização de qualquer equipamento é preciso decisão humana, programação para funcionamento, definição de parâmetros e avaliação constante das informações fornecidas pelos equipamentos. Os equipamentos são utilizados no tratamento de seres humanos que têm reações individuais e precisam ser tratados e avaliados como individualidades.

Parte significativa dos equipamentos de tecnologia de ponta são utilizados para investigação diagnóstica e não substituem o trabalho de investigação clínica, de modo que são acrescentados novos instrumentos ao trabalho assistencial, os quais, muitas vezes, requerem locais especiais, com pessoal preparado para manuseio.

No entanto, o uso de tecnologia de ponta aumentou o rendimento do trabalho, permitindo que os serviços fossem ampliados, utilizando o mesmo contingente de força de trabalho. Permitiu, também, que alguns procedimentos ficassem menos invasivos, propiciando uma recuperação mais rápida dos clientes e com menos complicações. Associando estes fatores com o aumento da externalização e do autosserviço, em médio prazo pode ocorrer uma redistribuição do emprego em serviços e em longo prazo poderá ocorrer mudanças na tendência atual de crescimento do emprego em saúde. (PIRES, 2007, p.241)

Pires pondera que a inovação tecnológica não provocou desemprego (ainda) e a não substituição de trabalhadores por equipamentos nos serviços de saúde. Embora, Pires considere a incorporação tecnológica responsável pelo aumento de produtividade (o mesmo número de trabalhadores associado à ampliação dos serviços) e a possibilidade da interrupção do crescimento do emprego no setor a longo prazo. Essa posição de Pires revela-se dúbia e conflitante, na medida em que

diagnostica um cenário e projeta outro, talvez isso reflita um choque entre os resultados de sua pesquisa com a sua interpretação teórica.

Nossa principal questão, em relação à caracterização de Pires sobre equipamentos tecnológicos no processo de trabalho em enfermagem, refere-se à diferenciação do espaço fabril e sua reestruturação produtiva com os serviços de saúde. Nesse sentido, não é possível um paralelismo da automação no setor produtivo-fabril com uma suposta mecanização das atividades relacionais. Deve-se discutir quais são as alterações ocasionadas por equipamentos no cuidado de saúde, mas deve-se ter como pressuposto as diferenças fundamentais entre o trabalho relacional em saúde e o produtivo-fabril. De acordo com Marx, o sistema manufatureiro mantinha a base técnica dos ofícios que a fundaram, logo, a base técnica da manufatura era estreita. Com o advento da maquinaria e a grande indústria, revoluciona-se essa base técnica e os equipamentos ditam, de forma crescente, seu predomínio no processo produtivo a partir do século XIX (maquinaria, cadeia automática fordista, automatização informatizada).

No caso da saúde, de forma análoga a reunião de ofícios da manufatura, a base técnica não está sujeita ao aumento exponencial da produtividade do trabalho pela mecanização, diminuindo postos de trabalho. A cooperação de trabalho na enfermagem não é semelhante ao processo coletivo de trabalho mecanizado, onde máquinas parciais conformam o processo geral. Marx aponta a substituição da virtuosidade do trabalhador para a máquina. Desse modo, o conjunto articulado dos trabalhadores na manufatura para trabalhadores simples cooperam entre si como “apêndices” das máquinas. Marx expõe que:

O Dr. Ure, o Píndaro da fábrica automática, descreve-a, por um lado, como “a cooperação de diferentes classes de trabalhadores, adultos e menores, que com destreza e diligência vigiam um sistema de máquinas produtivas, que é ininterruptamente posto em atividade por uma força central (o primeiro motor)”, por outro lado, como “um enorme autômato, composto por inúmeros órgãos mecânicos se conscientes, agindo em concerto e sem interrupção para a produção de um mesmo objeto, de modo que todos estão subordinados a uma força motriz, que se move por si mesma”. Essas duas formulações não são, de modo algum, idênticas. Numa, o trabalhador coletivo combinado ou corpo social de trabalho aparece como sujeito transcendental e o autômato mecânico como objeto; na outra, o próprio autômato é o sujeito e os operários são apenas órgãos conscientes, coordenados com seus órgãos inconscientes e subordinados,

com os mesmos, à força motriz central. A primeira formulação vale para qualquer aplicação possível da maquinaria em grande escala, a outra caracteriza sua aplicação capitalista e, portanto, o sistema fabril moderno. Por isso, Ure também gosta de apresentar a máquina central, da qual parte o movimento, não só como autômato, mas como autocrata. “Nessas grandes oficinas, a potência benigna do vapor reúne suas miríades de súditos em torno de si.”

À medida que na fábrica automática ressurgem a divisão de trabalho, ela é, antes de tudo, distribuição dos trabalhadores entre as máquinas especializadas e de massas de trabalhadores, que no entanto não formam grupos articulados, entre os diversos departamentos da fábrica, onde trabalham em máquinas-ferramentas da mesma espécie, enfileiradas umas ao lado das outras, ocorrendo, portanto, apenas cooperação simples entre eles” (MARX, 1985, p.40).

Na fábrica, a tecnologia submete o ser humano como se essa fosse um grande autômato e os humanos seriam peças acopladas. Nos serviços, especificamente, as atividades relacionais, não é possível que a tecnologia tenha o mesmo papel instrumental de domínio do capital sobre o trabalho humano. No entanto, o trabalho nos serviços ainda está submetido à mesma relação social fundamental de exploração e de domínio do capital. Desse modo, a intensificação do trabalho nos serviços adota a incorporação tecnológica, mas essa não é o seu aspecto central, pois para os serviços não é possível a mecanização majoritária e os consequentes ganhos de produtividade dessa incorporação tecnológica.

Em artigo mais recente, Pires (2004) revê a possibilidade de diminuição de postos de trabalho, mas a nosso ver, continua sustentando importância significativa à incorporação tecnológica nos serviços de saúde:

No que diz respeito à inovação tecnológica, a área tem sido profundamente afetada por mudanças na biotecnologia, na produção de novos medicamentos e de procedimentos diagnósticos e terapêuticos, na produção de equipamentos hospitalares, na utilização dos recursos da informática e pelas novas tecnologias de informação e comunicação (1-4). O uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta tem contribuído para que alguns procedimentos se tornem menos invasivos, propiciando uma recuperação mais rápida dos usuários e com menos complicações. Porém tem-se registrado poucos avanços no que diz respeito a inovações tecnológicas do campo da organização, gestão e relações de trabalho (5) (PIRES, 2004, p.374).

A autora menciona que mesmo com o “uso intensivo” de equipamentos tecnológicos, esse fator exerceu pouca influência na organização do trabalho. Em nossa opinião, partindo do pressuposto de distinção do modelo fabril para o processo de trabalho em saúde, não é possível atribuir caráter intensivo aos equipamentos nos serviços de saúde. Um aspecto distinto de análise anterior de Pires é a respeito da relação emprego e incorporação tecnológica. Segundo a sua posição mais recente o serviços de saúde exigem mais trabalhadores associado ao processo de aumento da carga de trabalho conforme novos equipamentos são incorporados. Pires chama a atenção para:

(...) No que diz respeito à adoção de novos equipamentos, parte dos estudos mostrou que estes, ao serem introduzidos no processo de trabalho, não substituíram o profissional, mas demandaram a necessidade de mais trabalhadores, aumentando as cargas físicas e emocionais de trabalho, exigindo maior tempo de trabalho e diferentes qualificações (...).

(...)

Nos setores de prestação dos serviços de saúde a inovação tecnológica é mais cumulativa que substitutiva, não se tratando somente de colocar equipamentos novos no lugar dos antigos, e nem ocupar postos de trabalho, mas de agregá-los ao processo de trabalho exigindo, geralmente, mais trabalhadores. Assim a incorporação de novas tecnologias acarreta novas demandas, muitas vezes aumentando a intensidade do trabalho, requisitando a multidisciplinaridade do conhecimento e trabalhadores com especialidades diversas e complementares. (Ibid., p.378)

Concordamos com a posição recente da autora, pois pelo fato da tecnologia ser complementar ao processo de trabalho, ou seja, não é possível que a mecanização incremente exponencialmente a produtividade do trabalho, reduzindo o número de trabalhadores. Peduzzi também observa que não houve redução da força de trabalho em saúde¹¹⁷. Não temos acesso às estatísticas específicas sobre o emprego das categorias da enfermagem. Os dados acerca do emprego cedidos pelo IBGE referem-

¹¹⁷ Peduzzi considera o seguinte: “Segundo Pires (1996), a utilização de novas tecnologias de base microeletrônica no setor saúde dá-se a partir dos anos 80, e mais intensamente, nos anos 90. Alguns equipamentos tornam-se mais precisos e eficientes e outros tiveram sua utilização ampliada, como por exemplo, os computadores. Interessante observar que os dados gerais sobre emprego em saúde (Machado *et al*, 1992; Girardi, 1995) e a pesquisa da própria autora (Pires, 1996) mostram que o uso de tecnologia avançada não teve como consequência, até hoje, a diminuição dos postos de trabalho. No entanto, o estudo de Girardi (1995), em particular, alerta para uma desaceleração sustentada nos ritmos de crescimento da ocupação geral em saúde no decorrer dos últimos 20 anos, sem relacionar este comportamento à tecnologia médica.” (PEDUZZI, 2002, p.89).

se aos trabalhadores dos hospitais e da administração pública sem distinção (IBGE, 2014, p.55). Não obstante, os dados de inscritos cedidos pelo COREN-SP podem nos servir como espelho dos postos de emprego, pois não é esperado que a progressão de profissionais inscritos crescesse consideravelmente sem o aumento de postos de emprego de forma correlacional. Segundo dados do Conselho, o número de inscritos cresceu de 73.360 inscritos no ano de 1993 para 445.693 em julho de 2014 (Anexo I). Esse crescimento do número de profissionais de aproximadamente 600% deve-se à composição predominantemente relacional do processo de trabalho na enfermagem e a expansão econômica da oferta de serviços. Desse modo, há incremento de força de trabalho intensiva. Conforme Gráfico 3:

Gráfico 3: Progressão Anual dos Inscritos no Conselho Profissional, 2014

Fonte: COREN/SP (2014)

Somamos elemento adicional à relação emprego/tecnologia no processo de trabalho em enfermagem. O preço da força de trabalho relaciona-se inversamente ao investimento em capital intensivo. O investimento de capital intensivo terá menor lucratividade na medida em que o emprego de trabalhadores tenha um custo baixo¹¹⁸.

¹¹⁸ Acerca da relação complexa entre a incorporação tecnológica e preço da força de trabalho, a característica de investimento em maquinário do capitalismo industrial na Inglaterra teve como

Em palavras mais claras, se o preço da força de trabalho do setor fosse alto, esse poderia se um elemento de pressão para incorporação. Nos serviços de saúde além de sua característica relacional e objeto de trabalho que impedem a sua automatização, os salários das categorias da enfermagem e de outros profissionais de nível médio, que conformam a maioria desse segmento, são diminutos. Essa relação de emprego e tecnologias serviços é descrita do seguinte modo por Aglietta:

No regime fordista, a tecnologia, cara, aumentava a produtividade do trabalho na indústria: as máquinas-ferramentas permitiam que cada pessoa produzisse e ganhasse mais. Hoje é exatamente o contrário que ocorre. O capital é mais produtivo, graças à tecnologia da informação [...] enquanto o assalariado, por sua vez, viu sua produtividade crescer menor, porque os serviços não são mecanizáveis. Por conseguinte, assim que a demanda aumenta, o emprego volta a crescer (AGLIETTA *apud* GADREY, 2001, p.135)¹¹⁹.

Segundo Gadrey (2001), a progressão de emprego se distingue em duas categorias de serviços nos países desenvolvidos. A primeira refere-se àqueles que podem ter redução dos postos de trabalho por incremento tecnológico e são caracterizados por baixa composição relacional, ou seja, as atividades têm contato menor com os clientes. Exemplos desse tipo de serviço seriam a distribuição (transportes), correios, comércio intermediário, fornecimento de água e energia elétrica. As atividades baseadas em análise de informações, telecomunicações, bancos, agências financeiras, órgãos centrais da administração pública também se enquadram nessa categoria. Esses serviços têm maior propensão a ter processos de trabalho mais próximos ao do modelo industrial, devido à padronização de tarefas imbricadas com os aparelhos tecnológicos.

A segunda categoria típica de serviços manifestaria o predomínio relacional, a introdução de novas tecnologias sejam elas equipamentos ou de informação e comunicação (TIC's) cumprem papel complementar à relação capital trabalho, pela

elemento anterior a limitação da jornada de trabalho e a imposição legal de direitos mínimo para os operários. Desse modo, a burguesia industrial investiu em capital intensivo como forma de intensificação do trabalho no ritmo ditado pelo maquinário incrementasse a produtividade, controle e diminuísse o número de trabalhadores, logo, de salários a pagar. Ainda hoje, em setores que o preço da força de trabalho é muito baixo, o capital não tem necessidade de investir em novas formas tecnológicas, pois consegue extrair mais valor absoluto de forma extensiva.

¹¹⁹ Michel Aglietta, entrevista a *L'Expansion*, n° 589, 21/01/1999

inviabilidade da mecanização das tarefas (por exemplo, serviços às empresas, assistência social, educação, restauração, saúde e outros)¹²⁰. O crescimento desse segundo tipo de serviço foi o motivo do crescimento de emprego após a década de 1970, nos países desenvolvidos associados à elevação do nível de vida.

Durand focado na organização do trabalho, assemelha-se à distinção de Gadrey, a medida que o trabalho informacional está mais submetido ao fluxo tensionado devido ao desenvolvimento das (TIC's) tecnologias de informação e comunicação (DURAND, 1999; 2003). Por exemplo, é possível ver maior centralidade nas tecnologias nos serviços organizados pela pressão do fluxo informacional como na área financeira (bancos, seguradoras etc.), telemarketing e comércio eletrônico. Nesses serviços, a análise e uso das informações pelas novas tecnologias organizam a resposta demandada¹²¹ (BRAGA, 2009; SEGNINI, 2001; JINKINGS, 1995).

Em nosso entendimento, os serviços de saúde terão incorporação tecnológica de forma complementar. No estudo de outros processos de trabalho em serviços relacionais, cabe à análise específica de cada setor para avaliar o quanto esse aspecto incrementa a produtividade, mas nunca na escala industrial propriamente dita. Ponderamos esse aspecto porque atividades predominantemente relacionais como educação e atendimento ao cliente, pode ser reorganizada pelas novas tecnologias, por exemplo, ensino à distância e telemarketing, respectivamente. Gadrey (2001) descreve como os equipamentos tecnológicos servem no apoio, mas não como meio principal na relação capital-trabalho. Por exemplo, retornando aos serviços em saúde,

¹²⁰ “A constatação estatística é a seguinte: nos países mais desenvolvidos há dois grupos de serviços do ponto de vista da evolução de sua participação no emprego em relação ao emprego total nos últimos vinte ou trinta anos:

- um grupo de serviços cuja participação no emprego cresce pouco ou permanece estacionária (e mesmo começa a regredir): distribuição, transportes, correios, telecomunicações, bancos e seguros, administração públicas centrais.

- um grupo de serviços cuja participação no emprego progrediu nitidamente e, em certos casos, intensamente: às empresas, saúde, alimentação, turismo, educação, ação social, associações, coletividades locais”(GADREY, 2001, p.38)

¹²¹ (...) Nesses serviços, as operações estão menos relacionadas a “cuidar” diretamente dos clientes ou dos usuários e mais em cuidar de bens (...) ou de informações codificadas (...) (GADREY, 2001, p.39).

a informatização das unidades na administração, recepção etc., estão no suporte do trabalho em saúde. Segundo o autor:

Reflitamos o seguinte: o médico, o consultor, o arquiteto ou o professor utilizarão o computador como apoio, de uma perspectiva que visará mais melhoria da qualidade e a confiabilidade do serviço, ou a resolução de problemas complexos, do que a obtenção de ganhos de produtividade por supressão do trabalho. (GADREY, 2001, p. 40)

Desse modo, a dimensão tecnológica em si não é protagonista entre as novas formas de gestão da força de trabalho pelos princípios pós-fordistas. A tecnologia por ser complementar não pode ser central na intensificação do trabalho¹²². A organização do trabalho é o aspecto fundamental, sendo assim, após a realização da discussão bibliográfica com os autores da produção em saúde e do processo de trabalho em enfermagem, discutiremos a temática a partir das informações obtidas na pesquisa de campo no próximo capítulo.

¹²² Como Pires *et al.* (2010) sugere hipoteticamente “O intenso processo de inovação tecnológica, na atualidade, provoca modificações no mundo do trabalho que podem afetar as cargas de trabalho e a saúde dos trabalhadores. Procurou-se apreender nos resultados das pesquisas analisadas, em que medida a utilização das novas tecnologias aumenta ou diminui as cargas de trabalho dos profissionais de saúde. De forma geral, junto com a introdução de uma tecnologia, seja do tipo material e organizacional (como prontuário eletrônico) ou não material (acolhimento), há um aumento quantitativo do trabalho, denominado de sobrecarga, pelo fato de ter que se apropriar desse novo modo de operar um equipamento, um protocolo ou uma abordagem diferente com o usuário. (PIRES *et al.*, 2010, p.01)

5 O REGIME E O PROCESSO DE TRABALHO DA ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS INVESTIGADOS

Neste capítulo apresentamos as estruturas hospitalares estudadas sob gestões distintas (administração pública municipal, hospital municipal terceirizado para Organização Social de Saúde de direito privado e da iniciativa privada). Nesse capítulo, primeiramente, caracterizamos o aspecto físico e o atendimento aos usuários nos hospitais pesquisados através de levantamento etnográfico. Mensuramos a quantidade de horas trabalhadas pelas categorias profissionais a fim de destacar a majoritariedade das categorias de enfermagem nas unidades hospitalares. Também abordamos o significado da terceirização e subcontratação dos serviços nessas unidades.

Na parte de análise do trabalho dos profissionais de enfermagem, abordamos a trajetória profissional. Caracterizamos o tipo de regime de trabalho nas unidades através da abordagem do tipo de vínculo empregatício; a remuneração; sobre as transferências, promoções e demissões; as características do absenteísmo; a relação com a chefia; e a ação coletiva. Estritamente, sobre o processo de trabalho, abordamos a sobrecarga e intensificação, o predomínio relacional do ato do cuidado, os erros procedimentais e a saúde dos trabalhadores.

5.1 CARACTERÍSTICAS DOS HOSPITAIS PESQUISADOS: OBSERVAÇÕES ETNOGRÁFICAS

5.1.1 Hospital Público sob Administração Direta

O hospital público localiza-se na região central próximo ao terminal de ônibus, à estação de trem e a avenida de interconexão de vários municípios. A estrutura do hospital é composta por dois prédios de sete andares com um diminuto estacionamento indisponível aos usuários, onde os próprios funcionários disputam os

espaços das zonas não reservadas. A parte administrativa e a direção do hospital localizam-se no último andar. O complexo é composto por três entradas, pronto-socorro, ambulatório e de uma unidade básica de saúde ao lado do hospital. A apresentação disponível no site da secretaria é sucinta e não apresenta preocupações de propaganda e marketing somente à descrição das atividades “Atendimento de Emergência e Urgência do Pronto Socorro Adulto, Pronto Socorro Infantil, Ortopedia e Traumatologia; Cirurgia Geral; Serviço de Pronto Atendimento Clínico – PAC; Enfermarias (Clínica Médica, Ortopédica, Cirúrgica e Pediátrica); U.T.I (Unidade de Terapia Intensiva) Adulto; Serviços complementares – Raio X, Tomografia Computadorizada, Ultrassonografia, Eco cardiograma, Exames laboratoriais, Endoscopia, Colonoscopia e etc.”.

Ao adentrar o espaço do hospital, a impressão que se tem é de “aperto” ou “sufoco”, a estrutura física está longe de comportar o fluxo de usuários e funcionários. As paredes e os pisos estão desgastados. Na recepção das três entradas, a espera começa na “abertura de ficha”, o aguardo na recepção, muitas vezes, pode ser demorado devido ao número de pacientes. Nas salas de espera, as cadeiras quebradas e “adaptadas” são comuns. Os pacientes são observados pela guarda civil metropolitana em posto com vidro filmado. No hospital, combina-se longo tempo de espera em espaço deteriorado. Essa característica manter-se-á no espaço próprio do ato de cuidado. Especificamente sobre o espaço do pronto-socorro, a visão é típica da superlotação noticiada comumente pela imprensa, além dos leitos destinados, os corredores estão repletos de macas coladas uma na outra com familiares ao lado dos pacientes.

Acerca da qualidade do atendimento, as reclamações e as denúncias dos usuários ao conselho gestor da unidade são constantes. As principais referem-se à morosidade na marcação de consultas em clínicas especializadas (mais de três meses) em outros estabelecimentos municipais especializados, tratamento desrespeitoso por parte de médicos e demais profissionais. Em relação à qualidade dos quartos, os usuários criticam veemente a falta de conforto chegando até discutir a salubridade dos espaços. O centro cirúrgico é também alvo de descontentamento por parte das

equipes médicas. Em relação à limpeza, muitos disseram que a empresa terceirizada não dá conta do complexo.

5.1.2 Hospital gerido por Organização Social

O estabelecimento localiza-se em região de fácil acesso e próximo ao centro, o espaço é amplo composto por um prédio de oito andares cercado por amplo estacionamento. No andar intermediário acima do térreo, localiza-se o setor administrativo e diretoria gestora. As duas entradas para os usuários são uniformes (distintamente do hospital privado), acesso do estacionamento e a localização em frente à avenida. Ambas levam ao espaço do ambulatório em seções distintas: os consultórios de especialidade e no setor de exames. As instalações têm ótimo espaço de circulação, cadeiras confortáveis, em síntese o espaço do hospital tem uma característica moderna, mas simples.

A organização social gestora descreve os serviços oferecidos no *site* com clara preocupação de detalhamento máximo das atividades. As informações fornecidas pela organização social pretendem demonstrar competência para seus clientes, vale destacar que o cliente aqui não é o usuário do serviço, mas a própria administração municipal, pois é essa que contrata o serviço. Todo o texto é permeado com descrições técnicas de gestão hospitalar e informa a utilização de sistema de avaliação de desempenho em diversas dimensões, além de divulgar as metas mensais estabelecidas com a administração municipal. Apesar do princípio de qualidade ser descrito como forma do atendimento amplo à população, o foco não é no cliente individual. Contudo, no *site* existe a seção “*notícias*” onde os usuários atendidos tecem comentários sempre muito elogiosos. Acerca dos quartos e de hotelaria, um técnico que já trabalhou nos três estabelecimentos estudados sintetizou: “*A estrutura do hospital é intermediária, não é igual ao do (citação do hospital privado) que é impecável, mas é bem melhor que a do hospital público que eu considero uma lástima*”. O mesmo profissional também comenta não ver grandes diferenças no

atendimento propriamente dito, para além da aparência e da infraestrutura dos estabelecimentos.

Em relação aos serviços prestados, as características da cidade são facilitadoras da dinâmica da unidade, o setor do pronto-socorro ter “portas-fechadas”, ou seja, os casos atendidos são repassados por outra unidade no centro da cidade. Logo, a demanda de emergência é dividida. Os usuários relatam a espera de cerca de dois meses para a marcação de consultas em especialidades e um mês para exames em média, após o agendamento no dia do procedimento, praticamente, não existe demora no atendimento. Apesar desse período estabelecido, tanto trabalhadores quanto usuários disseram que a intervenção política de algum vereador pode “acelerar” o processo. Segundo os profissionais a gestão da organização social alterou-se a partir da mudança eleitoral da administração municipal. Os profissionais também caracterizam a atual direção do hospital como “*distante*” e com pouca disposição de envolvimento com as equipes.

5.1.3 Hospital Privado

O hospital privado localiza-se na região central, o estabelecimento tem dois prédios principais de oito andares e um prédio com função auxiliar. Possui duas entradas para os clientes, entrada frontal-ambulatorio e entrada traseira local do pronto-socorro localizada em ruas distintas. A terceira entrada é destinada à circulação de funcionários, transporte de suprimentos e materiais, serviços funerários localizada em rua lateral. Na entrada principal, deparamo-nos com o setor de recepção para internação e consultas, no mesmo piso, visitamos o *call center*. Confirmamos a distinção entre *front-office* e *back-office* previsto pela bibliografia da relação de serviços (ZARIFIAN, 2001; ALMEIDA, 2004). Na entrada secundária, o térreo é destinado ao pronto atendimento, o primeiro andar a realização de consultas, os demais andares são enfermarias especializadas (Pediatria, Maternidade e Berçário, Cirurgias, Ortopedia, exames especializados, U.T.I.’s (Adulto, Cardiológica e Infantil). O último andar é reservado para o setor administrativo, faturamento,

gerência de enfermagem e qualidade, assim como, a direção da empresa. Outro prédio está sendo construído para a ampliação da estrutura.

A diferença dos espaços hospitalares é nítida, logo, na recepção. A recepção frontal assemelha-se ao saguão de hotel ou praças de shopping centers. O lugar conta com cadeiras confortáveis, novos televisores, pé direito alto e com clima agradável pelo ar condicionado. A sensação de conforto sustenta-se também no rápido atendimento e recepcionistas atenciosas. Curiosamente, o local do atendimento do pronto-socorro é nitidamente mais simples. Segundo os gestores, a entrada frontal foi reformada recentemente. No decorrer da pesquisa, percebemos que o elemento definidor é o perfil da clientela. Observamos morosidade no atendimento do Pronto Atendimento, enquanto no ambulatório as consultas são rápidas. Essa diferença justifica-se pela diferença das qualidades de planos de saúde, os atendimentos do ambulatório destinam-se para conveniados de planos mais caros, enquanto o pronto atendimento atende planos baratos, além da possibilidade de agendamento prévio do primeiro setor. Nos demais setores pode-se notar o cuidado com a limpeza nos corredores, assim como, no quartos e uma boa estrutura de hotelaria. Adicionamos um elemento passível de controvérsia sobre a diferença das instalações a partir do tipo de atendimento prestado. A manutenção da estrutura antiga no saguão do pronto-socorro deve-se ao fato que o paciente necessita do atendimento com determinada urgência, logo, a ideia é que não “aprecie” durante tanto tempo o saguão¹²³. Todavia, na prática, a rapidez não acontece. Observamos pacientes que aguardaram cerca de duas horas e meia para o atendimento.

Ainda sobre a temática da relação de serviços, o texto de apresentação disponível no site tem como objetivo principal a captação dos clientes dos planos privados. Chama-nos à atenção como os termos “*tecnologia*” e “*moderno*” são

¹²³ Acerca da relação do paciente com o espaço dos serviços de saúde, muitas vezes, o sujeito tem tanta preocupação com sua condição de saúde e ignora as características do local é retratada no seguinte sentido nas palavras da peça de Pirandello “(...) mas nem todos os doentes reparam naquilo, mergulhados como estão no pensamento da sua própria doença...” (PIRANDELO, 2000, p.07). A impaciência em alguns momentos dos pacientes secundarizam a construção de um espaço mais agradável, pois os pacientes concentram-se na chamada da senha e no tão aguardado atendimento.

ressaltados sobre o termo humanização e qualidade¹²⁴. Termos como “*privativo*”, “*conforto*” e “*sofisticado*” também são utilizados. A diferenciação dos demais hospitais é nítida e concentrada na existência de equipamentos tecnológicos, inclusive, a propriedade do equipamento de ressonância magnética que os outros da região não dispõem, e outros descritos em destaque no “cardápio” de exames especializados. A estratégia de marketing parece ter sucesso, pois o hospital privado cresceu em número de atendimentos e amplia sua infraestrutura física constantemente. A enfermeira entrevistada do hospital, quando questionada sobre a qualidade do atendimento nas distintas formas de gestão, respondeu:

Você não tenha dúvidas que o melhor lugar para se dar atendimento é na rede privada, na rede privada que paga bem para o hospital, exemplo, o hospital x, eu posso colocar qualquer material na sala que o médico que queira usar para aquele plano x,y,ou z. Assim como aqui se o paciente tem o plano é preferencial ou top do top, [citação de um plano reconhecido por ser caro], para esse paciente eu dou tudo, dou apartamento, melhores materiais, o profissional é o mesmo, aquele paciente tem outro tipo de tratamento. Agora aquele que tem um plano inferior [citação de planos populares] ele vai ficar esperando daquele plano bem básico de metalúrgico e outros, ele vai ficar esperando autorização de uma cirurgia ou exame, às vezes, fica internado com a gente e na área pública entra na fila para fazer tudo quanto é tipo de coisa, desde (citação de hospital público que trabalhou anteriormente) tem uma agenda preenchida, onde o paciente só vai conseguir no outro mês. Não tenha nem dúvida de que na área da saúde o que prevalece é aquele que tem dinheiro, o plano de saúde melhor é aquele que paga o hospital (Enf.3).

Após a primeira entrevista, o auxiliar do hospital relatou ser comum que a direção do hospital “*pressiona*” os médicos nas indicações dos exames mais complexos além do objetivo de ter o maior número de cirurgias, por exemplo, os aparelhos de tomografia e ressonância magnética não devem ficar ociosos de nenhuma maneira porque seria desperdício de investimento. Segundo um dos enfermeiros (que fez questão de não ser identificado), o hospital não ganha dinheiro

¹²⁴ Sobre o uso mercadológico e propagandístico do termo tecnologia em saúde, temos acordo com Merhy *et al.* (2014), os autores observam: “(...) devido à construção social imaginária que associa qualidade da assistência e produção de vida com densidade tecnológica dura – essa construção é produzida subliminarmente a partir dos diferentes agentes que atuam no campo da saúde, gestores, empresários, operadoras, prestadores, trabalhadores e, até mesmo, pelos que são assistidos pelos serviços assistenciais – os usuários” (Merhy *et al.*, 2014, p.152-153)

no pronto socorro, ganha dinheiro no centro cirúrgico e nas U.T.I's. Para o profissional, a direção da empresa influencia o conjunto dos médicos para encaminhar os pacientes para tratamentos mais longos, eventualmente, ocorrem conflitos com alguns médicos. Estrategicamente, médicos experientes são alocados no pronto-socorro para o hospital não perder “oportunidades”. Desse modo, a “caça” de possíveis quadros clínicos em que há necessidade de cirurgia é tarefa estabelecida. Após visitas e outros depoimentos, constatamos que essa busca incessante na realização de procedimentos mais complexos é a garantia de maior rentabilidade e pagamento das operadoras de saúde. Alguns profissionais mencionaram casos de pacientes ficarem mais tempo do que deveriam nos quartos de U.T.I. Nesse sentido, as palavras da gerente de enfermagem do hospital são elucidativas:

O hospital é negócio, o hospital é uma empresa, eu te digo mais, o hospital público é um negócio, não existe hoje nenhum hospital que não seja uma empresa tudo gira em torno de negócio, quantas cirurgias eu vou ter, quantos exames eu vou fazer, produção (dito de forma enfática) a qualidade veio como uma forma de dizer que aquela produção está sendo feita de uma forma adequada, de forma segura, com um mínimo de segurança. Mas não tenha dúvidas, o administrador que está lá na ponta precisa do dinheiro, nossa carga tributária é enorme, para eu manter o profissional aqui só de tributos, ele custa cem eu vou pagar trezentos, (...) você ser empresário também é complicado (Enf.3).

Em outra passagem, a gerente de enfermagem opina sobre essa relação nos hospitais públicos:

Já trabalhei em um único hospital da rede pública (...), eles trabalhavam com metas de atendimento assim como qualquer hospital têm, o hospital público para mandar e ganhar verba para aprovar o orçamento, por isso que te digo que o hospital é negócio (Enf.3).

5.2 DISTRIBUIÇÃO DE HORAS POR CATEGORIA PROFISSIONAL DOS HOSPITAIS PESQUISADOS

Com o objetivo analítico de mensurar a força de trabalho alocada por funções nessas instituições, quantificamos as horas de cada segmento profissional,

multiplicando as jornadas individuais pela quantidade de profissionais. Optamos por esse tipo de mensuração porque entendemos que retrata a presença das categorias nos hospitais de forma mais precisa, pois a jornada de trabalho pode ser radicalmente distinta entre os profissionais. Logo, o número absoluto de profissionais por categoria não corresponde ao nosso interesse de demonstrar a majoritariedade dos profissionais de enfermagem. Nosso propósito refere-se ao diagnóstico da importância que as categorias de enfermagem têm no cotidiano dos serviços, assim como, comparar a proporção entre profissionais de nível médio e graduados, especificamente, na enfermagem. Outra questão refere-se se a diferenciação do perfil das instituições que resulta em distinções proporcionais das horas trabalhadas pelas categorias profissionais. Pelos dados extraídos do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), no mês de Janeiro de 2014. A composição de segmentos sempre está sujeita às modificações, principalmente, na gestão privada e terceirizada. Outra ressalva foi realizada por muitos profissionais e gestores que alertaram sobre a desatualização da base de dados em função da ausência de informações das direções do hospital.

Os dados referentes às categorias de enfermagem demonstram numericamente a participação desses profissionais nas estruturas hospitalares. Segundo os gráficos 4, 5 e 6, os profissionais de nível médio e os enfermeiros representam no hospital público, terceirizado e privado, respectivamente, 41,66% e 9,70%; 45,94% e 11,33%; 35,60 e 11,30%.

Gráfico 4: Distribuição de Horas por Categoria Profissional do Hospital Público, 2014

Fonte: CNES/2014¹²⁵

Gráfico 5: Distribuição de Horas por Categoria Profissional do Hospital Gerido por Organização Social, 2014

Fonte: CNES/2014

¹²⁵ Dados obtidos em Janeiro de 2014 através do CNES Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

Gráfico 6: Distribuição de Horas por Categoria Profissional do Hospital Privado, 2014

Fonte: CNES/2014

Somente na unidade privada, as categorias da enfermagem não ultrapassam 50% da atuação da força de trabalho representada em horas. Outro fator observado é a baixa participação das horas trabalhadas pelo enfermeiro em relação aos técnicos nos hospitais pesquisados, inclusive, provavelmente, os três hospitais contrariam a resolução sobre o dimensionamento do quadro de profissionais (Conselho Federal de Enfermagem, 2004) no que tange o número de enfermeiros necessários¹²⁶.

Destacamos também, a disparidade entre os percentuais das horas trabalhadas dos médicos contratados nas unidades: 22,36% no público; 21,49% no terceirizado; e somente 4,40% no hospital privado. Esse número se justifica pela prática mais desenvolvida no hospital privado em relação aos demais de contratação sem vínculo trabalhista. Sobre a temática, retomamos a discussão apresentada por Donnangelo em que expõe a heterogeneidade do tipo de inserção dos médicos no mercado de trabalho oscilando entre os polos de assalariamento e a autonomia por exercício

¹²⁶ Esse tema será abordado adiante na análise das entrevistas, na opinião majoritária dos enfermeiros, existe uma escassez de vagas em relação ao número de enfermeiros disponíveis no mercado.

liberal ou empresarial. A partir dessa heterogeneidade, a autora diagnostica a tendência de perda de autonomia do trabalho médico no contexto da década de 1970, porém também se revela atual¹²⁷.

A partir de nossas observações nos casos estudados, essa heterogeneidade amplia-se, soma-se a ela, por exemplo, a prática comum dos empregadores do setor privado da contratualização “*pjotista*”. Logo, os médicos trabalham como assalariados, mas não recebem os direitos correspondentes. Conferimos essas práticas nos hospitais terceirizados e da iniciativa privada. Amplamente, identificamos dois extremos na inserção do profissional médico no mercado de trabalho no Brasil: 1- tornou-se comum o acúmulo de vários postos, muitas vezes, sem vínculo empregatício; 2- A participação como administradores, gestores, empresários ou como dirigentes da cooperativa União dos Médicos (UNIMED). A centralidade conferida aos médicos nos serviço de saúde permite a existência dessa operadora de plano de saúde. Esse último exemplo demonstra como ainda se mantém parcialmente o poder originário para determinado segmento de médicos no processo de trabalho coletivo em saúde que se amplia na esfera social e econômica¹²⁸. Sendo inimaginável que alguma das outras profissões em saúde pudesse ter uma organização corporativa com características de mega empresa.

¹²⁷ Donnangelo diz: “Não obstante as informações disponíveis permitirem uma caracterização mais genérica da categoria ocupacional, optou-se no momento, pela adoção de uma perspectiva que, limitando a exploração desse material, parece, entretanto, bastante fecunda por referir-se a um processo que afeta a totalidade das profissões tradicionalmente liberais: a perda da autonomia no mercado. Não equivale a dizer que se pretenda caracterizar integralmente esse processo, quer em relação ao médico, quer em suas implicações analíticas possíveis (...) Médico enquanto trabalhador especializado, participa do mercado e se relaciona com o conjunto de meios de produção de serviços de saúde. Daí decorre maior ênfase na heterogeneidade da categoria ocupacional, em termos dos tipos de oportunidades de trabalho a que tem acesso esses profissionais, do que em sua homogeneidade, resultante da sujeição a processos comuns de formação nos aspectos técnicos-científicos” (DONNANGELO, 1976, p.10).

¹²⁸ Foucault apresenta historicamente a associação do poder médico e a possibilidade de centralidade econômica na estrutura hospitalar “A partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. A ele se pergunta como se deve construí-lo e organizá-lo, e é por este motivo que Tenon faz seu inquérito. A partir de então, a forma do claustro, da comunidade religiosa, que tinha servido para organizar o hospital, é banida em proveito de um espaço que deve ser organizado medicamente. Além disso, se o regime alimentar, a ventilação, o ritmo das bebidas, etc., são fatores de cura, o médico, controlando o regime dos doentes, assume, até certo ponto, o funcionamento econômico do hospital, até então privilégio das ordens religiosas. Ao mesmo tempo, a presença do médico se afirma, se multiplica no interior do hospital. (...)” (FOUCAULT, 2007, p.63)

Outra diferença que nos chamou a atenção é a maior proporção de horas trabalhadas da categoria recepcionistas no hospital privado (22,7%) em relação ao público (9,4%) e o terceirizado (0,37%). A unidade privada é a única que desenvolve relação de serviços com enfoque no usuário como consumidor. Problematicamos quais são os parâmetros dessa priorização, mas a estrutura profissional demonstra que esse tipo de gestão conforma um setor de *front-office* para atender e fidelizar clientes para aumentar a rentabilidade da unidade. A disposição entre os segmentos está em constante movimento principalmente pela terceirização. Porém, recentemente, em abril de 2014, o hospital privado terceirizou todo o setor de recepção. A terceirização também é o motivo pelo diminuto número de recepcionistas do hospital terceirizado; consta somente o contrato direto de dois mordomos de hotelarias e três recepcionistas de consultório dentário ou de médico. Sobre o hospital público, parece-nos não existir a preocupação com o atendimento ao público.

5.3 HOSPITAL COMO NÚCLEO DE REDE DE SERVIÇOS SUBCONTRATADOS

Desenvolveremos a partir da análise acerca do trabalho de Durand (2003) e da externalização apontada por Gadrey (2001) como a tendência crescente de terceirização de todas as unidades estudadas relacionam-se com a expansão da relação de serviços e organização pós-fordista. Esse processo surgiu no seio fabril e expandiu-se para todo tipo de organização empresarial. A pressão nos nós dessa rede correlaciona-se com a organização interna em que cada trabalhador é equiparado a uma “empresa” que deve oferecer o serviço no momento correto para suprir as necessidades do empregador ou contratante.

A respeito da estrutura dos hospitais investigados, apesar das diferenças de clientela e objetivos das instituições, os três hospitais têm o princípio organizativo da descompartimentação, “externalização” das suas atividades ou a constituição do hospital rede nas três formas de administração. No período anterior, as unidades

hospitalares tinham seções e divisões próprias em todo seu funcionamento. Na atualidade, diversas funções (centrais ou não) são terceirizadas para subcontratantes, tais como, determinadas clínicas médicas, como a pediatria e outros setores de exame e de atividades de apoio; a seção de radiologia, banco de sangue, laboratório de análises patológicas, limpeza, cozinha e outros. Essa alteração é nítida nos hospitais municipais (público e terceirizado). O hospital privado foi fundado na década de 2000, logo, a sua constituição já ocorreu sobre o princípio da subcontratação, mas mesmo assim esse processo foi se acentuando.

Identificamos nos hospitais, a organização análoga à integração firma-rede de outros setores econômicos. Essa integração reticular prevê descompartimentalização das atividades e hierarquização da rede de serviços, externalizando suas atividades ou subdividindo no mesmo espaço serviços que são de responsabilidade das empresas contratadas. A consequência desse processo, nos serviços de saúde, é uma diminuição significativa dos funcionários estatutários ou celetistas que convivem cada vez mais com as várias empresas prestadoras de serviços auxiliares e, muitas vezes, de serviços vitais para o funcionamento da unidade. Sobre essa característica, Durand observa: “(...) *a estrutura núcleo-periferia reforça as pressões do tempo exercida sobre os empregados em situações de trabalho transformado, em que a concorrência, serve também de pretexto para reduzir as porosidades no tempo de trabalho*” (DURAND, 2003, p.142). A enfermeira do hospital privado descreve essa tendência do seguinte modo:

Aqui terceirizou quase tudo, a enfermagem não é terceirizada porque não pode porque ela é atividade meio¹²⁹, ela é o único setor que não pode ser terceirizado, terceirizou tudo o atendimento (...). Os médicos são autônomos mesmo, médico não é C.L.T em hospital nenhum, eles são profissionais autônomos, mas você que na maioria dos hospitais não só aqui, todos os hospitais estão migrando para terceirização, porque hoje está muito difícil para pessoa sobreviver no nosso país com essa carga

¹²⁹ Corrigimos a declaração da profissional, quando essa diz que a enfermagem não pode ser terceirizada por ser atividade meio, quer dizer o oposto a enfermagem não pode ser terceirizada de acordo com a justiça por ser atividade fim. Sinteticamente, a definição de atividade-meio é aquela que não é atividade principal do objetivo da organização (empresa ou ente público) embora sejam atividades fundamentais para a execução dos objetivos, como atividade-fim refere-se ao objetivo e a atividade central da organização. Em nosso caso específico, as categorias de enfermagem enquadram como atividade-fim nas unidades hospitalares.

tributária enorme. (...). Farmácia, Fonoaudiologia, Fisioterapia, Nutrição, Atendimento, Segurança, Higienização (Enf.3).

Para além da incorporação do discurso patronal por parte da profissional, depreendemos de seu relato a dinâmica da estrutura núcleo e periferia. O hospital é o núcleo de uma rede¹³⁰, sobre a situação do trabalhador terceirizado é interessante observar a pressão pela qual sua condição de trabalho é submetida, a mesma pressão advinda da concorrência se mantém sobre os funcionários das subcontratadas¹³¹. Sobre as atividades de enfermagem não localizamos a terceirização direta dos profissionais nos hospitais investigados e na bibliografia da área. Dito de outro modo, nenhum hospital terceiriza a contratação e o emprego do corpo de profissionais da enfermagem que atuam diretamente no espaço hospitalar sob a direção de uma empresa subcontratada, porém, na medida em que a externalização é uma tendência da organização pós-fordista na relação de serviços, a terceirização de sub serviços especializados é comum. No caso dos serviços em saúde, as unidades especializadas de exames de diagnósticos são terceirizadas (rede) em relação ao hospital (núcleo), por consequência, os profissionais da enfermagem dessas unidades sofrem as consequências desse modelo. Zamberlan e Siqueira (2005) comentam sobre tal situação:

(...) a proposta de refletir sobre a influência da terceirização no processo de cuidar em enfermagem procurando visualizar, especificamente, uma unidade diagnóstica e terapêutica por imagem de alta complexidade – hemodinâmica – visto que, a partir da prática profissional vivenciada, foi constatado a falta de preparo e de conexão entre as equipes de enfermagem ao cuidarem de clientes submetidos a intervenções hemodinâmicas. Cabe ressaltar que o serviço de hemodinâmica é terceirizado na instituição de referência em estudo, realiza a terapêutica e o diagnóstico cardiovascular, recupera esta clientela nas primeiras horas pós-intervenção e encaminhando-os, posteriormente, para as unidades de internação (não terceirizadas).

¹³⁰ Durand argumenta sobre esse aspecto: “A empresa reticular aparenta-se, assim, a um conjunto de satélites cada vez mais complexo, caracterizado por intensiva troca de informações (...). Como se verá, essas últimas participam em grande medida do reforço das pressões do tempo exercidas sobre os empregados em situações de trabalho transformadas, em que a concorrência, de resto bem real, serve também de pretexto para reduzir as porosidades no tempo de trabalho” (DURAND, 2003, p. 141)

¹³¹ Nas palavras de Durand “De forma geral, a famosa relação cliente-fornecedor aparece, sem nunca tê-lo declarado, como uma conceituação do fluxo tensionado: não apenas aplica-se simultaneamente aos serviços (do qual ela é originária) e à indústria, mas também reúne a totalidade das características do fluxotensionado, qual seja, entregar *just-in-time* a quantidade demandada de bens ou de serviços, da qualidade requisitada, sempre a preço mais baixo” (Ibid., p.148)

(...)

Podemos constatar que em relação a força de trabalho da enfermagem a idéia de terceirização já atingiu diversas instituições. Essa nova realidade necessita adaptações em busca de novas formas de convivência, o desenvolvimento de conhecimento específico e a interconecção/integração dos serviços.

A enfermagem encontra-se envolvida neste processo uma vez que participa da equipe multiprofissional, prestando o cuidado, planejando e coordenando ações e possibilitando espaço com vistas à prevenção, promoção e recuperação da saúde.

Como já citado anteriormente, dentre as unidades que mais se destacam como terceirizadas encontram-se as de diagnósticos e intervenção por imagem, motivo escolhido como objeto de reflexão, e por isso ressaltar-se-á aspectos referentes, especificamente, à unidade de hemodinâmica (ZAMBERLAN E SIQUEIRA, 2005, p.728-730).

Logo, existe gradação entre a terceirização de um setor dentro do estabelecimento e da externalização desse como serviços especializados. Os efeitos da terceirização sobre outras categorias de trabalhadores da saúde tem maior agravo na primeira configuração, sobretudo a pressão sobre o cotidiano do trabalho. Exemplificamos essa pressão por episódio relatado no hospital público, em que determinada empresa de radiologia atrasou salários por três meses e os trabalhadores continuaram a trabalhar, porque caso manifestassem alguma resistência, a empresa a qual estavam vinculados poderia perder a prestação serviço e, conseqüentemente, perderiam seus empregos. As respostas sobre o ocorrido foram contraditórias. Os proprietários da empresa diziam que administração municipal atrasava recursos. Na outra ponta, a direção do hospital argumentava que as empresas não cumpriam a sua parte do contrato. Como desfecho, a administração rompeu o contrato com essa prestadora.

Ainda sobre o setor da radiologia, relatamos o caso do hospital privado. Há alguns anos, os proprietários terceirizaram o setor, em que a empresa subcontratada era de propriedade de ex-funcionário de outro estabelecimento hospitalar que se desvinculou do regime regular ordenado pela Consolidação das Leis Trabalhistas (C.L.T). Desse modo, o técnico tem representação como firma jurídica. Em um primeiro momento, esse trabalhador considerou uma boa oportunidade, mas com o passar do tempo, percebeu que seus rendimentos não aumentaram proporcionalmente às horas trabalhadas e não contava mais com direitos trabalhistas. O limite atribuído

pela legislação prevê que sua categoria tem a jornada de vinte quatro horas semanais (BRASIL, 1985). Na situação terceirizada, o técnico trabalhava sessenta horas por semana. Recentemente, devido à mobilização sindical, o setor teve sua terceirização revertida na contramão da maré de aprofundamento das terceirizações.

Na opinião dos gestores dos três hospitais, a terceirização não é só necessária, como imprescindível. Segundo os próprios, a economia e os problemas transferidos aos terceiros, não administrar mais setores, compensa os problemas recorrentes dos contratos com as subcontratadas. Contraditoriamente, os gestores e os profissionais da enfermagem dos três hospitais criticaram a qualidade dos serviços subcontratados, por exemplo, os atrasos na entrega de resultado de exames realizados pelos laboratórios terceirizados foram. Destacamos o relato do enfermeiro do hospital público, sobre a qualidade dos serviços prestados, nas palavras do profissional:

Então, uma das coisas que me chocam um pouco porque tem noite que o profissional daqui não tem como jantar porque não sobra comida, porque vem o pessoal de fora para jantar aqui, vêm os guardas, pessoal do trânsito e, muitas vezes, o profissional do hospital fica sem refeição (...). Várias vezes (...) Tem o problema com os pacientes porque as coqueiras não deixam a comida é para todos os pacientes, tem até as oito horas para fazer a solicitação de mandar uma dieta, se não for até as oito, é só um chazinho de bolacha. Aí eu digo para você, paciente que tem uma tuberculose que precisa comer uma comida balanceada (...) ele já não almoçou, chega à noite e ele não jantou... (Enf. I)

Em nossa opinião, o processo de terceirização cumpre papel de redução de custos com a flexibilização de direitos trabalhistas tanto no setor público quanto no privado. Acerca da qualidade dos serviços subcontratados e das condições de trabalho, esse processo demonstra suas mazelas, porém, segue sendo defendido incisivamente em nome da economia de recursos e da rentabilidade. A terceirização da gestão dos hospitais segue o mesmo sentido. Os gestores (secretário municipal e diretor do hospital) apontam que a terceirização do hospital é a melhor alternativa, inclusive, ocorreu essa tentativa há alguns anos, sendo inviabilizada pela justiça. Todos os problemas do estabelecimento são justificados pelo grande número de usuários e com o discurso político de que já foi pior anteriormente. A postura da administração municipal é criticada duramente praticamente por todos os

funcionários que abordamos. O enfermeiro do hospital público comentou sobre a qualidade do atendimento:

Por ser uma instituição pública tende um pouco mais para o lado da política e a política não está levando em conta aquilo que a gente sabe o que tem que oferecer para o paciente, essa falta de funcionário não deveria acontecer (...) ia ter um concurso agora, mas muitas pessoas se recusaram a prestar por causa do salário. (Enf.1)

A técnica do hospital representa o sentimento comum dos trabalhadores, em suas palavras: “Na minha opinião, (o atendimento) não é bom (...) porque falta tudo, falta estrutura, falta condições de trabalho.” No atual momento, a administração municipal seleciona Organização Social de Saúde para administrar a unidade.

5.4 ANÁLISE DO TRABALHO EM ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS PESQUISADOS

Nosso propósito é descrever o cotidiano dos profissionais de enfermagem nas unidades hospitalares investigadas à luz da interpretação teórica apresentada anteriormente. Logo, não almejamos a descrição técnica do processo de trabalho; depreendemos a sua racionalização e suas características. Na análise das entrevistas e eventuais observações do relato etnográfico, fundamentamo-nos no paradigma do fluxo tensionado proposto por Durand (2003) e na adaptação dos regimes fabris de Burawoy (1990), guardadas as peculiaridades da proposta original e de nossa aplicação. Adicionamos às questões relacionadas a dinâmica relacional das atividades em saúde da discussão de Gadrey (2001), assim como, pela abordagem do tipo vínculo empregatício a partir de Nichols *et al.* (2004). Outros temas surgidos no contato com o objeto e no desenvolvimento da pesquisa também são abordados.

Apesar das diferenças dos setores entre os hospitais estudados, a maioria dos entrevistados, à exceção da enfermeira da unidade terceirizada, apresenta

histórico de polivalência e vivenciou diversos setores, a ponto de terem dificuldade de listar por quantos setores trabalharam. Constata-se, nas entrevistas e nas visitas, a polivalência como característica fundamental dos profissionais da enfermagem, a ponto de quando questionados sobre em quais setores trabalharam, a resposta ser “*quase tudo*” ou “*todos*”. A maioria dos entrevistados refere-se a esse processo “*como tapar buraco*”. O constante remanejamento é algo comum na realidade desses profissionais nos três hospitais estudados. Além da polivalência, é comum a experiência em diversos estabelecimentos, inclusive, com dois e até três vínculos de emprego. Esse aspecto manifesta-se nos relatos dos entrevistados que comparam as distintas formas de gestão (administração direta e indireta-terceirizada (Organizações Sociais) e a iniciativa privada). Assim como, observamos o estabelecimento de uma relação salarial, na qual o exercício de mais de um emprego (público, terceirizado ou privado) é comum e vista como solução para os baixos salários. Observamos também que os administradores transitam entre as três formas de administração.

5.4.1 Trajetória e Perspectiva dos Trabalhadores da Enfermagem

Na análise da origem social pela trajetória profissional dos auxiliares, técnicos e enfermeiros graduados entrevistados não representaram setores socialmente distintos. Provavelmente, essa diferenciação não foi evidente pelo recorte sobre uma região específica em três unidades, com poucas disparidades de estrutura de recursos humanos. A partir da visão de conjunto, sendo considerada a pluralidade dos estabelecimentos, auxiliares e técnicos têm menor escolaridade e renda, enquanto enfermeiros advêm de melhores condições sociais econômicas em média¹³². Sendo assim, supomos determinada diferenciação social, pois também não localizamos na literatura nenhuma mensuração sobre a condição social do conjunto dos profissionais da enfermagem. A origem dos sujeitos e a determinação “legalista-taylorista” da enfermagem reflete-se num determinado *ethos* profissional diferenciador. Uma enfermeira mencionou que é comum que, em momentos de

¹³² Segundo o COREN-SP não existe dados socioeconômicos no cadastro dos profissionais inscritos no Conselho (ANEXO I). Desse modo, não foi possível estabelecer um comparativo entre graduados e profissionais de nível médio.

eleição do conselho profissional, os enfermeiros digam para os auxiliares e técnicos que eles estão nas maiores filas para votar porque não estudaram. Nos últimos anos, com a expansão dos cursos superiores, essa situação não é estática, porém ainda mantém-se forte diferenciação socioeconômica entre as ocupações.

Acerca do ingresso no mercado de trabalho como profissional de enfermagem todos os entrevistados disseram que optaram pelo segmento, motivados pelo “gosto” ou vocação primeiramente, ou seja, desejo de trabalhar com saúde. As experiências forjadoras dessas escolhas são variadas: contato com esse tipo de trabalho no exército, familiares doentes, desejo frustrado da formação médica, relação subjetiva de convivência com a morte etc. Para além do discurso, interpretamos essa diversidade de experiências dos sujeitos e o modo como esses interpretam a “escolha” da profissão com a análise de sua trajetória pregressa e o ingresso no mercado de trabalho. Esse aspecto não é ignorado pelos profissionais, apesar de ser considerado somente quando questionados sobre a questão dos empregos anteriores e o primeiro emprego na enfermagem. De forma implícita, o relato da maioria dos profissionais ingressantes na enfermagem corrobora a decisão de ingresso na enfermagem motivado, principalmente, pela formalização obtida por duas vias: 1) garantia do emprego respaldado pela CLT com carteira assinada; 2) ingresso por concurso nos serviços públicos.

A respeito da primeira forma, a formalização pela carteira assinada tem significativa relevância, embora isso ocorra junto com o aumento do emprego formal no país nos últimos anos. Segundo o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), a informalização ainda representa 43% da população economicamente ativa em 2012 (IBGE, 2014). Constatamos nas entrevistas que as atividades pregressas dos profissionais são permeadas pela informalização, como por exemplo: pintor sem carteira assinada; trabalhadora do lar; cozinheira e babá. Em outras palavras, os profissionais da enfermagem têm, muitas vezes, o primeiro acesso aos direitos trabalhistas, tais como, férias, décimo terceiro salário, depósito de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), rescisão em caso de demissão e seguro-

desemprego¹³³ quando estão ocupados na área. A única trabalhadora formal foi auxiliar de produção metalúrgica por dezesseis anos, mas ficou desempregada após os quarenta anos. Ela relata do seguinte modo o seu ingresso na enfermagem:

(...) por causa da idade (...) eu pensava, às vezes não vai mais compensar, eles (empregadores) não vão deixar de pegar uma menina de vinte para pegar uma de trinta né? Nossa, quando eu resolver estudar, eu nem vou ter mais chance no mercado de trabalho (...) porque era muito tarde (Téc./Aux.2).

Posteriormente, confirma ter conseguido emprego logo após o término do curso.

Estritamente, sobre os enfermeiros: a profissional do hospital terceirizado trabalhava no setor de comunicação e migrou posteriormente; já os demais ingressaram na área como atendente e secretária de médico. Chamamos a atenção para a trajetória profissional do enfermeiro do hospital público. Sua história de vida condicionará sua postura nas relações de trabalho e a valorização da profissão de enfermeiro. Ele trabalhou em olaria aos nove anos de idade no interior de Minas Gerais; posteriormente, em São Paulo, foi vendedor informal. A sua transição para a área de saúde ocorreu quando era *office-boy* de um hospital. Esse tipo de transição interna foi relatada como comum, segundo a enfermeira do hospital terceirizado: “*Tem gente que era da limpeza aqui e que hoje é técnico, tem gente que era recepcionista e hoje é técnico*” (Enf. 2). A técnica do hospital público era cozinheira de uma instituição filantrópica que também prestava serviços de saúde e realizou essa transição. Coerentemente, todos entrevistados declaram serem oriundos de famílias pobres. A centralidade do vínculo formal pela maioria dos entrevistados é confirmada com a informação de não conhecerem o desemprego após a formação como técnico de enfermagem, embora, contraditoriamente, os graduados relatarem momentos de desemprego. Somente um profissional de nível médio trabalhou como *home-care* (cuidador) informalmente.

¹³³ Adiante abordaremos os direitos adicionais do servidor público.

Ainda sobre o tema, na bibliografia encontramos muitas semelhanças entre os relatos dos trabalhadores no artigo de Aguiar e Soares (2004) que analisa a categoria dos atendentes de enfermagem (categoria extinta) e nos relatos dessa investigação. Os depoimentos das trabalhadoras acerca de sua origem social, vida profissional e o ingresso na área de enfermagem por cursos de formação têm conteúdo muito próximo ao expresso pelos trabalhadores entrevistados dessa pesquisa. As autoras demonstram como os processos de qualificação profissional formaram atendentes em auxiliares e garantiram empregos direitos trabalhistas, assim como, alterações progressivas na condição de vida dessas trabalhadoras. A descrição da situação anterior à formação profissional das trabalhadoras também converge com a situação de informalização observada na investigação dessa pesquisa, inclusive com a citação de algumas ocupações informais idênticas. Aguiar e Soares (2004) demonstram como a formação profissional e o emprego tornam-se um acesso aos direitos da cidadania, anteriormente negados. Nos exemplos do artigo, a transição interna das atendentes foi atingida através da realização de programa de formação técnica provido pela secretaria municipal de São Paulo. A garantia do emprego formal tanto pelo vínculo celetista ou ingresso no serviço público também foi demonstrada. Conforme relato presente das trabalhadoras no artigo:

(...) e foi assim muita luta, meu pai sempre trabalhando, difícil para criar três filhos, mas com 14 anos eu já fui trabalhar fora né, eu sempre trabalhei fora (OLÍVIA).

Minha família veio do interior (...). Eu nasci aqui em São Paulo e minha vida foi sempre assim simples, família pobre, humilde (...) Não tive a chance de estudar e não quis também (CLÁUDIA).

Aí eu parei de estudar e fui trabalhar como babá (...) eu devia ter de 10 para 11 anos (...). Mas eu sempre tive vontade de estudar (...) aí a gente sufoca aquele sonho dentro da gente, a gente sufoca e vai trabalhar né (...) Quem vinha de fora ou do interior, só para mulher, chegava aqui, a única coisa, a única opção que tinha era trabalhar de doméstica (CELINA).

(...)

Aí eu prestei o concurso e passei (...). Antes do concurso da prefeitura eu prestei um concurso do Estado (...) e passei em terceiro lugar. (...) Lá no Vila Maria também a gente fez uma prova de seleção para entrar lá que foi muito concorrida (...) e eu entrei lá (CELINA); (AGUIAR e SOARES, 2004, p.618-620)

Em nossa visão, os profissionais não assumem explicitamente essa escolha, porque a opção da enfermagem, enquanto mera garantia de inserção no mercado formal é contraditada pelo viés idealista da profissão. No contato com os trabalhadores, em diversos momentos surgem críticas aos profissionais que escolheram a área da enfermagem pela única possibilidade relativa à estabilidade de emprego, sendo esses caracterizados como mercenários e insensíveis no ato do cuidado. O enfermeiro do hospital público também é professor de curso técnico de enfermagem, que tem a duração de doze a dezoito meses e critica a maioria das pessoas que o realizam e se tornam profissionais pelo emprego e pelo dinheiro, não tendo comprometimento. De forma semelhante, a enfermeira do hospital privado relata:

Antigamente, os profissionais que trabalhavam que ingressavam na área da saúde desse nível médio, eles estavam na área da saúde por algum propósito que não era necessariamente ganhar dinheiro. Hoje faz um curso de um, dois anos, você já tem dois, três empregos (entra na área da saúde) para não ficar desempregado (...). Eu desacredito da área da saúde, eu vejo cada vez mais, as pessoas entrarem na área para ter um emprego e não porque gostam. Quando eu selecionava pessoas, eu tinha muita dificuldade de achar profissional. Quando assumi o cargo de gerente de qualidade, eu fiquei quase um ano dando aula de fisiologia para meus funcionários, auxiliar, técnico e enfermeiro, porque eles saíram do ensino superior e do ensino médio, sem conhecer nada, eu não queria deixar o paciente sofrer com aquilo (...). (Enf. 3)

Do ponto de vista dos futuros profissionais, realizar o curso técnico é a certeza do emprego, apesar da consideração do trabalho como desgastante e mal remunerado. Para esses trabalhadores estar empregado com vínculo formal (celetista ou estatutário) é um avanço em comparação com as atividades laborais anteriores. Sinteticamente, caracterizamos esses profissionais como oriundos da fração de classe caracterizada como subproletariado¹³⁴, isto é, não estavam inseridos no mercado de

¹³⁴ Referenciamos-nos nas categorias de superpopulação relativa que tem a desqualificação como característica e está submetida às oscilações do desemprego sistêmico. Marx realiza quatro distinções dessa superpopulação, o primeiro grupo seria a reserva móvel da força de trabalho, trabalhadores que transitariam entre os setores produtivos com desemprego momentâneo; o segundo grupo é marcado pela característica “latente” na qual as populações ficariam disponíveis ao mercado pelo desenvolvimento capitalista, exemplo dos trabalhadores rurais em direção à cidade; o terceiro grupo é o mais relevante para a nossa caracterização, nas palavras de Marx: “A terceira categoria da superpopulação relativa, a estagnada, constitui parte do exército ativo de trabalhadores, mas com

trabalho, pois o trabalho doméstico, as atividades informais ou os mais variados tipos de “bicos” eram sua referência. Desse modo, conformam um setor da força de trabalho com raízes na precarização de direitos e na informalização.

Em nossa visão, a crítica é desqualificadora e refere-se, principalmente, aos auxiliares e técnicos. Ela transcende a relação profissional, ao caracterizar como “insensível” o profissional que ingressa no segmento somente para a conquista do emprego. Também é utilizado politicamente por gestores como resposta às reivindicações econômicas e à ação coletiva. Segundo relatos, o trabalhador que reivindica é visto como ingrato pelas direções que lhe ofereceram a oportunidade de emprego e taxado como profissional irresponsável por preocupar-se com “outras coisas” alheias ao trabalho. Essa visão foi manifestada na avaliação de gestores acerca de uma greve ocorrida no hospital público em 2011. Assim como, em situações de conflitos no hospital privado e terceirizado. Entendemos essa transição para o segmento das categorias da enfermagem pelo aumento considerável da oferta de emprego do setor¹³⁵.

Após o ingresso, a relação do profissional de enfermagem com emprego, tanto de nível médio quanto de ensino superior é contraditória, pois, por um lado, o medo da demissão é presente e agrava-se nas instituições privadas, por outro lado, há a sensação de que no mercado de trabalho existem muitas vagas disponíveis. Conforme disse a maioria dos entrevistados, dificilmente se fica sem emprego nesse ramo, porém, ao mudar de emprego, é sempre um novo recomeço no sentido de reconstruir relações e de adaptação. A maioria dos profissionais abordados relata que o emprego de enfermeiro é mais escasso do que de nível médio, apesar das designações obrigatórias previstas na lei de exercício, especificamente, sobre a supervisão dos procedimentos realizados por técnicos e auxiliares. Os hospitais burlam o dimensionamento que prevê obrigatoriedade do enfermeiro, a fim de

ocupação completamente irregular. Ela proporciona, assim, ao capital, um reservatório inesgotável de força de trabalho disponível. Sua condição de vida cai abaixo do nível normal médio da classe trabalhadora, e exatamente isso faz dela uma base ampla para certos ramos de exploração do capital”(MARX,1985, p.208). O quarto grupo refere-se ao “lumpemproletariado” como segmento mais pauperizado.

¹³⁵ Aspecto abordado no capítulo quatro, no subitem 4.2.3 A Relação da Tecnologia e o Processo de Trabalho em Enfermagem com a progressão sendo representada pelo GRÁFICO 3: Progressão Anual dos Inscritos no Conselho Profissional.

reduzir custos¹³⁶. Em relação aos custos, os graduados dizem que os empregos não são de altos salários, mas são maiores que os dos técnicos, assim, para economia dos gastos com a força de trabalho, os profissionais de nível médio são preferidos aos graduados.

Na visão de alguns enfermeiros abordados, outro fator associado a essa situação, seria a “massificação” de formados na área, que além da quantidade excedente de profissionais, prejudicaria a qualificação do ofício devido ao despreparo¹³⁷. Segundo relata a enfermeira do hospital privado: *“Do meu curso de graduação, só eu e mais duas colegas conseguimos ser enfermeiras, os demais tem alguns como técnicos e outros que nem na área estão”* (Enf. 3). Um profissional relatou que no seu outro local de trabalho, um paciente requisitou a presença do enfermeiro; nessa situação, a prática comum é deslocar o profissional de algum lugar. Os presentes no plantão buscaram o graduado de outro turno na casa dele ou em outro vínculo para prestar esclarecimentos. Todos os enfermeiros entrevistados já lecionaram nos cursos de nível médio, segundo os próprios *“dar aula para o enfermeiro é um bico”* devido ao fato de serem contratados sem os direitos celetistas. Desse modo, os graduados ainda continuam, paralelamente, na informalização por causa da atividade de ensino.

Trabalhadores mais experientes nos hospitais investigados relatam a quase “impossibilidade” dos auxiliares e técnicos se graduarem se isso fosse há algumas décadas. Segundo uma enfermeira, formada há mais de vinte anos, e que trabalha em hospital visto como centro de excelência e reconhecido por atender segmentos ricos da população, o salário de um novo graduado é cerca de 50% do que há 15 anos. Porém, em sua opinião, isso também reflete uma distinção de qualidade, os mais velhos seriam mais bem formados do que os mais novos, apontando as deficiências na qualidade de ensino dos novos graduados. Sobre a oferta de emprego, os enfermeiros entrevistados disseram que as discriminações por parâmetros etários,

¹³⁶ Essa ausência do enfermeiro é mais um fator demonstrador que a organização do trabalho em enfermagem não ocorre nos moldes fordistas, pois não há organização taylorista sem controle estrito da gerência, além da especificação estrita das tarefas (cada operador só faz uma coisa).

¹³⁷ Posição manifestada por enfermeiros de forma difusa nas três unidades hospitalares e confirmada em outros diversos estabelecimentos.

raciais e sociais são comuns por parte dos empregadores, sobretudo em estabelecimentos reconhecidos pela sua qualidade. Os profissionais reconhecem como uma meta muito difícil conseguir emprego nesses estabelecimentos por causa do tipo seleção. O enfermeiro do hospital público descreve a sua visão sobre o mercado de trabalho:

Hoje, eu tenho a noção de que tem muito enfermeiro com dois empregos, querendo um terceiro emprego, querendo um quarto emprego. Isso acaba tirando a condição de trabalho de outras pessoas. Vou ser franco contigo, atualmente existe uma situação em nível de processo seletivo que quem é admitido é o mais jovem, mesmo que não tenha tanta experiência e a moça mais bonitinha, mesmo que não seja a mais aplicada (...). Infelizmente, hoje eu concordo com alguns colegas que antes comentavam e eu achava que era “balela”. (...) O enfermeiro depois dos quarenta anos para algumas instituições não tem tanta habilidade, eu acho que para auxiliar e técnico, o campo está muito mais vasto. (Enf. 1)

Acerca da perspectiva profissional, destacamos a manifestação do desejo dos enfermeiros de não permanecerem no trabalho em enfermagem. Concretamente, dois dos três enfermeiros entrevistados pretendem migrar de área, somente o enfermeiro do estabelecimento público pretende continuar. Em relação às enfermeiras, a do setor privado já cursou a graduação de administração e atualmente realiza o curso de direito e pretende atuar nessa área após a formação. A enfermeira do hospital terceirizado deseja trabalhar no setor de estética, mesmo com pesar, por atribuir a essa área menor importância social do que os serviços de saúde. Apesar das diferenças, no plano discursivo de ambas profissionais, existe a identidade de que a justificativa para a mudança não é fundamentada por suposta inadequação pessoal com o trabalho, mas sim pela falta de reconhecimento e valorização¹³⁸. Observamos

¹³⁸ Em artigo sobre a relação da divisão social do trabalho em enfermagem e a academia, Bujdoso et al. (2007) descrevem como a realização de mestrado por enfermeiros é visto como possibilidade de migrarem para área educacional como docentes, nas palavras das autoras: “Os mestrandos que trabalhavam na assistência ocupavam cargos de chefia ou de supervisão nos hospitais e os que estavam vinculados a instituições públicas que realizavam programas de saúde específicos exerciam cargos de gerência, assumindo o papel de trabalhadores intelectuais da enfermagem. No entanto, viam a profissão ainda muito associada ao hospital. Os que ainda trabalhavam nesta instituição declararam estar aí por falta de opção, aguardando uma oportunidade no ensino, daí porque a maioria ter visto no mestrado uma oportunidade de saída e os que entraram imediatamente após a graduação, como uma oportunidade de não trabalharem aí, sendo que os vinculados aos programas governamentais anteriormente haviam trabalhado em hospital.” (BUJDOSO et al., 2007, p.1367).

nas declarações que a motivação não era meramente econômica, pois ambas consideraram o seu salário maior que a média. Outros fatores vinculados ao desgaste emocional de suas experiências tinham maior significado. De maneira oposta, o enfermeiro do setor público mantém sua perspectiva de manutenção na enfermagem quando questionado se pretendia continuar na área da saúde e se o trabalho em enfermagem o fazia feliz respondeu:

Com certeza (...). Hoje eu posso falar categoricamente para você que eu não saberia fazer outra coisa. Então, eu sou completamente realizado. Às vezes, o pessoal fala assim: 'nossa (nome do profissional) como você vem trabalhar, nesses plantões' eu saio daqui e vou dar aula até meio dia e uma hora para mim é super tranquilo. Eu digo o seguinte: eu vim preparado para pegar as piores coisas (...). (Enf.1)

Em relação aos profissionais de nível médio, o auxiliar do hospital privado é exceção e cursou a graduação em direito, e projeta trabalhar na enfermagem até o momento de se estabilizar como advogado. Ele informou que a dureza do trabalho e a possibilidade de melhor condição de vida foram os maiores incentivos para a formação em outra área, embora relate um desgaste significativo para a realização do curso. As duas outras profissionais dos estabelecimentos público e terceirizado realizam a graduação em enfermagem e relatam não ter o menor incentivo por parte de sua atual instituição.

Uma dimensão relacionada à perspectiva profissional é o sentido de realização ou frustração pessoal com a enfermagem. Todos os profissionais relacionaram diretamente sua realização pessoal com a melhora dos pacientes ou com a prestação de um bom atendimento. Reproduzimos a seguir, relato da técnica do hospital terceirizado:

Eu sou mais feliz, eu me sinto mais realizada assim com muito conhecimento (...) mesmo com os problemas, não realizada totalmente (...) mas eu já não me sinto tão leiga quanto antes (...) de positivo, eu fico feliz, assim tipo, fazer alguma coisa pelo próximo, que ficou um trabalho bem feito e que o paciente saiu e você vê o retorno dele, que ele tá melhor, né? Você encontra pela rua e fala nossa cuidei tanto dele, dei tanto banho nele, né? Eu tenho uma participação é um trabalho gratificante (Téc.Aux.2).

Os profissionais divergem sobre essa realização, pois alguns acreditam que apesar da falta de reconhecimento e de baixos salários, é possível contribuir humanitariamente com os enfermos em sofrimento; outros argumentam que mesmo com todo esforço pelas atuais condições de trabalho e a organização dos serviços de saúde não é possível o atendimento digno.

A partir dos relatos, observamos comportamentos e perspectivas profissionais distintas entre os profissionais de nível médio e os enfermeiros. Os primeiros desejam permanecer na área majoritariamente, enquanto os graduados tendem a transitar de área. A respeito desse comportamento dos graduados, compreendemos que a realização de uma formação educacional direcionada pelo e para o mercado de trabalho, parte da ideia que outra localização profissional será melhor remunerada e com menor desgaste profissional. A exceção do enfermeiro do hospital público, para quem sua noção anterior de sofrimento no trabalho tem considerável relevância e pretende continuar na área da enfermagem. A explicação provável para a manutenção na área da enfermagem deve-se à “conquista” do vínculo formal de emprego a partir do estatuto de auxiliares e técnicos; logo, continuar na área é garantir essa conquista e ampliá-la com a graduação de ensino superior, ainda mais levando-se em conta o momento de maior acesso ao ensino superior no Brasil, após 2003. De forma ampla, podemos sugerir a desvalorização das categorias da enfermagem pelo mercado de trabalho, exemplificada pela baixa qualidade dos empregos e remuneração. Desse modo, a maioria dos ingressantes desse segmento não teve acesso a outras ocupações mais valorizadas anteriormente. A partir do momento que atingem um patamar de formalização empregatícia, apresentam melhora relativa das condições de vida e renda, parte dos profissionais projetam a inserção em outros segmentos através da formação educacional alheia à área da saúde.

5.4.2 O Regime de Trabalho nos Hospitais e a Centralidade do Vínculo de Emprego

Em nossa visão, o tipo de vínculo empregatício é determinante nos contrastes das relações laborais e do funcionamento das unidades hospitalares estudadas. A diferença de vínculo é o aspecto mais importante para os trabalhadores da enfermagem em relação aos tipos de gestão. Sinteticamente, os servidores públicos inserem-se em regimes estatutários. O cargo efetivo tem mais direitos em comparação aos empregados celetistas, por exemplo: a previsão de abonos de faltas, licença prêmio por assiduidade e, principalmente, estabilidade na qual só existirá sanção ou exoneração após definição de processo administrativo disciplinar com direito de ampla defesa do trabalhador. Como argumentamos anteriormente, a carteira assinada ou ingresso no mercado de trabalho via contrato celetista na enfermagem é fundamental, porém, aos compararmos os dois tipos de vínculo, estatutário e celetista, os trabalhadores não têm dúvidas em escolher o primeiro.

Um vínculo empregatício pressupõe jornada de trabalho semanal de 30 a 40 horas; é comum o acúmulo de duplo vínculo - inclusive, tivemos contato com trabalhador com triplo vínculo, contabilizando quantidade de horas desumanas de trabalho por semana. Esses trabalhadores transitam entre o público, terceirizado e o privado como empregados, e declaram que a forma efetiva do processo de trabalho sob as três formas de gestão é semelhante, assim como a sobrecarga de trabalho e a racionalização de custos ao máximo, os quais estão presentes em todas as esferas.

Em situações de transferência da administração direta para gestão de Organizações Sociais, os estabelecimentos contratam novos empregados que não terão vínculo sob o regime estatutário com a administração pública. Eles terão vínculo com o regime de trabalho previsto pela CLT, que se diferencia do regime estatutário pela forma de contratação e de demissão. O sistema “celetista” não prevê estabilidade como o cargo estatutário. Para além da alteração de vínculo, a técnica de enfermagem do hospital gerido por Organização Social informou-nos a recorrência de atrasos salariais e do pagamento após a pressão do sindicato. Na ocasião, a

profissional claramente preocupou-se em falar com o tom de voz que outras pessoas não ouvissem. O rol dos direitos trabalhistas sob o regime celetista também é aplicado de forma precária.

No setor público, a exoneração do funcionário efetivo não se justifica automaticamente por algum tipo de incompetência. No setor privado, a possibilidade de demissão e, conseqüentemente, a instabilidade é fator de intensificação do trabalho, pois o trabalhador se submeterá de forma mais intensa motivado pelo medo. Confirmamos nas entrevistas e nas visitas aos hospitais, a rotatividade como característica do vínculo celetista, tanto na unidade terceirizada quanto na da iniciativa privada, embora, ela também seja mencionada no hospital público. Segundo relato difuso dos empregados do hospital privado, a maioria dos funcionários sai em menos de um ano do emprego. Apontam como principal motivo o baixo salário associado à dureza das condições de trabalho, o que desestimularia o empregado. Para nós, a primazia do valor dos salários como principal motivo de rotatividade sob a perspectiva dos trabalhadores deve ser problematizada, pois os profissionais transitam em empregos com remuneração semelhante e suas referências profissionais anteriores à enfermagem são, via de regra, mais precárias. Parece-nos que o desgaste proveniente das condições laborais é o principal motivo.

Sobre a dimensão de vínculo empregatício, a subcontratação e a terceirização parcial de setores dos hospitais investigados é outro processo não referente às categorias de enfermagem, mas relevante para outros profissionais de saúde, principalmente, de nível médio. Entretanto, na entrevista da enfermeira do hospital privado, na seção sobre serviços terceirizados, a profissional cita um mecanismo contemporâneo da precarização do vínculo das categorias da enfermagem com o prisma do empregador. Em suas palavras:

Só não terceirizam a enfermagem porque a legislação não permite (...) desses profissionais de atendimento e higiene, eu não tenho muita dificuldade deles serem terceiros para ser bem honesta, mas quando eu fui gerente de enfermagem (...), a gente trabalhava com cooperativa de auxiliar, técnico e enfermeiro, então os primeiros meses eles eram cooperados, depois daqueles tempo eles eram efetivados pela empresa, quando eu assumi a gerência tive muita dificuldade porque aquele

funcionário cooperado não tem responsabilidade nenhuma com você porque ele ganhava por dia (...) começava como cooperado depois de três meses, a gente podia prorrogar até por mais um (mês), depois de três ou seis meses seria C.L.T nosso. Então que eu vejo que o cooperado como ele está ganhando por dia e se ele arrumar outro trabalho vai estar ganhando C.L.T, ele não tem compromisso com você, agora dessas outras áreas não, o negócio já está tão amplo que o pessoal já (aceita tal situação). (Enf.3)

Posteriormente, conversando com outros trabalhadores, esses relataram que os proprietários do hospital tentaram ampliar o número de cooperados em seus quadros, inclusive, com a prática constante da não efetivação de alguns após o período temporário. Essa aplicação não teve sucesso porque os trabalhadores, ao perceberem essa “manobra”, preferiram outros hospitais que concedessem a garantia de vínculo desde o início. Dessa situação, projetamos que em uma situação onde a oferta de emprego seja escassa, essa medida patronal pode ter maior amplitude e relevância. Na bibliografia sobre o trabalho em enfermagem, a tendência de flexibilização do regime de trabalho é apontado por Baraldi e Car (2008). Segundo as autoras:

Os resultados da pesquisa sugerem que o processo de desregulamentação das relações de trabalho atinge os profissionais de saúde, mediante contratação por projetos e/ou programas de ordem governamental, com financiamento internacional. As relações flexíveis de trabalho podem ser caracterizadas pelos seguintes elementos:

- a concepção político-administrativa implementada nesse período criou condições para a implementação e/ou manutenção dessas relações de trabalho dentro do próprio Estado - em especial, a ausência de concursos públicos pode ter justificado, em grande parte dos casos, a contratação flexível de profissionais;
- os profissionais titulados (mestres e doutores) não escaparam dos múltiplos vínculos para complementar a renda em regime flexível de trabalho;
- o processo de desregulamentação das relações de trabalho tem favorecido a inserção dos profissionais jovens em consonância com a dinâmica do trabalho flexível e/ou informal, em geral o único vínculo desse trabalhador como base de seu sustento. Por sua vez, os profissionais que iniciaram seu trabalho sob o regime da CLT, antes do processo de desregulamentação, têm no emprego flexível a base complementar de seu orçamento, pois o vínculo formal único não mais atende completamente às suas necessidades; (BARALDI e CAR, 2008, p.07).

Conforme Nichols *et al.* (2004), apontamos o desmonte do emprego permanente e estável enquanto tendência, apesar não estar nítido quais são os

instrumentos mais presentes para a flexibilização dos contratos de trabalho (cooperativismo, trabalho parcial, contrato por agência de emprego - *agency labour* - contratação temporária por projetos e programas, “pjotismo” etc.). Essa instabilidade não é referente somente a salários, mas também aos outros benefícios e direitos (*material support* - interpretado como condições materiais de subsistência para reprodução da força de trabalho). Assim, a flexibilização é tendência geral; no estudo de caso da pesquisa, a cooperativa foi a tentativa de aplicação dessa tendência no hospital privado.

5.4.2.1 Sobre Remuneração e Avaliação

Os valores de remuneração são semelhantes nos três hospitais, exceto para cargos de gerência. A respeito da composição, identificamos diferenças do hospital público em relação aos demais. Curiosamente, somente nesse, observamos elemento variável na remuneração baseado em avaliação de desempenho, com critérios definidos tanto formalmente (principalmente, qualidade no atendimento) quanto informalmente (assiduidade). Todavia, essa parcela é diminuta representando R\$ 180,00 em torno de 13% do conjunto da remuneração. Chama-nos a atenção a ausência de avaliação no setor privado, incluindo, a gestão terceirizada, enquanto que tal aplicação na administração pública é comum.

O modelo de gestão por competência é incipiente na realidade do trabalho em enfermagem nas três unidades observadas. Provavelmente, isso ocorre porque a oportunidade de mobilidade ascensional é limitadíssima na categoria, especificamente, restrita aos profissionais de nível médio. A principal via efetiva de mobilidade, é através da realização do curso universitário de enfermagem com relativa escassez de postos. Para os graduados, restam os cargos vinculados à administração de setores e das gerências disponíveis no estabelecimento, como por exemplo, de enfermagem e de qualidade. Os hospitais, em suas diferentes formas de gestão não ignoram a gestão por resultados para o alcance dos objetivos das

organizações. Não institui a gestão por competência para seus empregados por não considerar necessário essas ferramentas para a mobilização da força de trabalho.

Mencionamos como exceção a Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), por ter avaliações de desempenho mais próximas ao que a bibliografia específica como gestão de competências da empresa prestadora de serviços tanto nos autores que conferem a ela caráter progressivo (ZARIFIAN, 2001; ALMEIDA, 2004), quanto aqueles com visão crítica (DURAND, 2001). A respectiva avaliação de desempenho da referida Secretaria denomina-se como P.D.I (Prêmio de Desempenho Individual) e se sustenta nos seguintes fatores de competência¹³⁹: Compromisso profissional, Responsabilidade e Sustentabilidade, Comunicação, Iniciativa, Trabalho em Equipe, Conhecimento e Eficácia, Inovação e Gestão de Mudança. O peso desses elementos é definido pela administração pública e o trabalhador preenche auto-avaliação com peso menor do que a definida pelo chefe imediato e superior do órgão.

5.4.2.2 Sobre Mercado Interno de Trabalho ¹⁴⁰

¹³⁹ Conforme texto da legislação estadual “Da Avaliação de Desempenho Individual (...)

Artigo 2º - A Avaliação de Desempenho Individual é um processo para aferir as ações do servidor público na execução de suas atribuições, em um determinado período, com a finalidade de identificar potencialidades, oportunidades e promover a melhora da performance e do aproveitamento do servidor na Administração Pública Estadual;

Artigo 3º - Para fins de aplicação do disposto neste decreto, considera-se:

I - Avaliação: ato de medição e atribuição de valor às ações desenvolvidas pelo servidor na execução de suas atividades, a partir de critérios pré-definidos;

II - Desempenho: conjunto de fatores e características da atuação profissional do servidor;

III - Fator de Competência: elemento de articulação entre conhecimentos, habilidades e atitudes do servidor para a realização de suas atividades;

IV - Indicador de Desempenho: unidade mínima de verificação de desempenho em um fator de competência;

V - Ciclo de Desempenho: intervalo entre processos de Avaliação de Desempenho Individual, no qual será analisado o desempenho do servidor para realização da auto-avaliação e avaliação pela liderança;

VI - "Feedback": consiste na informação a respeito do desempenho do servidor avaliado, passada pela chefia imediata, apontando os pontos fortes e ressaltando os aspectos que devem ser melhorados no desempenho do servidor. (...)" (SÃO PAULO, 2012)

¹⁴⁰ Baseamo-nos na acepção de Burawoy (1990).

Aparentemente, existiria uma divisão informal onde os empregados mais velhos teriam preferência por procedimentos mais leves. Posteriormente, interpretamos que essa preferência não ocorre por critério geracional, mas, sobretudo por questões ergonômicas, visto que alguns procedimentos requerem muita força, por exemplo: carregar macas e pacientes¹⁴¹. Desse modo, o trabalhador mais velho tende a ter mais debilidades físicas e é alocado em procedimentos menos desgastantes, porém, também observamos trabalhadores jovens em situações físicas semelhantes. Elucidamos a situação descrita com o diálogo descontraído entre um funcionário antigo quando questionado por um mais jovem no hospital público: - *Agora, o senhor esta só na moleza! (risos)* – diz o funcionário mais novo. - *Filho, eu já carreguei muita pedra, deixa essas coisas para você que é mais jovem (risos)* - responde o funcionário mais velho atualmente alocado no banco de sangue.

Contraditoriamente, os trabalhadores mais experientes são mais requisitados pelos setores. A respeito da definição de transferências e promoções. No hospital público, o enfermeiro considera que a decisão sobre a transferência cabe ao próprio funcionário. Esse enfermeiro avalia de forma negativa essa liberdade, em suas palavras:

[quando o funcionário deseja mudar de setor] ele informa a supervisão e diz: olha não quero ficar mais lá embaixo [pronto-socorro]. Aconteceu aqui uma situação de uma técnica que abandonou o setor, aí eu pedi para que ela fosse transferida, [mas] simplesmente, ela se transferiu, ela [disse]: Não vou mais para o pronto-socorro, sou concursada, vou para outro setor. Ela acabou não fazendo nada, aí o supervisor da época, simplesmente assinou embaixo, ela conseguiu e eu fiquei sem o funcionário (...). (Enf.1)

Questionado se pelo fato dos funcionários serem concursados eles teriam maior autonomia para transferência, respondeu: “*Então, eles se dão essa autonomia, o ideal é que a chefia definisse isso e não parte da chefia, parte do profissional*”. Diante desse cenário, o enfermeiro relata que atualmente está ocorrendo o ingresso de novos funcionários e a supervisão da enfermagem está abrindo a possibilidade de

¹⁴¹ Aspecto discutido no item 5.5.4 Saúde do trabalhador

remanejamento entre os setores para os profissionais de enfermagem e os novos seriam localizados nos setores com menor número. Nos demais hospitais estudados, o profissional que pleiteia a vaga comunica ao seu chefe de setor, cabendo a esse conversar com o chefe do outro setor para a viabilização da transferência, restando o crivo do setor de recursos humanos, apenas no caso de ser alterar a quantidade de horas e do valor dos vencimentos.

5.4.2.3 Formas do Absenteísmo

Identificamos determinados “jogos sociais” ou táticas utilizadas pelos profissionais para trabalhar de forma menos intensa nos três hospitais analisados. Essas práticas variam a depender dos setores e dos estabelecimentos. A depender da situação, os profissionais têm posturas díspares acerca do tema. Caso o profissional envolvido esteja enfrentando dificuldades de ordem pessoal ou física, é comum o mecanismo de solidariedade expresso no dizer “*um cobre o outro*”. A técnica do hospital público sintetiza em suas palavras, esse comportamento:

Depende muito, às vezes não vai embora, mas fica naquela... tipo não está legal. A gente mesmo, como você está trabalhando, a gente já conhece e fala você não está legal, deixa que isso aí eu faço, fica mais nas anotações, ou então vai tomar um ar lá fora, entendeu?(Téc./Aux.1)

A enfermeira do hospital terceirizado descreve um momento de desânimo que atravessou recentemente:

Já tive sim, situações que eu estava trabalhando super desanimada no setor anterior, tanto que quando eu fui convidada para cobrir férias da coordenadora (do setor atual), eu ia pedir demissão. Para eu ficar desanimada e fazer coisas de qualquer jeito, eu não iria ficar (...) a gente vê isso nos colegas também e é uma situação complicada, mas a gente que está na liderança da equipe não tem tanta autonomia para fazer algo, para motivar o funcionário (...) não tem motivação de equipe que eu acho que deveria ter por conta da tensão do próprio trabalho. (Enf.2)

A mesma enfermeira refere-se à “onda de atestados” de funcionários insatisfeitos no hospital. A técnica do hospital manifestou insatisfação pela negativa do hospital em atender seus próprios funcionários no pronto-atendimento do hospital. A medida é enunciada explicitamente pela organização social como forma de coibir a solicitação de atestados que eventualmente poderiam ser facilitados pela relação com os médicos e a possibilidade de faltas justificadas.

Opostamente, caso a avaliação é de que o profissional é leniente, a postura é ríspida. Ouvimos dos profissionais termos como “quebra-mão” em referência aos profissionais que adotam tais práticas. A enfermeira da unidade privada usa também o termo “liso” ao se referir a esses trabalhadores, segundo ela:

Esse joga o trabalho dele para outro e não quer trabalhar, tem enfermeiro assim também (...) eu já tive enfermeiro e já tive técnico que só trocou a data do curativo e falou que fez o curativo, porque não queriam trabalhar, não queriam fazer, não pensou nas consequências daquilo. Como o enfermeiro que evolui o paciente, evolui depois que eu fiz o exame físico nele, eu vou fazer uma evolução de enfermagem, o enfermeiro simplesmente nem olhou para o paciente, copiou e colou três dias seguidos dos colegas, ele não se deu nem o trabalho de mudar o dia de internação do paciente (...) médico faz isso também evolui o paciente, nem sequer olhar o paciente (Enf.3).

Em perspectiva semelhante, o enfermeiro do hospital público diz:

Geralmente, quando você vê que o funcionário não ajuda, a gente tem uma disciplina que ensina muito o trabalho em equipe, só que esse mostra o tipo de relacionamento do profissional com a equipe. Se eu (trabalhador em geral) tenho alguma situação de atrito entre equipe, vai ter um momento que eu vou estar excluindo e vou “quebrar a mão” literalmente, a enfermagem não é uma atividade muito limpa, a gente dá banho em paciente, você é obrigado a trabalhar com as excreções e nessas horas que muitas vezes, tem gente que simplesmente foge porque as fezes incomodam, a secreção purulenta daquele ferimento, daquela úlcera incomoda (...)[Questionado sobre qual o modo do empregado sair de perto, responde]. Geralmente, vai fumar, vai ao banheiro, então sempre tem uma desculpa, porque não estava ali naquele momento. (Enf.1)

No hospital público e no terceirizado, os profissionais relataram que os trabalhadores desmotivados faltam de forma justificada pelos atestados, o que faz

com que a instituição do critério de assiduidade em parcela da remuneração no hospital público seja necessidade imperiosa da administração municipal. Nos ambulatorios e nos setores de internação, a ocorrência de entrega de atestados é frequente. A técnica do hospital terceirizado quando questionada sobre qual seria a tática para trabalhar menos, responde:

Não vem trabalhar porque é o único jeito, é porque se eu chego aqui no hospital eu tenho uma escala de x a z, os pacientes são meus, então eles dependem de mim, para medicação, para banho e para troca, então eu respondo por eles, não costumo faltar, mas sempre que eu venho, eu costumo dar o meu melhor (...). (Téc./Aux.2)

Nos setores de pronto-socorro, a tática se dá pelo não comprometimento no momento de cumprimento de tarefas, com saídas para o banheiro, ao ambiente externo para fumar ou à lanchonete. O auxiliar do hospital privado confirma que é usual a cobrança entre os empregados. Interpretamos a cobrança de um trabalhador sobre outro como forma de reatividade dos sujeitos à demanda imposta pelo fluxo de trabalho. Em síntese, as distintas práticas do absenteísmo representam uma reação ao contexto de trabalho. Esse comportamento também representa a defesa da manutenção do emprego, pois se determinado setor apresentar problemas de atendimento, por exemplo, comprometerá todo o funcionamento e os integrantes desse setor podem ser responsabilizados. Da mesma forma, que ao assumir o plantão e não apontar o erro do plantão anterior, também pode custar o emprego no segmento privado.

5.4.2.4 Relação com a Chefia e Conflitos

Todos os entrevistados opinaram sobre a ocorrência de conflitos no local de trabalho no sentido de que esses são disseminados, sendo majoritariamente pessoais e desconcentrados na relação entre subordinado e chefia; especificamente, entre enfermeiro e profissional de nível médio. Segundo a maioria dos entrevistados, o

motivo para a ocorrência dos conflitos é o contexto de trabalho, no qual o grande número de tarefas para poucos funcionários gera tensões e possíveis desentendimentos. Curiosamente, os técnicos reconhecem o conflito entre colegas como o mais comum. Distintamente, o enfermeiro do hospital público diagnostica o conflito do enfermeiro com o profissional de nível médio como o mais frequente. Parece-nos que cada sujeito, a partir de sua experiência, conclui sobre qual é o conflito majoritário, mas depreendemos do conjunto dos relatos que os conflitos não se concentram com a chefia imediata.

Contudo, isso não significa a inexistência de conflitos com as direções dos três estabelecimentos. Confirmamos esses conflitos quando a maioria dos trabalhadores disse estar insatisfeita com seus empregadores, exceto as enfermeiras do hospital privado e do terceirizado ocupantes de cargo de gestão. Apesar das nuances da insatisfação, os profissionais argumentam acerca das condições precárias, ausência de funcionários e, sobretudo, em suas avaliações sobre a qualidade do atendimento prestado pelos estabelecimentos. Acreditam que os hospitais não prestam bom atendimento ao usuário. A enfermeira do hospital privado disse que a qualidade do atendimento depende do nível do plano de saúde do paciente.

A diluição do conflito e a despersonalização na chefia é coerente com as características do modelo flexível da organização pós-fordista. Nesse sentido, a cobrança do trabalho na enfermagem não se dá pelo chefe imediato como gerente taylorista, mas principalmente pela demanda. Em outras palavras, o trabalhador responde por suas ações de forma individualizada. A percepção do conflito é diluída na coletividade, forjando assim a auto-responsabilização, ainda mais se tratando do cuidado em saúde. Ademais, essa auto-responsabilização também desenvolve a vigilância sobre os colegas de trabalho. O trabalho em equipe não significa o interesse coletivo; na prática, significa o parâmetro impositivo de cobrança, porém de forma indireta, excessiva por parte da direção do hospital ou da empresa de saúde. A maioria dos técnicos informou a recorrência de supervisão dos médicos e enfermeiros nos procedimentos, mas também dos colegas na mesma posição. Essa configuração permite a mobilização permanente dos trabalhadores para corresponder às demandas e os objetivos do estabelecimento.

Essa dinâmica é abordada do seguinte modo, por Durand:

Se nos fixamos agora na análise dos efeitos do fluxo tensionado sobre o trabalho, sua primeira consequência é de mobilizar todos os empregados: pode-se falar de “naturalização dos constrangimentos”, já que as prescrições, os procedimentos, as pressões do tempo, as urgências – tudo com um efetivo humano mínimo – do sistema produtivo não são mais mediatizados por um homem – o chefe –, mas inscritos na necessidade de manter a tensão do fluxo produtivo. Os constrangimentos parecem, assim exteriores ao mundo social ou econômico, eles passam a ser inscritos em um fluxo material neutro – como toda matéria parece ao homem, isto é, exterior a ele mesmo. Tal exterioridade confere-lhes suas características “naturais”, isto é, são independentes da vontade dos homens e, portanto, tornam-se constrangimentos necessários de se respeitar. De fato, ou bem se aceita o fluxo tensionado e os constrangimentos a ele associados, ou bem se abandona a empresa. A interiorização dessa aceitação naturalizada difere de modo notável da relação social que o empregado podia manter anteriormente com a direção, pois agora a “polícia está no fluxo” e a direção, ela mesma, é subjugada pelo fluxo, reduzida a tarefas administrativas (antes que de comando) cujo objetivo essencial é de manter tensionado o fluxo (DURAND, 2003, p.148).

Contraditoriamente, observamos a ausência tanto da customização plena quanto do princípio da qualidade total na relação de serviços de saúde, tanto no âmbito público quanto no privado. Todavia, na organização do trabalho notamos lógica semelhante de ativação de procedimentos que visam à responsabilização de todo empregado por meio do autocontrole da qualidade efetuado em cada posto. Mas também, identificamos a prática de solidariedade peculiar na enfermagem. Essa ocorre principalmente entre trabalhadores da mesma equipe-plantão. Entretanto, há relações arrivistas entre os grupos de trabalho divididos por plantão que se acusam reciprocamente em situações de erro e na percepção da ocorrência de erros nítidos advindos do outro período, os quais são apontados sem preocupação em zelar sobre a condição do empregado do outro plantão. Tais fatos podem ser vistos como prática de defesa.

A respeito da supervisão do enfermeiro sobre auxiliares e técnicos previsto na legislação de exercício, a maioria dos profissionais diz ser impossível o enfermeiro controlar o trabalho dos demais. Auxiliares e técnicos interagem e tem mais informações oriundas do paciente (não necessariamente do diagnóstico médico). O

enfermeiro, muitas vezes, não tem habilidades tão desenvolvidas no trato com o paciente. Segundo enfermeira, fiscal do Conselho Regional de Enfermagem: *“Tem enfermeiro que corre quando o paciente tem uma parada cardiorrespiratória”*. O enfermeiro é responsável por procedimentos mais complexos, mas quando este não está presente, os profissionais de nível médio são pressionados pela demanda e pelo próprio empregador a realizar procedimentos muitas vezes para os quais não têm formação adequada ou o atendimento não acontece. O profissional de nível médio aventura-se em realizar o procedimento sem qualificação prévia. Uma enfermeira do hospital privado (que fez questão de não ser identificada) nos disse sobre o comportamento *“é um misto de um pouco de destemido com um pouco de imprudência”*. No entanto, auxiliares e técnicos disseram ser situação recorrente, embora não tenha ocorrido em sua própria experiência¹⁴².

Ouvimos também um termo jocoso comum entre as categorias, a figura do *“enfermeso”*, o profissional graduado que executa somente tarefas de ordem administrativa e não de interação com o paciente. A enfermeira do hospital privado disse ser comum a manipulação do enfermeiro pelo técnico que domina mais as tarefas cotidianas. Em seus termos, relata:

Infelizmente hoje, os enfermeiros que saem no mercado, eles estão tão despreparados, que o(s) técnico(s) manipulam o enfermeiro. Na verdade hoje é difícil, você achar uma liderança, o enfermeiro tem que ser líder, ele está coordenando uma equipe não importa se é de trinta ou de cinco, ele é um coordenador, um líder de equipe, e a liderança é difícil de se ter, o profissional que sabe fazer, que ensina fazer, que supervisiona, esse é o papel do enfermeiro, mas não é assim com os enfermeiros que estão no mercado, os técnicos acabam fazendo o que querem, o enfermeiro não tem o perfil de coordenar, de liderar e se impor para equipe, não que ele seja melhor que ninguém, ele tem que trazer a equipe para ele, que é o respeito mútuo (...).(Enf.3)

Questionada sobre o modo de exercício dessa “manipulação” do técnico e do quanto recorrente é essa situação, a enfermeira responde: *“Ele entende mais da prática do que o enfermeiro, o enfermeiro vem da teoria e não tem a vivência da prática e*

¹⁴² Entendemos essa resposta como padronizada devido à preocupação de publicizar uma prática irregular

fica na mão do técnico (...). Quase em 95% dos lugares que eu já trabalhei”. Questionada se de fato existe uma inadequação entre a previsão de chefia e de supervisão por parte do enfermeiro, na lei de exercício e na realidade, em que esse se tornaria somente mais um membro da equipe. A enfermeira responde:

Depende do enfermeiro, tem técnicos muito bons, que têm conhecimento fantástico da clínica do paciente, que sabe colher uma gasometria, que sabe até auscultar que sabe atuar numa parada melhor que o enfermeiro (...). (Enf.3)

Complementarmente, o auxiliar do hospital do hospital privado diz não ter problemas com o enfermeiro, por julgar conhecer mais a prática, mas reconhece a avaliação formal do enfermeiro, que é positiva. A partir do relato dos envolvidos, a questão de fundo é o controle do processo de trabalho que, muitas vezes, não corresponde à separação hierárquica das categorias.

5.4.2.5 Ação Coletiva

Depreendemos dos depoimentos dos entrevistados, a noção difusa de que as categorias de enfermagem são submissas aos médicos e às direções dos hospitais. Esse entendimento dos entrevistados em relação à enfermagem é o fundamento para compreensão dos limites da ação coletiva e a capacidade de resistência desses trabalhadores. Nos três estabelecimentos hospitalares, há pouca referência aos sindicatos ou formas de mobilização organizada¹⁴³.

No hospital público, três entidades disputam a representação dos profissionais de nível médio (sindicato dos servidores municipais, reconhecido pela administração municipal; sindicato específico dos servidores da saúde, e associação dos servidores da saúde), todavia, nenhuma das entidades tem peso significativo nas relações laborais. Há cerca de três anos, houve um hiato de mobilização nesse

¹⁴³ Ademais, todos os profissionais criticaram a postura do Conselho Regional de Enfermagem por julgarem que esse não intervém no cotidiano do trabalho.

hospital, o sindicato dos servidores da saúde organizou greve na rede municipal por questões salariais e melhores condições de trabalho. A administração não negociou com os grevistas e a mobilização não teve resultados imediatos; posteriormente, a administração cedeu em aspectos salariais, alterou chefias combatidas, reverteu os descontos de dias parados dos grevistas e as sanções administrativas das lideranças, porém, não reconheceu o sindicato grevista, que perdeu a relevância momentânea e não teve continuidade.

Os trabalhadores do hospital privado e terceirizado são representados pelo mesmo sindicato. No primeiro, a referência é negativa e citada pelo auxiliar, que é diretor sindical; esse caracteriza o sindicato como pouco atuante e afastado dos trabalhadores. Contraditoriamente, alguns de seus colegas têm referência positiva no sindicato, justamente, por conta da atuação desse diretor. No hospital terceirizado, as referências são positivas por conta da intervenção sindical na recorrência dos atrasos salariais. Nas palavras da técnica do estabelecimento: *“Olha, eu não botava fé no sindicato, mas depois de agora, de janeiro, que eu saí de férias e minhas férias (depósito) nunca caia, quem resolveu foi o sindicato”*. Em relação ao sindicato dos enfermeiros, os graduados referem-se a ele como distante e com caráter negativo quando com ele tiveram contato.

Uma característica presente nesse segmento é a pessoalidade e a entendemos como obstáculo da atuação conjunta. Dificilmente, os trabalhadores encaram sua relação de trabalho coletivamente, mas individualmente, portanto não como relação contratual hierárquica entre empregado e empregador. Para além disso, os conflitos pessoais predominam sobre conflitos próprios das relações laborais. As referências dos profissionais sempre são cordiais¹⁴⁴, oscilando entre o amor e o ódio aos empregadores e chefes. Citamos três exemplos sobre a relação entre pessoalidade e ação coletiva, no exemplo mencionado da greve. O primeiro é: os grevistas não conseguiram mobilizar alguns colegas, pois esses *“deviam favores”* à supervisora de enfermagem que os indicou para empregos na iniciativa privada, logo tinham

¹⁴⁴ Utilizamos o termo cordialidade, no sentido apresentado por Sérgio Buarque de Holanda, cordial é aquilo oriundo do coração, logo, o homem cordial tem sentimentos que oscilam do amor ao ódio, e isso torna-se um obstáculo para a construção da coisa pública e da sociedade civil (HOLANDA, 1997).

lealdade à superiora. Outro exemplo é a referência aos proprietários do hospital privado, sempre em tom pessoal. Nessa perspectiva, citamos as palavras da enfermeira do hospital privado que ascendeu de profissional de nível médio à enfermeira gerente de qualidade:

Então, aqui nesse hospital é diferente, ele não é parâmetro, (n)esse hospital eu comecei como técnica de enfermagem, o(s) dono(s) desse hospital – aqui é um hospital familiar- são pessoas que vieram de uma família muito pobre parecida com a minha, são muito humildes, trabalham com a gente lado a lado. São diferentes de qualquer tipo de chefia de outro hospital, por exemplo, no Hospital X¹⁴⁵. Aqui os donos do hospital, diretores e sócios, conversam com a moça da limpeza e higiene, ele vai lá conversar com o auxiliar e técnico de enfermagem, eles conhecem quase todos. Então, é diferente o contato é maior, oferece jantar e convidam todo mundo. [Em outro hospital] imagina, você sabe quem é o dono, diretor-sócio por uma foto ou por um organograma (...) O contato daquele que é o sócio com aquela pessoa que é o técnico por exemplo praticamente não acontece, não acontece nem do gerente com o técnico... (Enf.3)

Para ilustrar esse predomínio da pessoalidade sobre relações trabalhistas contratuais, reproduzimos as considerações da enfermeira do hospital terceirizado sobre a sua relação com a organização social:

Eu particularmente não tenho o que falar da empresa, eu tive a minha primeira oportunidade de emprego aqui, eles confiaram em mim, me deram a oportunidade, sabe que hoje é difícil quando você é novo no mercado de trabalho (...) não tenho o que reclamar nunca tive problema com nenhum diretor, sempre procurei fazer a minha parte, quando senti que não ia fazer, pedi demissão (...) eu tenho pessoas da minha família que já trabalhou com essa empresa em outra cidade e falam super bem também, nunca tiveram problemas, eu particularmente não tenho, tem muita gente que às vezes reclama, mas é aquilo que eu te falei, eu penso que às vezes não é que a empresa é ruim, é que às vezes o pessoal assume uma linhagem de trabalho que não tem abertura. (Enf.2)

Contraditoriamente, a mesma profissional declara logo após nos seguintes termos uma situação de assédio moral que sofreu na mesma empresa, mas em setor e sob uma chefia distinta:

¹⁴⁵ Citação de hospital tradicional na cidade de São Paulo.

Eu passei por assédio moral no trabalho de um coordenador lá na época, hoje ele nem está mais, ele foi demitido, eu não tinha provas contra ele na época, não tinha como provar, (...) ele me coagia, acabei (...) ele já era da instituição e foi para esse programa, tive esse problema, acabei ficando afastada por depressão por conta disso, porque eu comecei ficar com trauma do hospital, mas era por causa dele, eu não queria passar mais na frente do hospital nem de carro, nem de ônibus, nem de nada, nem ouvir falar de hospital, não queria ver minhas roupas brancas, não queria falar nada por conta desse assédio que eu passei né (...) mesmo depois que ele foi demitido não era a mesma coisa, ele foi demitido por isso e por várias outras coisas (...) tive ir ao psiquiatra e tudo tomar medicação, que eu nunca tinha tomado na minha vida, foi bem complicadinho, fora disso nunca tive problema com ninguém. (Enf.2)

Esse contraste emocional chama-nos atenção porque a profissional não vê responsabilidade da organização social, que lhe deu a primeira oportunidade de emprego. Por mais que seja possível interpretar o assédio moral como caso isolado, outros profissionais também relataram a situação em diferentes setores e chefias, e especificamente, sobre a situação da enfermeira. Destacamos outro trecho em que ela descreve qual era o seu cotidiano de trabalho - em suas palavras:

Então, assim me frustrou um pouco, mas uma coisa que às vezes me frustra muito é a falta de reconhecimento, tudo é o enfermeiro, tudo de ruim é a enfermagem, quer ver hoje eu não tomei café, fui almoçar era 13h30, ninguém vê, porém se eu falar um A (...) porque eu estava ficando dias seguidos, eu entrava às sete e saía às dezesseis, era meu horário, porém, ficava até nove, nove e meia da noite, aí até eu sair daqui, mais o ônibus ir para minha casa, chegar em casa, eu moro sozinha, tenho que fazer janta, cuidar da casa e no outro dia acordar cinco da manhã para tomar ônibus cheio, eu fiquei uns quinze dias nessa vida, tanto que eu vou falar para você estava com um banco de horas de vinte e seis dias, quase outra férias, as vezes, sem descanso, tinha plantão de sábado e domingo e não descansava (...) eu não tinha pique mais para nada, eu só dormia, era a minha vida, trabalho e dormir, emagreci, perdi peso, só chorava, chegava no domingo se eu estava em casa me dava uma crise de choro, porque eu sabia que no outro tinha que vir para cá, tive muitos problemas de vômito e diarreia emocional! Que era só chegar no domingo, que eu tinha que vir na segunda, me dava [mal estar]. (Enf.2)

Por fim, consideramos que a opinião simpática da profissional à direção do hospital destoa substancialmente de sua própria condição de trabalho, pela sobrecarga de trabalho e desgaste emocional.

Outro aspecto de entendimento sobre a própria categoria é a falsa consciência de que o fato do setor ser composto majoritariamente por mulheres significa que a categoria é mais submissa e dócil. Questionado sobre o perfil político da enfermagem, o auxiliar do hospital privado e diretor sindical considerou:

A maioria das pessoas acha que por conta da mulher ser a maioria na enfermagem tem aquele duplo trabalho até triplo, dois postos de trabalho mais o de casa. Então é difícil dialogar com o profissional da enfermagem por conta disso, sempre com pressa, sempre correndo. (Téc/Aux.3)

Questionado se era também sua opinião de as mulheres serem menos resistentes, respondeu:

Sim (...) acho diferente, o pessoal até faz uma pressão diferente em cima das mulheres, porque sabe que vai ceder fácil pela própria característica das mulheres, da enfermagem que é uma categoria desgastante, submissa né? As pessoas mandam e a gente obedece. (Téc./Aux.3)

Em que pese o entendimento dos envolvidos, consideramos essa posição respaldada mais no machismo da sociedade do que propriamente na ação prática dos sujeitos, porque no exemplo da greve do hospital público, a maioria dos grevistas e, principalmente, das lideranças eram mulheres. Como já destacamos, a questão do vínculo empregatício tem maior relevância do que a predominância de mulheres, pois qualquer tentativa de mobilização nos hospitais privados e terceirizados, seja de mulheres ou de homens, é fortemente coibida pelas direções.

5.5 O PROCESSO DE TRABALHO EM ENFERMAGEM SOB O FLUXO TENSIONADO: A GENERALIZAÇÃO DA TENSÃO E A NATURALIZAÇÃO DOS CONSTRANGIMENTOS

Identificamos no cotidiano dos trabalhadores, a combinação de duas formas de exploração: a sobrecarga e a intensificação do trabalho sobre todos os setores das unidades hospitalares investigadas, mas com proporções distintas. A primeira é sistematizada através da previsão de atividades com que o profissional se depara no início do seu turno. A segunda forma ocorre pela imposição conjuntural da demanda através do fluxo de usuários, em que reatividade é exigida do empregado, inclusive, convivendo com situações-limite em atendimentos emergenciais. Ambas são construídas a partir da instauração da relação desproporcional entre quantidade de trabalhadores e a demanda de trabalho, o que gera um déficit permanente de recursos humanos. A enfermeira do hospital terceirizado comenta sobre essa relação: *“raramente, você vai ver hospitais vazios de pacientes (...) as empresas querem contratar menos para o profissional trabalhar mais”*. A postura das direções das instituições, que administram essa relação desproporcional, é ideológica, pois defende o modelo flexível, com a aparência de defender princípios tais como a vida dos sujeitos, atenuação do sofrimento alheio e preocupação com os usuários. O profissional que sofre a sobrecarga e a intensificação do trabalho ao questionar determinados aspectos é colocado retórica e falsamente como contrário à realização dos atendimentos¹⁴⁶ em uma lógica de “auto-culpabilização” do profissional.

¹⁴⁶ “Pensar a tensão do fluxo sem redução dos custos de mão-de-obra não tem sentido: os dois objetivos são indissociáveis e se reforçam mutuamente. Com certeza, o fluxo seria ainda mais tensionado – isto é, todas as causas de disfuncionamento teriam desaparecido – se cada grupo de trabalho dispusesse de recursos humanos em quantidade e qualidade suficientes para atingir seus objetivos. Mas a natureza mesma do sistema social de produção, o capitalismo, impede tal otimização, já que o tratamento da questão dos custos – busca do lucro máximo – o leva a reduzir especialmente os custos de mão-de-obra. Como enfrentar essa contradição entre tensão do fluxo e redução dos custos de mão-de-obra? Contornando-a por meio da invenção de uma outra coerência entre organização do trabalho em grupo (teamwork) e responsabilização-mobilização dos empregados. É nessa responsabilização, que implica mobilização da subjetividade dos empregados, que se situa hoje o coração do modelo da competência, tal como ele é posto em funcionamento por toda parte no mundo.” (DURAND, 2003, p.150)

Acerca da sobrecarga de trabalho, a bibliografia da área de enfermagem trata constantemente do tema (SCHMOELLER et al., 2011). Nessa investigação, descrevemos os relatos dos setores de internação também conhecidos por enfermarias. A técnica do hospital terceirizado diz que o choro dos trabalhadores é situação comum ao se deparar com o seu dia de trabalho no setor de clínica médica e internação. De acordo com a técnica:

Você chega de manhã e está cheio de paciente (...) você fica tipo assim: 'Ai meu Deus, eu não vou dar conta?' E dispara a chorar, chorar, chorar (...). Isso aí é comum, sabia? Chora, fica nervoso, por que eu isso, eu aquilo (...) porque é justamente isso: é muito paciente, cada paciente requer um cuidado diferente, não tem funcionário suficiente, é assim chegou no final do plantão, eu tenho que dar conta da minha escala intacta, concorda? Ninguém quer saber se o "seu João" aconteceu isso e a "dona Maria" aquilo (...). Muitas vezes, a enfermeira liga para outro setor, requisitando outro funcionário porque aqui tá muito pesado, mas (não tem sucesso) (...). Tudo isso envolve o número de funcionários (...). O familiar que muitas vezes está com paciente não quer saber se você cuida de cinco ou de dez, ele quer que na hora que toca a campainha você esteja ali (Téc./Aux.2).

A sobrecarga de trabalho tensiona procedimentos vistos como tranquilos *a priori*, como por exemplo, aplicação de medicação. Um profissional do hospital privado relatou ter monitorado muitos pacientes na UTI, cuidou de catorze pacientes, enquanto, a previsão de dimensionamento da enfermagem é de no máximo cinco pacientes. Nessa situação, a probabilidade de ministrar a medicação errônea aos pacientes aumenta. Segundo o trabalhador: “*não dá tempo para reclamar ao favor dos seus direitos, senão o paciente morre; esse direito do paciente é maior do que o meu*”. A maioria dos profissionais entrevistados informa que essas situações são habituais. Novamente, a técnica do hospital terceirizado aborda essa questão: “*Você tem, que tipo assim, atropelar as coisas, não deixar de fazer o que você tem que fazer, embora eu pudesse fazer melhor, mas eu não tenho tempo para isso*”.

Sobre a intensificação da rotina de trabalho, a dinâmica do fluxo tensionado é concretizada na resposta imediata da equipe de trabalhadores à demanda dos usuários. Todos os entrevistados consideram o pronto-socorro como setor de

emergência e de situações imprevisíveis. Acreditávamos, preliminarmente, na existência do estabelecimento de metas de produtividade; porém, constatamos – no decorrer da pesquisa – a ausência de metas de trabalho, isso significa que o trabalho de cuidado não necessita utilizar esse tipo de “estímulo”, pois a sua própria dinâmica de atendimento já supre a redução das porosidades do tempo de trabalho.

O enfermeiro do Pronto Socorro diz:

Hoje, eu estou trabalhando com sete funcionários, mas geralmente o ideal seria no mínimo quinze, mas eu trabalho com uma defasagem de profissionais muito grande (...). Eu continuo sendo braçal, até porque falta funcionário, você tem que levar o paciente, você tem que agilizar para o médico avaliar (...) aqui a gente continua na situação de empurrar maca (...) tem enfermeiro que não se propõe a isso (...). Até porque a gente pensa numa qualidade do atendimento né? Aquela menina que eu pedi para vir conversar com você depois (técnica entrevistada) ela está sozinha para atender todos os pacientes naquela área dela, são seis, sete, oito pacientes com dois entubados. Ali eu precisaria de um funcionário para atender um entubado e mais um paciente “mais ou menos” [em situação controlada], mais um funcionário para atender outro paciente entubado e mais um paciente [em situação controlada], e mais outros dois funcionários para os demais. Aí a gente tem que avaliar o grau de complexidade do paciente, infelizmente aqui nós não estamos fazendo isso. (Enf.1)

Questionado sobre as atividades tensas:

Principalmente, quando chega algum trauma e você não tem profissional suficiente, você tem que levar o paciente para tomo[grafia], levar o paciente para o raio X, muitas vezes o paciente chega com fratura, você tem que levar direto para o centro cirúrgico, a dificuldade está em exercer o papel do enfermeiro, na falta de profissionais você tem que ajudar os técnicos (...). Estresse é uma constante. A parada [cardíaca] a gente até consegue quando você tem uma equipe médica, quando você tem uma equipe médica que não é agressiva conosco, você consegue dar um suporte legal, quando os médicos estão estressados, eles estressam os profissionais e vira uma situação complicada. (Enf.1)

Nessas situações, caso o fluxo seja interrompido, as consequências podem ser desastrosas para os pacientes no sentido de sofrimento e risco de vida. Assim

como, a exigência de adaptação do sujeito ao contexto é extrema, a demanda exige agilidade e atenção, conforme uma técnica do pronto-socorro do hospital público relatou-nos: “(...) *you tem que ter olhar, eu sei quando o paciente vai parar, depois de tantos anos você sabe, é o auxiliar, o técnico que fica direto com o paciente*”. Nos três estabelecimentos da região, todos consideraram que o Pronto-Socorro do hospital público é o mais sobrecarregado e tenso. Os trabalhadores dessa unidade relatam até a exposição física ao descontrole emocional dos usuários e histórico de agressões. A técnica entrevistada do hospital público diz:

Eu não sei se é muito complicado por falta de funcionário, né? Porque é sempre essa falta ou se aqui é único hospital assim de portas abertas, o fluxo é todo aqui. De repente está tranquilo não tem nada, chegam cinco SAMU de uma vez, seis SAMU de uma vez. Isso acaba ficando complicado (...). Porque você tem os pacientes que estão internados e os que estão chegando, de repente você está numa parada e tem paciente chegando, você tem que está ali atento a tudo isso, tem pacientes em estado crítico com a gente, pacientes entubados. (Téc./Aux.1)

A dificuldade do procedimento e a pressão emocional são os componentes dessas situações. O auxiliar do hospital privado descreve situação recente, nas seguintes palavras:

Na última vez que eu passei por isso, foi um paciente que chegou de táxi na entrada errada do hospital, não foi no pronto-socorro e eu tive que iniciar a massagem cardíaca dentro do carro, diagnosticar ali que estava tendo uma parada cardíaca mesmo e iniciei no banco de trás do táxi. Aí tive que chamar a equipe, o pessoal da segurança chamou o pessoal do pronto-socorro para descer e trazer uma maca para levar o paciente. [Questionado sobre o que teria sentido no momento, respondeu]. Fora a tensão, cansado, eu estava sozinho, a técnica que eu estava usando estava errada, o local errado porque o banco do carro é muito macio, tem que estar num plano fixo para fazer massagem cardíaca. Fora o cansaço e o esforço físico que tive que fazer, tive que ter calma na hora para orientar o pessoal quem chama quem, porque quem estava comigo não era da enfermagem, era segurança e recepção, eles não sabiam o que estava acontecendo. Até chegar a equipe de enfermagem para me ajudar e levar o paciente foi complicado para manter a calma e transcorrer tudo bem, né? No final, ele saiu vivo e do hospital (...). Eu me senti bem porque todos os setores vieram me agradecer, porque eu tinha identificado uma parada cardíaca fora do pronto socorro, estava sozinho, iniciado o procedimento correto... (Téc/Aux.3)

A tendência do trabalhador é sempre prosseguir interiorizando a pressão em um entendimento que o direito da vida do paciente é muito maior do que o suposto direito de condições mínimas de trabalho. Essa interiorização e outras táticas de sobrevivência dos profissionais têm agravamentos posteriores. Essa dinâmica laboral forja também um modo de vida. Um técnico do hospital público disse que já incorporou o hábito de “*fazer tudo correndo*”; isso se tornou padrão: o profissional diz ser impaciente na sua vida pessoal e rápido nos afazeres domésticos. Outro enfermeiro, com muita experiência, mesmo não trabalhando diretamente com enfermagem atualmente, disse que até hoje precisa se policiar para realizar suas refeições em mais de cinco minutos, porque já incorporou ao hábito de comer de forma veloz.

Essa mobilização e a intensificação do processo de trabalho a partir da conjuntura são definidas pelos próprios profissionais; o enfermeiro do hospital público diz:

Pela avaliação clínica que você faz (...) assim [que] chega um paciente com trauma, eu não vou ver uma pessoa que está com hipertensão ali, porque chegou um trauma. Sempre é a demanda que define a organização do trabalho. (Enf.1)

5.5.1 Dimensão Relacional e Influência Tecnológica sobre o Cuidado

A respeito do sentido atribuído à experiência prática, todos os entrevistados afirmaram ter a prática de seus atos como sua maior fonte de conhecimento. Nessa perspectiva, observamos variação nas respostas a depender da experiência de cada profissional. A enfermeira do hospital terceirizado atribuiu importância à teoria, embora coloque a prática em primeiro plano. Interpretamos a resposta da profissional como sendo a que tem menor tempo de experiência entre os entrevistados: dois anos somente. Em síntese, quanto maior a experiência do profissional, maior o peso atribuído à prática sobre a teoria. Posteriormente, nas visitas à unidade hospitalar,

ouvimos que os demais profissionais de nível médio tinham boa relação com a enfermeira, mas avaliavam que ela sabia muito pouco do cotidiano do trabalho. A enfermeira do hospital privado descreveu, do seguinte modo, a proeminência da prática no seu aprendizado:

Com certeza pela prática, não tenho nem dúvida (...) o curso [graduação e especializações] veio na verdade para eu entender o que eu fazia na prática. Eu acredito que infelizmente aqueles que estão lá na ponta dando o curso não vivenciaram tanto a prática, talvez quem está lá no curso de especialização não vivenciou tanto a prática (...) às vezes até se confrontam [prática e teoria] e para mim foi fundamental a prática, aprendi muito e a teoria veio para me sustentar, para me embasar e saber o que eu fazia na prática. [Ao se referir tanto no aspecto do cuidado quanto da gestão, a enfermeira relata]: Lá, a gente só faz cálculos, números é tudo fictício, quando vivencia a prática é quando você tem o problema, aí você fica buscando alternativas (...) na hora que você chega na prática, a dificuldade é outra, a forma é outra e nem sempre aquele método que você aprendeu é o mais adequado e tem que buscar alternativas.(Enf.3)

A partir desse relato, retomamos a caracterização do cuidado como predominantemente relacional; logo, impossível de ser padronizado de forma plena. A prescrição é padrão e o profissional do ensino médio aprende como se o procedimento sempre fosse padronizado de modo simples e repetitivo, mas na realidade o mesmo procedimento pode variar muito a depender da situação do paciente e das condições de trabalho. Os trabalhadores comentam como a mesma aplicação técnica varia, conforme a dimensão relacional do contexto e das características dos sujeitos. Nessa perspectiva, a técnica do hospital terceirizado, comenta do seguinte modo:

Porque pela prática você vivencia a situação, né? Tipo assim, não dá de um jeito, você faz de um outro, (...) lá na escola você aprende isso e é só isso, não tem um meio termo, aqui não, né? Dependendo do procedimento, não tem uma coisa, você faz outra e termina com o mesmo resultado. (Téc./Aux.2)

Um exemplo básico é o da aplicação da injeção intramuscular: existe a orientação de injetar em uma região específica para a maioria dos indivíduos, porém,

uma parte dos indivíduos não deveria receber na região padrão, pela existência de nervos e não somente músculo. Segundo a maioria dos entrevistados, todos os profissionais da enfermagem (auxiliares, técnicos e os próprios enfermeiros) percebem em sua prática que os procedimentos não são iguais. Sobre essa distância entre a padronização lecionada e a prática cotidiana, ilustramos com a diferença entre trabalho prescrito e trabalho realizado. A enfermeira do hospital privado relata:

A anamnese como um todo, ela é única, né? Vai da cabeça aos pés, cada paciente é diferente, às vezes, o paciente não tem um membro, tem uma queimadura, ele tem uma cirurgia cardíaca, um desconforto respiratório. Anamnese não dá para ser igual em todos os pacientes, não é uma receita de bolo igual à que a gente aprende na escola, a escola te dá uma receita de bolo para você seguir aquele padrão e pronto, só que a anamnese não é isso, o exame físico do paciente não é isso, cada paciente, você vai examinar de uma forma, eu posso levar cinco minutos para fazer sua anamnese, mas em outro paciente vou levar meia hora, depende das condições clínicas do paciente (...). Cada paciente é um, não dá para dizer: 'Ah você tem trinta anos, você tem trinta anos (referindo-se a outro sujeito hipotético), você tem essa patologia, você tem essa patologia, o tratamento de vocês será igual. Será que vai ser igual? Eu não acredito nisso e a minha experiência de vida não me mostrou isso na área profissional. (Enf.3)

Nas questões vinculadas aos equipamentos tecnológicos, os profissionais citam aqueles relacionados à medicina diagnóstica localizados principalmente nos setores de U.T.I, procedimentos complexos e exames diagnósticos, tais como: tomógrafo, aparelho de ressonância magnética, coração externo, hemodiálise, monitores, respirador eletrônico, “carros” de anestesia informatizados etc.. Entretanto, os profissionais que já atuaram nesses setores e com esses procedimentos apontam que, para cada novo aparelho, torna-se necessário o aumento dos recursos humanos; em outras palavras, trata-se de cuidar da pessoa por meio do aparelho que é mais preciso e fornece mais informações e pode gerar ainda mais trabalho. Logo, nesses setores onde há maior incorporação tecnológica, ainda persiste a predominância do trabalho vivo.

Para o conjunto dos profissionais nos diversos setores, o cenário é de pouca influência tecnológica sobre o processo de trabalho. A enfermeira do hospital

terceirizado comenta: “*A máquina não vai dar banho no paciente*”. Entretanto, ressalvamos uma exceção que começa a ser implementada: o prontuário eletrônico. Mesmo cumprindo um papel auxiliar, essa ferramenta tem características baseadas nos serviços organizados pelo fluxo informacional (bancos e telemarketing), portanto tanto o controle quanto rotinas terão registros mais firmes, podendo-se acentuar ainda mais a dinâmica de intensificação do trabalho. Por fim, entendemos que os resultados da pesquisa corroboram a limitação do entendimento do trabalho em enfermagem nos moldes tayloristas, assim como o predomínio do trabalho vivo na dinâmica relacional do cuidado, conforme expostos no item 5.2.3 “A Relação da Tecnologia e o Processo de Trabalho em Enfermagem”.

5.5.2 A Relação Subjetiva do Trabalho em Enfermagem

A avaliação sobre a tensão dos procedimentos não é meramente objetiva, mas tem valoração subjetiva por parte daqueles que vivenciaram experiências distintas. Logo, as diferentes opiniões podem guardar alguma coerência, mas estão longe de ser unânimes na gradação do que é considerado tenso daquilo que não é. Os setores são escalonados por nível de tensão a depender também das características dos trabalhadores. Geralmente, os procedimentos vistos como menos tensos são aqueles sem risco eminente ao paciente, por exemplo, aferição de sinais vitais, medicação sem urgência, enfermarias, ambulatório (acompanhamento de exames e consultas) ao contrário de setores tais como Centro Cirúrgico, Unidades de Terapia Intensiva e Pronto Socorro, vistos como locais, onde a tensão é condensada em diversas atividades. A enfermeira do hospital privado não considera nenhuma função como tranquila, pois em sua visão preparar medicação não é tranquilo, pela possibilidade de dano irreversível, em suas palavras: “*O profissional de saúde trabalha com a corda no pescoço o tempo todo*”.

A dimensão subjetiva é definidora, por exemplo, os profissionais consideram ser mais tenso trabalhar com crianças em sofrimento. Sobre esse aspecto, o enfermeiro do hospital público relata:

Eu não tenho esse problema, no começo de profissão, você liga muito no paciente, com o passar do tempo não é que você fica frio, mas você aprende a dominar as suas emoções (...). Só não consigo, e já perdi empregos por isso, eu não consigo trabalhar com criança, mas não é tecnicamente, porque na minha concepção a criança não tem que sofrer (...) se for preciso puncionar uma criança para colher o sangue para fazer uma medicação, eu vou lá, eu punção, mas aí você me encontrar no banheiro que eu vou estar lá chorando depois do procedimento. (Enf.1)

A enfermeira do hospital privado, ao comparar diferentes postos a enfermagem, sintetiza como a valoração subjetiva concretiza-se; em suas palavras:

Maternidade é outro clima, você recebeu um bebê, está lá a família toda feliz, é diferente o profissional lhe dá psicologicamente para trabalhar [na UTI], a carga de trabalho de uma maternidade é inferior ao de uma U.T.I não tem nem comparação, mesmo se você trabalhar muito, porque na U.T.I tem a pressão que todos fazem em cima do profissional, hoje em dia deveria ter um profissional da psicologia para trabalhar com nossos profissionais que trazem problemas de casa e enfrentam problemas no cotidiano do trabalho. (Enf. 3)

Nos setores de internação, os profissionais descreveram, em sua maioria, que se sentem pressionados quando convivem algum tempo com o mesmo paciente e sua família, criando vínculos de afetividade e cobrança, conseqüentemente, o paciente e a família exercem pressões sobre suas atuações. Assim como, excepcionalmente¹⁴⁷, comunicar a morte à família, principalmente, de pessoas jovens, muitas vezes, cotidiano do enfermeiro da U.T.I e do centro cirúrgico é relatado de forma dramática.

Curiosamente, destacamos uma atividade específica que por sua característica nos chamou a atenção, o tamponamento, procedimento de preenchimento dos orifícios dos corpos após óbito com algodão. Em pesquisa

¹⁴⁷ Ponderamos essa informação por ter sido emitida somente por uma entrevistada, os demais profissionais citaram que esse papel, via de regra, cabe aos médicos.

anterior¹⁴⁸, o auxiliar do hospital privado nos relatou: “*Pode parecer chocante para as pessoas, mas é um trabalho muito melhor e depois que a gente se acostuma é um dos preferidos*”¹⁴⁹. A argumentação do profissional consistia na tranquilidade da atividade porque nesse procedimento não existiria exercício direto de pressão por parte de ninguém, tratava-se de uma atividade solitária. Via do mesmo modo, a atividade de monitoramento dos pacientes terminais que não interagem mais, mencionava que ao ter contato com os familiares ou se tivesse contato anterior com o paciente, isso alterava a sua sensibilidade.

Nessa pesquisa, encontramos opiniões diferentes de outros profissionais a respeito da preparação de corpos. Na pesquisa empírica dessa dissertação, tempos depois, percebemos postura diferente do mesmo auxiliar em relação à atividade. Antes o auxiliar dizia até preferir essa atividade em relação às demais por não ter contato direto com paciente e familiar. Atualmente, o mesmo trabalhador disse não ter problemas, mas prefere outros procedimentos. A explicação possível para essa mudança de sensibilidade é a experiência recente de morte de parente próximo.

Ainda nessa temática, apresentamos um contraste de “perfis”. Por diversas vezes os trabalhadores apresentam que preferem um setor e atividade em detrimento de outros, apesar das constantes incongruências nas quais profissionais transferem de postos, os profissionais e suas gerências buscam essa sincronia para evitar o absenteísmo. Sobre a questão, a enfermeira do hospital terceirizado diz:

Eu vou ser sincera para você, eu não tenho perfil de U.T.I, eu não tenho e sou muito clara em dizer, cada um tem que se identificar com área, mas gosto muito do ambulatório, porque ele tem um pouquinho de atenção primária, você faz curativo, você educa o paciente (...). (Enf:2)

Enquanto uma profissional diz não ter perfil para U.T.I, a técnica do hospital público diz preferir a adrenalina do Pronto-Socorro:

¹⁴⁸ Pesquisa realizada para a disciplina de graduação na disciplina de sociologia do Trabalho no segundo semestre de 2010, ministrada pelo Professor Leonardo Gomes de Mello do Departamento de Sociologia da Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas - Universidade de São Paulo.

¹⁴⁹ Essa opinião é comum entre outros entrevistados, porém, não consideramos majoritária. Outros trabalhadores apontam o constrangimento da situação.

Era mais tranquilo [em relação ao setor anterior, a obstetrícia], mas se você me perguntar 'qual você prefere', eu prefiro o P.S (...) porque eu gosto também dessa adrenalina que o P.S. (...) eu gosto dessa dinâmica do P.S (...) Acho que eles [referência aos demais colegas] gostam também, se não, não estariam.(Téc./Aux.1)

Desses relatos depreendemos a ausência de um *continuum* linear de sofrimento no trabalho, alguns setores vistos como insuportáveis para uns são atrativos para os demais.

As peculiaridades de cada estabelecimento produzem tensões distintas. Embora, a enfermeira do hospital terceirizado não considere o ambulatório um setor tenso, diz ser o espaço do primeiro contato com o usuário, sendo repleto de cobranças e constrangimentos aos profissionais devidos à demora ou a recusa de determinados atendimentos por insuficiência da instituição, motivo de tensão também apontado nos demais ambulatórios dos estabelecimentos estudados. A profissional diz:

O ambulatório não é uma U.T.I que tem paciente parando [morrendo], mas é a frente do hospital, a porta de entrada (...) às vezes, precisamos chamar a segurança (...). Tranquilo para gente é quando não tem atraso, não tem ninguém brigando. (Enf.2)

Sucintamente, a enfermeira descreve como situação tranquila aquela na qual o fluxo de pacientes caminha normalmente sem desgastes. Para além dessa rotina, a enfermeira destaca um aspecto especial de constrangimento na definição de quais pacientes devem ser atendidos. Em suas palavras:

Atividade difícil é quando a gente tem algum problema com o paciente, por exemplo, ele vem fazer o exame, e ele não teve o preparo, você fala para ele que não pode fazer, ele não compreende. Eu entendo a posição dele, porque não é fácil você sair de casa, às vezes, é um idoso, pega ônibus (...). E a gente tem as questões políticas também que interferem muito no nosso trabalho, porque, às vezes, nós temos aquele fluxo, temos

aquele protocolo, porque entra uma questão política você tem que quebrar toda essa forma. (Enf.2)

Questionada se essa questão política tratava-se de intromissão de vereadores ou de membros da administração municipal em inserir pacientes com preferência em relação aos demais, a enfermeira responde:

Isso é uma coisa assim que é difícil para gente, a gente fica constrangido, vou dizer coisas que acontecem, porque eu tenho dois pacientes, tenho que fazer uma gastrostomia, um conhece um vereador, o outro não, só que esse outro está esperando a mais tempo, talvez mais grave e eu tenho que dar [o atendimento] para aquele outro [primeiro]. Eu não concordo, dói, assim, eu acho injusto, eu tenho certeza que não é só eu, porque acho que todos precisam se tratando de saúde (...). Poxa, poderia ser alguém da minha família, eu sei que se chegar o parente do político, ele vai passar na frente (Enf.2).

Questionada se caso ela não agisse desse modo, se poderia sofrer alguma implicação com a direção do hospital, respondeu:

Provavelmente, é um caso que estressa muito a gente, uma pressão, porque o que acontece se o cara chega e não tem uma maca, ele liga para alguém que ele conhece a gente tem que virar uma maca para ele por causa dessa situação (Enf.2).

Para nós, é nítido que os gestores da Organização Social determinam a obediência do profissional devido aos laços políticos com a administração municipal.

A relação com os médicos também é um fator de tensão apresentado por todos os profissionais, desde as enfermeiras com posição de gerência do hospital privado e do terceirizado até os auxiliares e técnicos. As primeiras relataram ser muito difícil terem o respeito dos médicos quando necessitam solicitar o acerto de alguma pendência. Os profissionais caracterizam o comportamento do médico, muitas vezes, como autoritário e grosseiro. Auxiliar médicos no centro cirúrgico divide opiniões entre os profissionais de nível médio, os mais confiantes e

experientes julgam ser um bom posto de trabalho, enquanto aqueles com menor confiança e experiência consideram uma atividade muito ruim, inclusive, é comum ouvir ser a pior atividade. Para o auxiliar do hospital privado, o centro cirúrgico é um dos melhores postos, principalmente, pela relação com o médico, mas informa ser uma exceção. Esse auxiliar julga ter experiência e postura autônoma o suficiente, distintamente de outros colegas de menor experiência e mais submissos aos possíveis conflitos com os médicos, em suas palavras:

O centro cirúrgico é o melhor que eu acho, o paciente entra e faz cirurgia (...) e vai embora rápido, você não tem uma continuidade de convívio, não tem desgaste com a família ou paciente (...). Os médicos julgam receber muito pouco por cirurgia e ficam estressados no centro cirúrgico (...) eu não tenho muito problema com médico por conta de conhecer bem o setor, eles ficam muito tensionados quando é um profissional que não sabe revidar, não conhece o setor corretamente, fica perdido, não tem experiência, como eu tenho mais experiência, comigo não, é um setor que já tive muitos atritos no passado (...). São várias cirurgias de especialidades diferentes, você tem que saber durante o que ele vai pedir, tem que estar antecipando, tem que ser a rápida a cirurgia para não expor o paciente. (Téc/Aux.3)

Acerca dessa atividade, encontramos distinções nas três unidades analisadas. No setor público, o auxílio aos médicos também é visto com ressalvas, embora o maior convívio entre médicos e servidores geram relações de respeito, ao contrário, na iniciativa privada em que a rotatividade impede, via de regra, o estabelecimento de vínculos mais duradouros.

5.5.3 Sobre o Cotidiano de Erros

Para os profissionais entrevistados, os erros, no ato do cuidado, são crescentes. Em suas declarações, a ocorrência desses é comum, embora, somente dois profissionais reconheceram erros em seus procedimentos, em ambos os casos: aplicação de medicação. Contraditoriamente, todos relatam ter presenciado a

ocorrência de erros por parte de colegas e a constante linha tênue do “quase erro” em diversos momentos, embora, seguiram a prescrição técnica corretamente. Em nosso entendimento, provavelmente, caso os profissionais tenham errado não se sentiram confortáveis em relatar erros por insegurança, visto que, os erros devem ser reportados ao Conselho Regional de Enfermagem para apuração de responsabilidade.

A maioria dos entrevistados e as posições do Conselho de Enfermagem manifestam a opinião de que os erros são frutos do contexto e de diversos fatores. Os erros podem aparecer na atuação do profissional, porém, isso não significa sua determinação exclusiva no ato, com a possibilidade do erro ser produzido em processos anteriores. Os profissionais enumeram os motivos para a ocorrência desses erros: 1- ausência de condições mínimas de trabalho; 2- a sobrecarga de trabalho; 3- a imprudência de alguns profissionais e 4- má formação técnica dos profissionais. À luz de nossa interpretação da dinâmica do trabalho em enfermagem, os erros são exemplos da insustentabilidade desse modo de produzir, no qual os profissionais têm opinião unânime ao apontar a desproporcionalidade entre demanda de trabalho e a quantidade de trabalhadores¹⁵⁰.

Outro aspecto observado é a reverberação causada nos trabalhadores pela exposição midiática de casos dramáticos, sendo que essa teve tom de responsabilização individual, inclusive, todos esses casos são de conhecimento dos entrevistados¹⁵¹. Embora exista o juízo, definimos esse sentimento como uma comoção resignada que não se canaliza em ações efetivas de solidariedade, a maioria tem empatia aos profissionais envolvidos, até porque duas profissionais entrevistadas relataram ter presenciado colegas em situações análogas: erro de medicação resultando em óbito infantil e troca de frascos. Observamos também o posicionamento crítico da categoria a respeito das posições na época do Conselho de

¹⁵⁰ Inicialmente, tínhamos como hipótese a ser comprovada, o aumento dos erros procedimentais dos profissionais sob essa realidade do processo de trabalho. Infelizmente, não foi possível a obtenção de dados através de mensuração de apurações e sindicância do Conselho de Enfermagem para o teste dessa correlação. Logo, nessa temática, mencionamos principalmente as observações dos entrevistados.

¹⁵¹ Incluímos na categoria desses casos dramáticos: o óbito de uma criança por ter recebido via venosa vaselina líquida ao invés de soro fisiológico; o caso que uma criança teve dedos decepados quando o profissional retirava um curativo entre outros casos.

Enfermagem que segundo os profissionais endossou o caráter inquisitivo dos indivíduos envolvidos nos casos¹⁵².

5.5.4 Saúde do Trabalhador

A atual configuração do trabalho das categorias da enfermagem logicamente resulta em diversas consequências físicas e psicológicas. A saúde do trabalhador de enfermagem é tema recorrente na bibliografia da área que o aborda sob vários aspectos, tais como: desgaste emocional (SCHMOELLER et al., 2011); síndrome de *burnout* e *stress* (CHIAPETTI et al., 2012); problemas ergonômicos (ALEXANDRE, 1998; MARZIALE e ROBAZZI, 2000). O tema também é abordado sob o prisma do tipo de espaço e de atenção no qual os profissionais estão inseridos, por exemplo, ambiente hospitalar (FONSECA e SOARES, 2006); hospital universitário de alta complexidade (LORENS; BENATTI; SABINO, 2010), hospital de grande porte (MOREIRA et al., 2009), especificamente em setores, na unidade de terapia intensiva (PAIVA e MONTEIRO, 2004), no setor de emergência (BENETTI et al., 2009). Externamente ao espaço hospitalar, existe análise sobre a saúde do trabalhador em centro de saúde (AGUIAR et al., 2009) e na atuação no programa saúde da família¹⁵³ (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007).

¹⁵² Essas ocorrências são do período da gestão passada de 2008-2011 do COREN-SP. A discussão sobre a posição do Conselho foi pauta das eleições entre as chapas e, consequentemente, a chapa vencedora do pleito e atual diretoria criticavam a postura anterior de mera responsabilização e apresentou politicamente posição distinta em diversos temas. No entanto, os entrevistados dizem não perceber diferença alguma na postura do conselho, segundo os próprios, a maior preocupação da autarquia seria cobrar a contribuição compulsória.

¹⁵³ As autoras sintetizam o tipo de desgaste dos profissionais: “As enfermeiras verbalizaram como expressão concreta do desgaste no corpo bio-psíquico muito *cansaço físico e mental*, levando-as a querer apenas *ir para casa e não fazer mais nada* e problemas de saúde como *hipertensão, alergias, dores de estômago*, além de se exporem a acidentes no trabalho e no trajeto, como relatou uma entrevistada que ao dormir no volante sofreu acidente de carro.

O estudo(17) alerta que a causalidade desse padrão de adoecimento não é associada ao trabalho, como o são os acidentes, os *chamados infortúnios do trabalho*, pois é um padrão semelhante ao da população em geral. No entanto, os quadros de hipertensão, de cânceres, doenças osteoarticulares, e transtornos mentais ocorrem mais precocemente na vida dos trabalhadores. Esse desgaste no corpo bio-psíquico foi constatado entre trabalhadores do PSF, comum a prevalência acentuada de estresse.” (SANTOS; SOARES; CAMPOS, 2007, p. 781)

Nessa pesquisa, os entrevistados apresentaram a primazia dos problemas de caráter emocional sobre os problemas físicos por mais que esses são presentes em problemas ergonômicos, dores crônicas, tendinites e demais lesões de esforço repetitivo. Outro problema de saúde comum é a hipertensão, disfunção correlacionada com cotidiano de tensão e *stress*, inclusive, recebemos a informação que um técnico enfartou enquanto atendia pacientes. A enfermeira do hospital terceirizado comenta sobre a relação do *stress* e o cansaço:

Patologias mais relacionadas ao stress e ao cansaço do que de fato algo ali propriamente fisiológico, entendeu? Bem complicado. Tem gente que trabalha em dois, três empregos porque, você acha que se a pessoa tivesse um bom salário, ela iria trabalhar em dois, três empregos, sair de um e direto para outro na noite, eu já ouvi gente falando aqui que já estava há quarenta e oito horas sem ir para casa, de um emprego para o outro, quarenta e oito horas seguidas, foi para um, saiu, foi para outro. Isso é vida? Você nem tem tempo de usufruir, nem saúde para usufruir o que você ganha. (Enf.2)

A questão da saúde mental dos profissionais é tema de primeira importância, pois os relatos de situações de doenças relacionadas ao sono, depressão, síndrome do pânico e de *burn-out*, e surtos emocionais são a regra. Praticamente, não há menção de nenhum hospital em que não seja comum tal situação. A enfermeira do hospital privado aborda como o excesso de trabalho deixa sequelas, mesmo não mantendo o ritmo de trabalho anterior:

Eu durmo pouco, tive que trabalhar muito durante toda a minha vida, trabalhar a noite, não tem hora, aí vira [ficar 24 horas sem dormir] com excesso de trabalho, o seu sono nunca é igual, durmo duas, três horas por dia e mesmo quando estou de folga em casa, eu não consigo dormir (...) sinto cansaço (...) desgaste psicológico pelo tempo de trabalho que fiquei em dois empregos, ainda estudando. (Enf.3)

Decorrente dessa situação, identificamos um “protagonismo” da medicalização como elemento viabilizador do trabalho. A respeito da relação entre trabalho e o uso abusivo de drogas pelos profissionais de enfermagem, vários estudos

têm desenvolvido os fatores de motivação desse envolvimento (DIAS et al., 2011; ZEFERINO et al., 2006; FERRAZ, 2010), entre esses constam: a maior possibilidade de consumo pela facilidade de acesso às substâncias, a auto aplicação, a situação familiar e a vida pessoal. Assim como, tratam das consequências físicas e possíveis prejuízos aos usuários. Para nossa investigação, o aspecto mais destacado dessa produção teórica é a associação de como os elementos do desgaste laboral desembocam nessa prática (MARTINS e ZEITOUNE, 2007).

A relação do cotidiano do trabalho e consumo de drogas apareceu nas três unidades investigadas. A enfermeira do hospital terceirizado diz:

Medicação mesmo, eu já vi gente falar que toma ritalina, às vezes, toma um rivotril a noite para dormir e tomam ritalina de manhã para ficar ligado (...); as pessoas que trabalham a noite tomam para ficar acordado, até médicos mesmo. (Enf.2)

Para o enfermeiro do hospital público, tomar medicamentos, muitas vezes, ocorre pela via formal de prescrição. Em suas palavras:

Então, geralmente tem muito profissional da enfermagem que faz uso desses medicamentos para dormir (...) com uma prescrição médica, então ele conhece o médico e fala 'ah doutor faz uma receita médica para mim disso daqui e tal'; é comum (...) para dormir principalmente. (Enf.1)

Para além de uma utilização funcional, existe também o uso dos medicamentos pelas suas propriedades psicotrópicas, aliás, tanto os medicamentos “lúdicos” quanto “funcionais” são conhecidos por todos e controlados pelas gerências dentro do possível, porque o consumo no próprio ambiente do trabalho é usual. A enfermeira do hospital privado comenta sobre:

Infelizmente, a gente só descobre a hora que não tem mais jeito (...) tem profissional que usa para ficar muito tempo acordado e acaba se viciando, tem profissional que está com problema e como a droga está ali fácil e é prazerosa, eles acabam se injetando e depois não conseguem

mais sair disto, só que chefia, para saber disso, só sabe quando não tem mais jeito, quando a pessoa não consegue esconder mais e está totalmente dependente, porque os colegas de trabalho encobrem, por dó, por sei lá, infelizmente todos que eu presenciei ... já era tarde. (Enf.3)

5.6 CONTRASTES E SEMELHANÇAS DAS RELAÇÕES TRABALHISTAS E DO PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES PESQUISADAS

Acerca da dimensão das relações trabalhistas e do poder no local de trabalho, caracterizamos como distintas nos três hospitais investigados. Depreendemos dos aspectos vinculados aos tipos de vínculo empregatício que a instabilidade do regime celetista sustenta a gestão da força de trabalho baseada na insegurança e influencia o cotidiano dos profissionais. Nas unidades hospitalares privada e terceirizada, a assimetria de poder entre trabalhadores e direção da empresa conduz ao despotismo permeado por relações pessoais e arbitrárias em que a docilidade e a gratidão aos proprietários do hospital é a melhor forma de localização para o funcionário que deseja crescer. Ao nos basearmos nos termos de Burawoy (1990), a autonomia do trabalhador é maior no setor público, sendo que o alicerce é a estabilidade advinda do regime estatutário. Isso porque, para o servidor ser demitido deve ser punido via processo administrativo, procedimento visto como muito trabalhoso pela chefia do hospital público.

A ausência de avaliação de produtividade com critérios definidos é mais um dos aspectos do poder arbitrário da direção da empresa na relação com o empregado nos hospitais privados e terceirizados. Nas palavras do auxiliar de enfermagem do hospital privado, tem-se que:

(...) Não tem nenhum tipo de meta, nada disso (...) no hospital que eu trabalho hoje tem avaliação, mas não é vinculada ao salário, às vezes sim, às vezes não, depende do dono do hospital que vai falar quem vai receber mais ou menos... [Questionado o motivo pelo qual ele não receberia, respondeu]: Como eu sou líder do sindicato, eles não aumentam meu salário (...) dependendo da aproximação que você tem

com a chefia, você vai conseguir ou não, eu tenho aproximação, mas tenho problemas por causa do sindicato. (Téc./Aux.3)

Segundo a maioria dos profissionais das unidades sob vínculo celetista, a única tática possível de jogo social para ascensão é denominado como “fazer média” ou “puxa-saquismo”, a prática consiste em ser cordial e dócil com os enfermeiros preferidos e com a própria direção do hospital. Conferimos nas visitas à unidade privada que todos os profissionais de nível médio não fazem menção aos proprietários do hospital, pelo contrário, observamos relações trabalhistas acirradas, a ponto de descobrirmos que o auxiliar entrevistado fora demitido quando esse profissional tinha estabilidade por ser membro da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) por não considerá-lo cooperativo. O auxiliar foi readmitido após decisão judicial de reintegração.

Em nossa interpretação, a decisão sobre transferência, promoções e gratificação é totalmente definida pela empresa. Dos quatro entrevistados das unidades com vínculo celetistas, todos disseram que esses requisitos eram definidos pela direção, seja do hospital particular, seja do terceirizado. Ao se aprofundar sobre o tipo de relação de trabalho, observamos no hospital público a necessidade de maior consentimento por parte dos auxiliares e técnicos na relação com o enfermeiro. Foi nos relatado nas visitas que uma antiga enfermeira praticava assédio moral e houve embate com os trabalhadores e o seu sindicato, gerando o afastamento dessa profissional do cargo de chefia. Esse fato representa a impossibilidade no estabelecimento de relação despótica devido ao regime de trabalho estabelecido e a relação de forças entre trabalhadores e administração do hospital. Quando questionamos como o enfermeiro do hospital público analisou a sua experiência no cargo de supervisor, o profissional respondeu:

Olha, foi positiva, mas foi negativa, também. Positiva porque era uma área que eu não conhecia, mas a área burocrática, negativa porque infelizmente, você tinha que bater de frente com o profissional, ele não entende que falta alguém no Pronto-Socorro, ele tem que descer da enfermaria para o Pronto-Socorro, você tem que falar que ele tem que ir.

Eu já passei por situação do funcionário pegar a mochila, pegar a bolsa e ir embora, né. Então é complicado. (Enf.1)

A respeito da organização do processo de trabalho caracterizamos que os três hospitais têm semelhanças nos aspectos que abordamos: baixa influência tecnológica; convivência e eminência de erros procedimentais; e relatos de adoecimento por parte dos trabalhadores. Essa semelhança é também relatada pelos profissionais entrevistados que tinham em suas trajetórias a experiência de terem atuado sob as distintas gestões (pública, terceirizada e privada).

Destacamos a dinâmica semelhante da organização do trabalho pela reatividade da demanda concretizada na relação desproporcional: número de pacientes e quantidade deficitária de profissionais nos três hospitais. Essa relação desproporcional fundamenta a sobrecarga e intensificação do trabalho. Sem sombra de dúvida, essas características são as mais marcantes do trabalho das categorias de enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de supercapitalização é o nosso ponto de partida (elemento decorrente da crise da queda da taxa de lucro manifesta nos anos 1970) para fundamentar a disposição do capital que não encontra oportunidades plenas de valorização no meio produtivo fabril e se desloca para os serviços. A expansão da relação de serviços do setor de saúde é consequência da transposição da fronteira e subsunção do setor à valorização. O ritmo e a característica de aquisição e fusão das operadoras de planos de saúde demonstram o quanto esse movimento do capital é mundializado e a estratégia de captação por meio de abertura de capital na bolsa de valores representa a submissão à dinâmica financeira.

Baseamo-nos na teorização da relação social de serviços como elemento complementar ao movimento do capital apresentado. Na medida em que prioriza temas como a estruturação da demanda, ou seja, o padrão de consumo; a organização das empresas prestadoras de serviço para a oferta; e as características dos empregos gerados pelos serviços. Os dois últimos aspectos têm significativa relevância para o entendimento da expansão de aproximadamente 600% do emprego das categorias da enfermagem nos últimos 20 anos no estado de São Paulo e dos mecanismos de gestão das empresas de serviços relacionais incorporado ao segmento da saúde, por exemplo, a terceirização e subcontratação no limite do possível e do legal.

O capitalismo contemporâneo ou o capital em geral submete, por meio da financeirização, os capitais particulares (empresas prestadoras de serviços em saúde) e o Estado nacional. Acerca dos primeiros, força que as empresas privadas sejam lucrativas no patamar concorrencial do conjunto dos ativos bursatéis para garantia de valorização do capital dos acionistas. Em relação ao Estado, impõe que não direcione os recursos com gastos sociais e, conseqüentemente, com os trabalhadores dessas áreas, direcionado os recursos para a remuneração do capital financeiro. Nesse sentido, os governos federais têm cumprido à risca esse papel subordinado, seguem no caminho de políticas macroeconômicas restritivas e priorizam o pagamento de

juros e amortização da dívida pública, e ainda, mantém diversos mecanismos de transferência do fundo público para o setor privado em saúde enquanto financia a política pública de saúde com poucos recursos.

Nesse contexto, discutimos as características do trabalho coletivo em saúde e da racionalização do trabalho em enfermagem. Desse modo, problematizamos a perspectiva do trabalho vivo em ato na produção em saúde que argumenta que esse processo de trabalho é singular e por ser relacional tem potencial de liberdade (MERHY, 2007). Em nossa opinião, trata-se de uma teoria com caráter particularista construída de forma eclética que desvincula a prática em saúde da categoria trabalho nos serviços de saúde na sociedade capitalista. Assim como, contestamos a leitura transposta dos moldes do taylorismo submetido à maquinaria da indústria para o trabalho relacional do cuidado (PIRES, 2007). A discussão teórica e a pesquisa de campo demonstram a “aplicação” do modo flexível na racionalização do trabalho em enfermagem. Correlacionamos esse trabalho específico com o processo histórico do capitalismo contemporâneo. Não se discute a coexistência de formas anteriores de organização do trabalho em enfermagem, como o taylorismo, fatores de permanência e mudança desenvolvem-se de forma contraditória, porém, destacamos a primazia da organização pós-fordista sobre as demais. Em nossa perspectiva, a intensificação do trabalho em enfermagem desenvolve-se na dinâmica dos serviços relacionais sob a lógica pós-fordista do fluxo tensionado e com a pressão generalizada sobre o indivíduo.

O peso incisivo das finanças ou das classes rentistas sobre os trabalhadores da área da enfermagem pode ser sintetizado da seguinte forma. No setor público, a contenção de recursos e a inviabilização institucional pela lei de responsabilidade fiscal (BRASIL, 2000) resultam na contratação, via de regra, sempre deficitária e com baixos salários dos profissionais. Na iniciativa privada, a dominância das operadoras sobre as empresas prestadoras constroem o ganho empresarial para o repasse da remuneração dos ativos financeiros. Ambos, tanto os lucros dos ativos quanto o ganho empresarial, são frutos da atuação da força de trabalho em saúde que é majoritariamente da enfermagem nos serviços hospitalares. A gestão terceirizada dos estabelecimentos de saúde via Organizações Sociais de Saúde aparentemente é

justificada ideologicamente pela agilidade nas compras de materiais e serviços que prescinde de processo licitatório e outras vantagens, mas na essência cumprem o papel de pressionar o preço da força de trabalho, flexibilizar o vínculo de trabalho, os direitos trabalhistas e, sobretudo, instaurar um regime de trabalho em que os profissionais são desprovidos de poder.

Em síntese, as tendências econômicas submetem o regime e o processo de trabalho das categorias da enfermagem na medida em que para a diminuição de custos constroem a contratação do número adequado de profissionais. Nesse sentido, todas as formas de gestão da força de trabalho da enfermagem (pública, terceirizada e privada) instituem a relação desproporcional que se baseia na inequação entre demanda do número de pacientes e quantidade incipiente de profissionais, ou seja, à moda do trabalho em cuidado, institui-se sistema análogo ao *just-in-time* consagrado no toyotismo e “emprestado” para diversas atividades de serviços. Do ponto de vista técnico, essa relação é demonstrada pelo não atendimento da maioria dos estabelecimentos de saúde dos parâmetros fixados do dimensionamento do quadro de profissionais da enfermagem, conforme resolução do COFEN 293/2004. Sendo assim, a dinâmica do fluxo tensionado é fundamental para a compreensão da organização do trabalho em enfermagem. Os turnos de trabalho atuam pela reatividade da demanda, sem possibilidade de contraposição por parte dos profissionais ao fluxo que determina o seu cotidiano, pois o objeto do trabalho é o cuidado sobre os pacientes. Temos uma configuração de cobrança desproporcional sobre os profissionais que devem realizar seus procedimentos mesmo sem as condições básicas muitas vezes.

Destacamos como a peculiaridade subjetiva do trabalho em enfermagem gera tamanha pressão sobre os trabalhadores. A intensificação e a sobrecarga de trabalho sob o fluxo tensionado parte do contexto de que o objeto de trabalho são os usuários, logo, a não realização de um procedimento ou um erro implica em prejuízo gradativo a depender da condição do paciente. A tendência observada nos profissionais da enfermagem é se guiar pelo fluxo, porém, o cotidiano de trabalho sob essas condições desemboca em sérias consequências sobre a sua saúde. Temos uma representação concreta no contexto do trabalho em cuidado do caráter contraditório

do trabalho sob o capitalismo, enquanto o profissional oferece sua capacidade para o benefício da saúde de outrem, exauri a sua própria saúde.

Portanto, o modo de produzir e o regime de trabalho das categorias de enfermagem são submetidos pelo capitalismo financeirizado, representado na pressão para a redução de custos da força de trabalho, um regime de trabalho assimétrico-despótico nas unidades com contratação celetista (terceirizada e privada) e aumento da produtividade advindos da conversão dos serviços de saúde e do orçamento estatal em áreas de valorização do capital sob predominância financeira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGLIETTA, M. **Regulacion y crisis Del capitalismo**: La experiencia de los Estados Unidos. Tradução de Juan Bueno. México: Siglo Veintiuno, 1988.

AGUIAR et al. Saúde do trabalhador de enfermagem que atua em centro de saúde. **Rev Inst Ciênc Saúde**;27(2):103-8, 2009

AGUIAR, Z e SOARES, C. A qualificação dos atendentes de enfermagem: transformações no trabalho e na vida. **Revista Latino-americana de Enfermagem** 2004 julho-agosto; 12(4):614-22 www.eerp.usp.br/rlaenf

ALEXANDRE, N.M.C. Ergonomia e as atividades ocupacionais da equipe de enfermagem. **Rev.Esc.Enf.USP**, v.32, n.1, p.84-90, abr. 1998.

ALMEIDA, P. A Servicialização do Trabalho, Perspectivas e Tendências. **Revista Sociologia, Problemas e Práticas**, CIES - Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. OIERAS, Portugal, nº 44, Janeiro, 2004.

_____. Serviço(s) e sociologia do trabalho, Que práticas? Que objectos? **Revista Sociologia, Problemas e Práticas**, CIES - Centro de Investigação e Estudos de Sociologia. OIERAS, Portugal, nº 47, Janeiro, 2005.

AMORIM, H. **As Teorias do Trabalho Imaterial**: uma Reflexão Crítica a partir de Marx. CADERNO CRH, Salvador, v. 27, n. 70, p. 31-45, Jan./Abr., 2014.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho**. Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 2ª. ed. São Paulo: Boitempo Editorial, 2009. v. 1. 287 p.

BAHIA, L. O Mercado de Planos e Seguros de Saúde no Brasil: Uma Abordagem exploratória sobre a estratificação das demandas segundo a Pnad 2003. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, p. 951-965, 2006.

_____. As contradições entre o SUS universal e as transferências de recursos públicos para os planos e seguros privados de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13(5): p.1385-1397, 2008.

_____. A privatização no sistema de saúde brasileiro nos anos 2000: tendências e justificação. In: **Gestão Pública e Relação Público Privado na Saúde**/ Nelson Rodrigues dos Santos e Paulo Duarte de Carvalho Amarante (Organizadores) – Rio de Janeiro: Cebes, 2010a.

_____. Estado e a Financeirização da Assistência Médico-Hospitalar no Governo Lula. **X Encontro Nacional de Economia da Saúde**. Universidade Federal

do Rio de Janeiro **X Encontro Nacional de Economia da Saúde**. 27 de outubro de 2011, 32 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

_____. Relações Entre o Público e o Privado: Apontamentos para o Debate: O Sistema de Saúde QUE TEMOS e QUEPODEMOS TER. **Apresentação CEBES** 08 de julho de 2011. 53 slides: color. Slides gerados a partir do software PowerPoint.

BARALDI, S. e CAR, M. Flexibilização e Desregulamentação Laboral dos Trabalhadores da Área de Enfermagem no Brasil: O Caso Profae. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, 2008, março-abril; 16(2) Disponível: www.eerp.usp.br/rlae

BEHRING, et al.. **Capitalismo em crise, política social e direitos**. São Paulo: Cortez, 2010.

BENETTI et al, 2009. Variáveis de Burnout em Profissionais de uma Unidade de Emergência Hospitalar. **Revista Cogitare Enfermagem**, UFPR, 2009 Abr/Jun; 14(2):269-77.

BNDES. **Equipamentos e tecnologias para saúde**: oportunidades para uma inserção competitiva da indústria brasileira. BNDES Setorial 37, p. 173-226, 2013. Disponível em: http://www.bndes.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivo/s/conhecimento/bnset/set3705.pdf

BOYER, R. e DURAND, J.P. **After Fordism**. Houndmills, England: Macmillan Press, 1997.

BRAGA, R. A vingança de Braverman: o infotaylorismo como contratempo. In: ANTUNES, R e BRAGA, R.(Org.). **Infoproletários**: degradação real do trabalho virtual. São Paulo: Boitempo, 2009.

_____. Entrevista Michael Burawoy. **Revista Cult**. Edições nº 139 Disponível em: <http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/entrevista-michael-burawoy>, 2010.

BRASIL. **Lei nº 7.394**, DE 29 DE OUTUBRO DE 1985. Regula o Exercício da Profissão de Técnico em Radiologia, e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17394.htm. Acesso em: 26 fev. 2014.

_____. **Lei nº 7.498**, DE 25 DE JUNHO DE 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/17498.htm

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm

_____. **Lei de Responsabilidade Fiscal**. Lei complementar nº101, de 4 de maio de 2000. Estabelece normas de finanças públicas voltadas para a responsabilidade na gestão fiscal e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 26 nov. 2013.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e Capital monopolista**. Rio de Janeiro, Zahar. Edição original, 1987.

BRESSER-PEREIRA LC. A reforma gerencial do Estado de 1995. **Revista de Administração Pública**, 2000. 34 (4):55-72.

BUJDOSO, Y. et al. . A academia e a divisão social do trabalho na enfermagem no setor público: aprofundamento ou superação?. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 12, n. 5, out. 2007 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000500034&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 11 dez. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000500034>.

BURAWOY, M. A transformação dos regimes fabris no capitalismo avançado. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**.nº13.ANPOCS: 1990

_____. **The Extended Case Method: Four Countries, Four Decades, Four Great Transformations and One Theoretical Tradition**. University of California Press. 2009.

CALIPO, S. M. **Saúde, estado e ética -NOB/96 e Lei das Organizações Sociais: a privatização da instituição pública da saúde?**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-19092006-174708/>>. Acesso em: 2014-12-10.

CAMPOS, G. W. S. O Anti-Taylor: sobre a invenção de um Método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. **Cadernos de Saúde Pública** (FIOCRUZ), v. 14, n. 4, p. 863-870, 1998.

CANDIDO, A. **Os parceiros do Rio Bonito**. São Paulo, Editora 34 LTDA, 10ª Edição, 2003.

CHIAPETTI et al.. Síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem. **Bol. Acad. Paulista de Psicologia**, São Paulo, Brasil - V. 32, no 83, p. 353-383, 2012

CHIAVEGATO, L.G e NAVARRO, V.L.A Organização do Trabalho Em Saúde em um Contexto de Precarização e do Avanço da Ideologia Gerencialista. **Revista Pegada**, v. 13 n.2, Dezembro-2012.

CHESNAIS, F. **A mundialização do capital**. São Paulo: Xamã, 1996.

_____. O capital portador de juros: acumulação, internacionalização, efeitos econômicos e políticos. In: Chesnais F (Org.). **A finança mundializada**, raízes sociais e políticas, configuração, consequências. São Paulo, Boitempo, 2005.

_____. A Proeminência da Finança no Seio do Capital em Geral, o Capital Fictício e o Movimento Contemporâneo de Mundialização do Capital. In: Chesnais, F. *et al.*, **A Finança Capitalista**. São Paulo, Alameda Editorial, 2010.

_____. A refundação do trabalho no fluxo tensionado. IN: **Revista Tempo Social**. v.15, n.1. São Paulo Abril/2003.

Conselho Federal de Enfermagem. **Resolução 293/2004** Fixa e estabelece parâmetros para o dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas unidades assistenciais das instituições de saúde e assemelhadas. Disponível em: http://novo.portalcofen.gov.br/resoluco-cofen-2932004_4329.html Acesso em: 26 nov. 2013.

_____. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. **Resolução COFEN nº 311/2007**. Fevereiro de 2007. Rio de Janeiro. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/materias.asp?ArticleID=7323§ionID=37>

CORIAT, B. **El taller y el cronometro**. Ed. Siglo XXI, 13ed. 2003.

CUNHA, et al.. Características da divisão do trabalho em enfermagem no Brasil: revisão integrativa de literatura. **Revista Digital EFDeportes.com**. Buenos Aires, Año 17, Nº 173, Octubre de 2012.

DANTAS, F. Rendado país cresceu mais diz FMI. **O Estado de São Paulo**, 25 fevereiro de 2007.

DÉCIMO, T. Programas sociais fazem Nordeste ter boom de consumo. **O Estado de São Paulo**, 25 fevereiro de 2007.

DIAS-ARAÚJO et al.. Da arte de dizer não: o papel dos atendentes na construção da “relação de serviço” em uma operadora de serviços de saúde. **Revista de Gestão de Produção**. São Carlos, v. 18, n. 4, p. 881-896, 2011.

DIAS et al., 2011. Fatores Predisponentes ao Uso Próprio de Psicotrópicos por profissionais de enfermagem. **Rev. enferm.** UERJ, Rio de Janeiro, 2011 jul/set; 19(3):445-51.

DONNANGELO, M. C. **Medicina e sociedade** (o médico e seu mercado de trabalho). São Paulo: Pioneira 1975.

DUARTE, C. UNIMED: história e características da cooperativa de trabalho médico no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 17(4):999-1008, jul-ago, 2001.

DURAND, J-P. Travail informationnel et flux tendu. Journées 17, 18, 19 giugno J.P.Durand - **Atelier 1.**, 1999 Disponível em: <http://jean-pierredurand.com/artfrancaispdf/Trav.inf-Fluxtend.pdf>

_____. O modelo da competência: uma nova roupagem para velhas ideias. In: **Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo**, Ano 7, nº 14, 2001.

_____. A refundação do trabalho no fluxo tensionado. IN: **Revista Tempo Social**. vol.15 n.1. São Paulo Abril/ 2003.

ESCOREL, S. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1964 a 1990: do Império ao desenvolvimento populista IN GIOVANELLA, L et al. (Org) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2011

ESCOREL, S. e TEIXEIRA, L.A. História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do Império ao desenvolvimento populista IN GIOVANELLA, L et al. (Org) **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro : Editora FIOCRUZ, 2011

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do “WelfareState”. **Revista Lua Nova**. São Paulo, n. 24, p. 85-116, 1991.

FERRAZ, S. M. **Estudo da prevalência de uso de substâncias psicoativas por enfermeiros**. Belo Horizonte, 2010. Dissertação de Mestrado- Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2009

Folha de São Paulo. **Seminários Folha: Saúde**, São Paulo, 29 de Março de 2014.
FONSECA, A.M e SOARES, E. Desgaste emocional: depoimentos de enfermeiros que atuam no ambiente hospitalar. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. UFC, v. 7, n.1, p.91-97, jan-abril, 2006.

FOUCAULT, M. **A microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

GADREY, J. Emprego, produtividade e avaliação do desempenho dos serviços. IN SALERNO, M. (org.) **Relação de serviço: produção e avaliação**. São Paulo. Editora SENAC, 2001.

_____. É preciso desenvolver os pequenos empregos dos serviços com baixa produtividade, como fizeram os americanos. In: **Os Econoclastas: Pequeno breviário das ideias econômicas pré-concebidas**. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna: Uma Pesquisa sobre as Origens da Mudança Cultural**. Traduzido por Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. 20ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2010.

_____. **O novo imperialismo**. Traduzido por Adail Ubirajara Sobral e Maria Stela Gonçalves. 3ª ed. São Paulo: Edições Loyola, 2009.

_____. **Para compreender o Capital**. Editora Boitempo. São Paulo, 2013.

HOLANDA, S. B. **Raízes do Brasil**. Cia. das Letras, São Paulo, 1997.

IANNI, Octávio. **A Era do Globalismo**. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.

IBGE. **Conta-Satélite de Saúde no Brasil 2007-2009**. 2012: Disponível em: http://www.ibge.com.br/home/estatistica/economia/economia_saude/css_2007_2009/economia_saude.pdf

_____. **Síntese de Indicadores Sociais**. Uma análise das condições de vida da população brasileira 2013. 2014. Disponível em: ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/SIS_2013.pdf > Acesso em: 07/05/2014.

IPEA. **Políticas Sociais**: acompanhamento e análise. nº 21, Capítulo 3. Saúde 2013. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/politicas_sociais/bps_21_cap03.pdf. Acesso em: 07/05/2014.

JINKINGS, N. **O Mister de Fazer Dinheiro. Automatização e Subjetividade no Trabalho Bancário**. Editora Boitempo, São Paulo, 1995.

LORENZ, V.; BENATTI, M.; SABINO, M.. Burnout e estresse em enfermeiros de um hospital universitário de alta complexidade. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 6, Dec. 2010. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000600007&lng=en&nrm=iso>. accesson 30 Dec. 2014. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000600007>.

MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. Tradução Carlos E Silveira Matos, Regis de Castro Andrade e Dinah de A. Azevedo. 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

_____. **A Crise do Capital: os fatos e sua interpretação marxista**. São Paulo: Ed. Ensaios, 1990.

MARTINS E, ZEITOUNE R. As condições de trabalho como fator desencadeador do uso de substâncias psicoativas pelos trabalhadores de enfermagem. Esc Anna Nery **Rev Enferm** 2007 dez; 11 (4): 639 – 44

MARZIALE M., ROBAZZI, M. O Trabalho de Enfermagem e a Ergonomia. **Rev. latino-am. enfermagem** - Ribeirão Preto - v. 8 - n. 6 - p. 124-127 - dezembro 2000

MANDÚ et al.. Análise da produção científica nacional sobre o trabalho de enfermagem. **Revista de enfermagem**. UERJ, Rio de Janeiro, 2012 jan/mar; 20(1):118-23.

MARQUES R e NAKATANI P.A. finança capitalista: a contribuição de François Chesnais para a compreensão do capitalismo contemporâneo. **Revista Economia Ensaio**, v. 24, n. 1, Minas Gerais (2009). Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeconomiaensaios/issue/view/303>.

MARQUES, R. e MENDES. R.M. e A. Crônica de uma crise anunciada: o financiamento do SUS sob a Dominância do Capital Financeiro. XIV Encontro Nacional de Economia Política, São Paulo, SEP. **Anais** do XIV Encontro Nacional de Economia Política, 2009.

MARX, K. **O Capital**- Crítica da Economia Política. São Paulo: Abril Cultural, volume 1, 1983.

_____. **O Capital** - Crítica da Economia Política. São Paulo: Abril Cultural, volume 2, 1985.

_____. **O Capital** - Crítica da Economia Política. Livro III, volume I. São Paulo: Abril Cultural, 1986.

_____. **Manuscritos econômico-filosóficos**. 4ª reimpressão. São Paulo:Boitempo,2010.

MENDES, A. **Tempos turbulentos na saúde pública brasileira**: impasses do financiamento no capitalismo financeirizado. São Paulo: Hucitec, 2012.

MENDES, A e WEILLER, J. A Dimensão dos gastos tributários: obstáculos para o financiamento do direito universal à saúde no Brasil. **2º Congresso Brasileiro de Política, Planejamento e Gestão em Saúde da Abrasco**. (Apresentação de Trabalho/Congresso). 2013.

MENDES-GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: Hucitec- Abrasco.1994.

_____. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo, Secretaria Municipal de Saúde da Cidade de São Paulo, 1992, 53 p. Mimeografado

MERHY, E.E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3ªed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MERHY, E.E et al.. Diálogos pertinentes: micropolítica do trabalho vivo em ato e o trabalho imaterial. Novas subjetivações e disputas por uma autopoieseanticapitalística no mundo da saúde. In COCCO, G e SIQUEIRA, M

(org.). **Por uma política menor: arte, comum e multidão**. Rio de Janeiro, Fundação Casa de Ruy Barbosa, 2014.

MOREIRA et al, Prevalência da síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 25(7):1559-1568, jul, 2009

NICHOLS T et al.. **Factory regimes and the dismantling of established labor in Asia**: a review of cases from large manufacturing plants in China, South Korea and Taiwan. *Work Employment & Society*, Dec 2004, Volume: 18 Issue: 4 pp.663-685.

NEGRI, A. e HARDT, M. **Império**. Rio de Janeiro, 8ª ed. Record, 2006.

OCKÉ-REIS, C. **Mensuração dos Gastos Tributários**: O Caso dos Planos de Saúde – 2003-2011. Nota Técnica IPEA. Maio/2013.

OLIVEIRA FILHO, J-J. Patologias e regras metodológicas, São Paulo, **Estudos Avançados USP**- Vol9, nº23, Jan/Abril 1995, p 263-268.

PAIM et al..**O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Primeiro Fascículo Séries Saúde no Brasil. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60054-8., 2011.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública** 2001;35(1):103-9.

_____. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, 1(1):75-91, 2002.

PEDUZZI, M. e ANSELMINI M.L. O processo de trabalho de enfermagem: a cisão entre planejamento e execução do cuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 55, n. 4, p. 392-398, jul./ago. 2002.

PIORE, M.J e SABEL, C.F. **The second industrial divide possibilities for prosperity**. New York : Basic Books, 1984.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo, Annablume. 2007.

_____. **Divisão Técnica do Trabalho em Saúde**. Verbete do Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2009a. Disponível em:<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divtetrasau.html>

_____.Trabalho. **Verbetes do Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. Fundação Oswaldo Cruz. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, Rio de Janeiro, 2009b. Disponível em:<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/divsoetra.html>

PIRES, D et al.. Organização do Trabalho em Enfermagem: Implicações no Fazer e Viver dos Trabalhadores de Nível Médio. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, v. 2 n. 2, p. 311-325, 2004.

_____. Inovação tecnológica e cargas de trabalho dos profissionais de saúde: revisão da literatura latino-americana. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. [Internet]. UFG; 12(2):373-9. 2010.

PIRANDELLO, L. **O Homem da Flor na Boca**. Trad. Eduardo Muniz & Alvaro Pilares. 2000. Disponível em: <http://www.encontrosdedramaturgia.com.br/wp-content/uploads/2010/10/Luigi-Pirandello-O-HOMEM-DA-FLORA-NA-BOCA-Trad.-Eduardo-Muniz-e-%C3%81lvaro-Pilares.pdf>

QUEIROZ, V. M. de; SALUM, M. J. L. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. **Trabalho apresentado no 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. São Paulo, 1996

RAGO, L. M. & MOREIRA, E.F.P. **O que é taylorismo**. 1. ed. São Paulo, Brasiliense, 1984. 105 p. (Coleção Primeiros Passos, 112).

RÊGO, E. Do Gatt à OMC: **O que Mudou**, como Funciona e para onde Caminha o Sistema Multilateral de Comércio, 1996 disponível em http://www.bndespar.gov.br/SiteBNDES/export/sites/default/bndes_pt/Galerias/Arquivos/conhecimento/revista/gatt.pdf. Acessado em 15/12/2013 as 3h30

RIBEIRO, G. Afinal, o que a organização mundial do comércio tem a ver com a educação superior? **Revista Brasileira de Política Internacional**. 49 (2): 137-156, 2006.

SANTOS, V. **A relação trabalho-saúde dos enfermeiros do PSF da região de Vila Prudente - Sapopemba**: um estudo de caso. 2007. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Coletiva) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7137/tde-20062007-093910/>>. Acesso em: 2014-05-26.

SANTOS, V.; SOARES, C.; CAMPOS, C. A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, 2007; 41(Esp):777-81.

SANTOS et al.. DO GORILA AMESTRADO DE TAYLOR AO MACACO DE NICOLELIS. **Revista Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 8 n. 3, p. 551-561, nov.2010/fev.2011.

SALLOWICKSZ, M. RECLAMAÇÕES contra planos de saúde crescem 31%. **Folha de São Paulo**, Caderno Cotidiano, 10/01/2014.

SÃO PAULO. **Decreto nº 57.780/2012**, alterado pelo Decreto nº 58.373/2012 e pela Instrução nº 01, de 30 de janeiro de 2013 da Unidade Central de Recursos Humanos do Governo do Estado de São Paulo, 2012.

SCHMOELLER R, TRINDADE LL, NEIS MB, GELBCKE FL, PIRES DEP. Cargas de trabalho e condições de trabalho da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):368-77.

SCHRAIBER, L. B. **O Médico e seu Trabalho**. Limites da liberdade. São Paulo: Hucitec, 1993.

SEGNINI, L.R.P. Relações de Gênero e racionalização do trabalho em serviços de atendimento a distância. IN: IN SALERNO, M. (org.) **Relação de serviço: produção e avaliação**. São Paulo. Editora SENAC, 2001.

SESTELO, J. A.; SOUZA, L. E. ; BAHIA, L. Saúde suplementar no Brasil: abordagens sobre a articulação público/privada na assistência à saúde. **Cadernos de Saúde Pública** (ENSP. Impresso), v. 29, p. 851-866, 2013.

SIMMEL, G. **As grandes cidades e a vida do espírito**. IN: Revista MANA 11(2):577-591, 2005.

SINGER, P. Apresentação. IN: MANDEL, E. **O Capitalismo Tardio**. Tradução Carlos E Silveira Matos, Regis de Castro Andrade e Dinah de A. Azevedo. 2ª ed. São Paulo: Nova Cultural, 1985.

PAIVA, G e MONTEIRO, A. Manifestações de Estresse em Enfermeiros de Unidade de Terapia Intensiva. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 5, n. 2, p. 9-16, jul./dez. 2004.

YouTube. (2011, Set,18). **Enfermagem em Crise**. [Arquivo de vídeo]. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=l6D9rRqZyHI>. Acesso direto em 15 mai.2013.

_____. (2010, Dez. 16). **Auxiliar de Enfermagem Fala sobre seu Erro ao Fantástico**. [Arquivo de vídeo]. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=F97hCFuvRig>. Acesso direto em 15 mai. 2013.

_____. (2012, Out, 21). **Estagiária de enfermagem é demitida por injetar café com leite na veia de paciente**. Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=IBthApscUw8>. Acesso direto em 15 mai. 2013.

ZAMBERLAN e SIQUEIRA. A terceirização nos serviços e consequências no cuidar em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2005 nov-dez; 58(6):727-30

ZARIFIAN, P. Mutação dos sistemas produtivos e competências profissionais: a produção industrial de serviço. IN SALERNO, M. (org.) **Relação de serviço: produção e avaliação**. São Paulo. Editora SENAC, 2001.

ZEFERINO et al, 2006. Enfermeiros E Uso Abusivo De Drogas:Comprometendo O Cuidado De Si E Do Outro. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, 2006 out/dez; 14(4):599-06

APÊNDICE I: ROTEIRO SEMI-ESTRUTURADO DE PERGUNTAS DESTINADO AOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

FORMAÇÃO:

- 1- Qual a sua idade e formação?

TRAJETÓRIA E PERSPECTIVA PROFISSIONAL

- 2- Quais são os motivos para a escolha de trabalhar como auxiliar-técnico de enfermagem ou enfermeiro? Antes de trabalhar na área, trabalhava em quais atividades?
- 3- Qual é a sua jornada de trabalho semanal nesse hospital e trabalha há quanto tempo aqui?
- 4- No momento tem outro vínculo de trabalho? **(Caso a resposta seja afirmativa)** Trabalha quantas horas durante a semana? Como concilia os horários? Sente alguma consequência por trabalhar em mais de um vínculo?

MERCADO DE TRABALHO

- 5- Na área de saúde, já ficou desempregado(a). Em caso afirmativo, por quanto tempo? Já trabalhou na área sem carteira assinada ou realizando algum “bico” (trabalho informal)?

REMUNERAÇÃO

- 6- Como é a sua remuneração? É composta por metas, gratificação pela avaliação de desempenho ou performance ?

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

- 7- Realizou algum curso de aprimoramento profissional? Estuda de alguma forma?

8- Considera que obteve mais conhecimento pela prática ou por cursos formais?

PROCESSO DE TRABALHO

9- Qual o seu setor e quais são as suas principais tarefas atualmente?

10- Na sua experiência, trabalhou em quantos estabelecimentos e em quais setores?

11- Em sua opinião, quais são as atividades que julga serem tranquilas no seu cotidiano de trabalho?

12- Quais seriam as atividades consideradas difíceis ou tensas?

13- Em sua opinião, quais são os piores e melhores postos e procedimentos?

14- Os seus procedimentos são semelhantes ou distintos em relação aos diferentes pacientes e situações?

15- No cotidiano do trabalho, existe alguma forma de trabalhar de forma menos intensa? O senhor(a) já adotou alguma forma ou já observou algum colega fazê-lo? Em algum momento, o senhor(a) não quis trabalhar ? Já presenciou colegas não trabalharem? O que se faz quando não se quer trabalhar?

16- Como você definiria a sua relação com o enfermeiro ou com o auxiliar-técnico? **OBS: A ordem da pergunta varia se o profissional é enfermeiro ou profissional de nível médio.**

17- A parte burocrática, o preenchimento dos papéis, cabe a quem? Você tem acesso? Como são feito os registros?

18- Você é avaliado por quem e como? Quem cobra a sua responsabilidade a equipe ou enfermeiro? O senhor(a) cobra ou já teve que cobrar responsabilidades dos demais ?

19- Quem é seu chefe(a) ? Qual é a postura dele (a)? Em relação aos chefes(a) anteriores ?

- 20- Quem organiza e controla o seu trabalho? A prescrição de procedimentos e definição de rotina?
- 21- Qual o papel das reuniões de troca de turno?
- 22- Qual a sua opinião sobre a atual empresa ou instituição que trabalha? Como era nas outras instituições que trabalhou?
- 23- Quanto tempo pretende continuar nesse vínculo?
- 24- Caso tenha trabalhado no público, particular ou hospital gerido por Organização Social, onde considera que presta o melhor atendimento ao cliente-paciente e qual tem melhores condições de trabalho?

RELAÇÃO COM TECNOLOGIA

- 25- O senhor(a) trabalha com algum equipamento ou o trabalho de seu turno tem algum vínculo com equipamentos e máquinas interagindo com o seu trabalho?

SOBRE TERCEIRIZAÇÃO

- 26- Em algum momento o senhor(a) tem contato com trabalhadores terceirizados? Se sim, em qual situação e como é essa relação?

SOBRE CONFLITOS NO LOCAL DE TRABALHO

- 27- Como você definiria a relação com os seus colegas de trabalho? Já presenciou ou é comum à ocorrência de conflitos?

Sobre a ocorrência de erros- OBS: Nesse momento, observa-se novamente os aspectos presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: “O entrevistado tem garantia de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa”.

- 28- O senhor (a) já errou em algum procedimento ou presenciou a incorrência de erros de colegas?
- 29- **(Caso a resposta seja afirmativa)** Em sua opinião, quais fatores contribuíram para esse erro?
- 30- Esse erro procedimental gerou algum processo de apuração ou sindicância por parte da instituição ou Conselho Regional de Enfermagem?

MERCADO INTERNO DE TRABALHO

- 31- Existe alguma diferenciação de idade por setores ou por seleção por condição física e emocional?
- 32- Quando aparece uma vaga em um setor pretendido como o empregado se candidata e como é escolhido?
- 33- Via de regra, como, porque e quem decide sobre a Demissão e Transferências ou Processo Administrativo?

AÇÃO COLETIVA

- 34- Qual é a sua opinião sobre o sindicato da sua categoria e do Conselho Regional de Enfermagem (COREN-SP)?

PERGUNTAS SUBJETIVAS E PERSPECTIVA PROFISSIONAL

- 35- Quais elementos são os elementos positivos e negativos em trabalhar na área da enfermagem?
- 36- O senhor(a) considera que se realiza ou se frustra na atividade ? O senhor (a) é mais feliz ou infeliz com a sua ocupação?
- 37- Considera que trabalha mais ou menos desde o início da sua atividade? Trabalha pior ou melhor?

38- Pretende continuar na área da saúde?

SAÚDE DO TRABALHADOR

39- O senhor(a) já teve ou presenciou colegas apresentando problemas de saúde físicos e emocionais? Dificuldade de dormir e estresse?

OBS: Nesse momento, observa-se novamente os aspectos presentes no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido: “O entrevistado tem garantia de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa”.

40- Já consumiu álcool ou drogas ou presenciou colegas fazê-lo próximo ou no local de trabalho?

APÊNDICE II: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr.(a) para participar do estudo sobre racionalização do processo de trabalho das categorias de enfermagem para realização de uma dissertação de mestrado de autoria de Helton Saragor de Souza, sob orientação do Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes, docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

O presente estudo tem como objetivo central o processo de trabalho em saúde, especificamente, nas atividades de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) após a década de 1990 na região metropolitana do estado de São Paulo. Abordaremos como a dinâmica do trabalho em saúde pode ser compreendida pelas transformações contemporâneas da organização-racionalização do trabalho no sistema capitalista.

Como instrumentos de pesquisa utilizaremos a técnica de entrevista com roteiro semi estruturado com duração de cerca de uma hora com trabalhadores da enfermagem (enfermeiros e técnicos), gestores e eventualmente com membros e fiscais do Conselho Regional de Enfermagem de São Paulo

Avaliação do Grau de Risco da Pesquisa ao Sujeito da Pesquisa

() Sem Risco (X) Risco Mínimo () Risco Médio () Risco Baixo () Risco Maior

Declaro que fui esclarecido, de maneira clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção, sobre os objetivos e justificativas deste estudo. E também, fui igualmente informado:

- Caso em algum momento da entrevista ocorra algum desconforto, tenho direito de cessar o depoimento imediatamente;
- que eventuais temas delicados sobre o processo de trabalho será abordado de forma geral com perspectiva social e não individualizada;
- da garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas acerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outras questões relacionadas à pesquisa;
- explicitação da garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa;
- O entrevistado tem garantia de plena liberdade de recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa;
- da segurança de que não serei identificado e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade, sendo que após a análise dos dados, os instrumentos (gravação digitalizada e transcrição da entrevista) ficarão sob guarda do pesquisador por cinco anos subsequentes, sendo após esse período destruído.

O pesquisador é Helton Saragor de Souza (fone – 11 -9 7468-8058; email: heltonsaragor@gmail.com ou helton.souza@usp.br. Endereço: Av Dr Arnaldo, 715- São Paulo-SP- Brasil- CEP-01246-904; estando sob orientação do Prof. Dr. Áquilas Nogueira Mendes e sob avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade de Saúde

Pública (FSP) da Universidade de São Paulo (USP) localizado no mesmo endereço supracitado e contactável nos telefones: (11) 3061-7779.

Declaro que recebi cópia do presente Termo de Consentimento

Nome do Entrevistado: _____

Assinatura do Entrevistado: _____

DATA _____/_____/_____

Áquilas Nogueira Mendes

Orientador: Prof.Dr.da Faculdade de Saúde Pública

Helton Saragor de Souza

Pesquisador- Estudante de
Pós- Graduação (Mestrado)

ANEXO I: PLANILHA DE DADOS DO CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO ESTADO DE SÃO PAULO

DIVERSOS QUANTITATIVOS DO COREN-SP

1) Qual o percentual e número absoluto entre enfermeiros, técnicos e auxiliares inscritos ?

Inscritos ativos COREN-SP por quadro de inscrição

Quadro	Contagem	Porcentagem
Enfermeiros	103.956	23,3%
Técnicos	147.052	33,0%
Auxiliares	194.547	43,7%
Obstetrizes	138	0,0%
Total	445.693	100,0%

Data referência: 31/07/2014. Este valor não se refere a número de pessoas, mas sim de inscritos de pessoas, mas sim de inscritos. Já que uma pessoa pode ser inscrita em mais de um quadro

2) Dados com aumentos de postos de emprego após a década de

1990 ou do número de associados do COREN?

Esse dado é possível, ano a ano após 1990?

Inscritos COREN-SP

Ano	Enfermeiros	Técnicos	Auxiliares	Obstetrizes	Total
1993	15.432	7.313	50.615		73.360
1994	15.953	7.598	57.417		80.968
1995	17.424	8.801	66.165		92.390
1996	19.159	9.933	82.051		111.143
1997	20.917	11.308	97.457		129.682
1998	22.378	12.679	117.121		152.178
1999	23.840	14.342	134.168		172.350
2000	25.870	18.535	152.709		197.114
2001	27.709	23.870	165.796		217.375

2002	30.832	30.859	180.963		242.654
2003	31.463	33.661	188.133		253.257
2004	35.046	38.556	184.452		258.054
2005	38.890	45.813	181.654		266.357
2006	44.556	55.592	182.476		282.624
2007	50.931	66.406	182.745		300.082
2008	56.285	73.769	190.935		320.989
2009	63.975	81.008	198.506		343.489
out/10	69.726	89.286	197.816		356.828
2011	81.131	103.499	201.298		385.928
2012	87.294	120.611	199.257		407.162
2013	98.907	135.751	193.434	137	428.229

Valores referentes ao final de cada ano. Quantitativos de inscritos e não número de pessoas.
Já que uma pessoa pode ser inscrita em mais de um quadro.

Não tem-se dados de dez/2010.

3) Apuração de erros no procedimento do trabalho existe um número absoluto por ano? Será que houve crescimento da incidência de erros ? A numeração dos processos de apuração preliminar ou sindicâncias são uma boa referência ?

/* Não se tem dados atualizados */

4) Existe no banco de dados uma avaliação sócio-econômica dos técnicos, auxiliares e enfermeiros ? Para saber a diferença social dos setores ?

Não existe esta informação no banco de dados do COREN-SP

5) Quantos profissionais tem vínculo com a OS, administração direta e organizações sociais? Considerando as interseções dos postos de trabalho?

Quantitativos de profissionais vinculados a instituições por natureza

Natureza	Enfermeiros	Técnicos	Auxiliares	Obstetizes	Total
PRIVADO	39.741	63.538	56.659	16	159.954
PÚBLICO	32.649	30.666	65.118	5	128.438
Sem dados	32	30	50	-	112
Total	72.422	94.234	121.827	21	288.504

Quantitativos de profissionais vinculados a instituições por tipo

Tipo	Enfermeiros	Técnicos	Auxiliares	Obstetizes	Total
ABRIGO	73	108	219	-	400
AMBULATORIO ESPECIFICO	2.618	2.645	3.752	1	9.016
AMBULATORIO/ESCOLA/CLUBE	81	33	60	-	174

APAE	31	39	25	-	95
APH	1.902	1.611	1.642	-	5.155
ASSESSORIA E CONSULTORIA	393	88	95	1	577
BANCO DE LEITE	11	12	20	-	43
BANCO DE SANGUE	170	204	163	-	537
CASA DE PARTO	17	5	14	5	41
CASA/CLINICA DE REPOUSO	1.556	2.991	5.137	-	9.684
CENTRO DE CONVIVENCIA	7	7	13	-	27
CENTRO DE SAUDE	1.121	980	2.596	-	4.697
CENTRO EDUCACIONAL E ESPORTIVO	5	-	2	-	7
CLINICA DE ENFERMAGEM	37	7	9	1	54
CLINICA DE NEFROLOGIA	272	879	534	-	1.685
CLINICA DE VACINACAO	111	59	51	-	221
CLINICA DIALISE	100	349	184	-	633
CLINICA MEDICA	513	575	653	-	1.741
COMUNIDADE TERAPEUTICA	44	22	42	-	108
CONCESSIONARIA DE RODOVIAS	56	242	11	-	309
COOPERATIVA	1.150	2.712	5.924	-	9.786
CRECHE	11	7	101	-	119
DAY HOSPITAL	96	170	83	-	349
EMPRESA DE EQUIP. HOSPITALAR	443	39	47	1	530
ENSINO MEDIO E SUPERIOR	161	5	1	-	167
EQUIPE DE SAUDE DA FAMILIA	408	259	479	-	1.146
ESCOLA DE NIVEL MEDIO	3.971	8	10	-	3.989
ESTERILIZACAO	25	34	46	-	105

FACULDADE DE ENFERMAGEM	3.072	2	5	-	3.079
FUNDACAO CASA	84	25	457	-	566
HEMODINAMICA	34	56	12	-	102
HIGIENE HOSPITALAR	157	4	5	-	166
HOME CARE	1.573	1.815	4.274	-	7.662
HOSPITAL	34.212	61.936	63.517	11	159.676
HOSPITAL - SETOR TERCEIRIZADO	13	5	24	-	42
HOSPITAL PSIQUIATRICO	482	747	2.299	-	3.528
IMPORTACAO E EXPORTACAO	47	2	2	-	51
INSTITUTO DE PESQUISA	38	45	2	-	85
INSTITUTO MEDICO LEGAL	-	2	9	-	11
LABORATORIO	247	539	1.434	-	2.220
LAR DE MENORES	6	9	12	-	27
PAR/PAS	81	99	124	-	304
POSTO INDIGENA	9	5	3	-	17
PRESIDIO/CASA DE DETENCAO	179	18	363	-	560
PROGRAMAS DE SAUDE	123	74	153	-	350
PRONTO ATENDIMENTO	2.595	3.144	4.050	-	9.789
PRONTO SOCORRO	1.294	2.107	2.676	-	6.077
QUIMIOTERAPIA	160	66	11	-	237
SAUDE OCUPACIONAL/EMPRESA	524	897	598	-	2.019
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE	1.588	1.022	2.081	1	4.692
SEM CLASSIFICAÇÃO	457	353	424	-	1.234
SERVICOS GERAIS	12	1	6	-	19
SPA	4	4	4	-	12

UBS - UNIDADE BASICA DE SAUDE	3.543	2.711	7.595	-	13.849
UNIDADE ADMINISTRATIVA	1.480	484	2.030	-	3.994
UNIDADE DE DIAGNOSTICO MEDICO	223	377	657	-	1.257
UNIDADE DE SAUDE PUBLICA	1.325	1.055	1.885	-	4.265
UNIDADE MISTA	583	637	945	-	2.165
UNIDADE PSIQUIATRICA	633	506	1.304	-	2.443
USF - UNIDADE SAUDE DA FAMILIA	2.261	1.397	2.953	-	6.611
Total	72.422	94.234	121.827	21	288.504

Data referência: 31/07/2014. Este valor não se refere a número de pessoas, mas sim de inscritos. Já que uma pessoa pode ser inscrita em mais de um quadro. Importante ressaltar, que um profissional pode trabalhar em mais de uma instituição!

Dados não atualizados, em função das instituições não enviarem informações de vínculos com frequência regular. Como não há classificação por vínculo com a OS, administração direta e organizações sociais, ... encaminhamos o quantitativo de vínculo por tipo e natureza da instituição.

6) Qual a proporção percentual de homens e mulheres no geral e por categorias, auxiliares, técnicos e enfermeiros ?

Inscritos ativos COREN-SP por sexo

Quadro	Masc.	Fem.	Total
Enfermeiros	12.682	91.274	103.956
Técnicos	21.574	125.478	147.052
Auxiliares	26.986	167.561	194.547
Obstetrizes	7	131	138
Total	61.249	384.444	445.693

Porcentagem Inscritos ativos COREN-SP por sexo

Quadro	Porc.
Masc.	13,7%
Fem.	86,3%

Data referência: 31/07/2014. Este valor não se refere a número de pessoas, mas sim de inscritos. Já que uma pessoa pode ser inscrita em mais de um quadro.

7) Qual a proporção percentual de determinada faixa etária ?

Quantitativos de profissionais por idade

Idade	Enfermeiros	Técnicos	Auxiliares	Obstetrizes	Total
17	-	2	-	-	2
18	-	82	154	-	236
19	-	322	772	-	1.094
20	-	657	1.367	-	2.024
21	79	1.151	1.840	-	3.070
22	559	1.744	2.089	2	4.394
23	1.407	2.227	2.269	10	5.913
24	2.149	2.656	2.643	15	7.463
25	2.866	3.529	3.196	26	9.617
26	3.664	3.976	3.453	11	11.104
27	4.104	4.621	3.724	22	12.471
28	4.432	5.039	4.321	13	13.805
29	4.623	5.515	4.537	8	14.683
30	4.711	6.089	5.003	8	15.811
31	5.295	6.896	5.927	4	18.122
32	5.375	7.247	6.534	4	19.160
33	5.152	6.881	6.601	1	18.635
34	4.871	6.948	6.819	1	18.639
35	4.592	6.663	6.797	1	18.053
36	4.290	6.281	6.785	5	17.361
37	3.862	5.689	6.531	1	16.083
38	3.358	5.375	6.210	1	14.944

39	3.202	5.190	6.322	-	14.714
40	2.786	4.587	5.748	-	13.121
41	2.535	4.238	5.506	-	12.279
42	2.405	4.100	5.355	-	11.860
43	2.217	3.857	5.054	-	11.128
44	1.945	3.587	4.832	-	10.364
45	1.793	3.387	4.787	-	9.967
46	1.753	3.252	4.883	1	9.889
47	1.706	2.954	4.713	-	9.373
48	1.715	2.887	4.702	2	9.306
49	1.729	2.685	4.625	1	9.040
50	1.739	2.422	4.468	-	8.629
51	1.725	2.133	4.200	-	8.058
52	1.533	1.882	3.978	1	7.394
53	1.486	1.738	3.845	-	7.069
54	1.288	1.506	3.544	-	6.338
55	1.135	1.254	3.503	-	5.892
56	1.000	1.196	3.396	-	5.592
57	829	968	3.094	-	4.891
58	707	820	2.823	-	4.350
59	576	674	2.676	-	3.926
60	544	526	2.337	-	3.407
61	382	395	2.005	-	2.782
62	321	270	1.856	-	2.447
63	278	201	1.526	-	2.005
64	189	181	1.260	-	1630

65	183	127	1.125	-	1.435
66	146	114	953	-	1.213
67	127	80	820	-	1.027
68	102	68	652	-	822
69	79	43	537	-	659
70	82	29	397	-	508
71	55	20	336	-	411
72	54	20	314	-	388
73	45	18	255	-	318
74	48	23	206	-	277
75	27	10	151	-	188
76	15	4	51	-	70
77	17	1	31	-	49
78	10	3	34	-	47
79	6	2	17	-	25
80	10	2	13	-	25
maior 80	43	7	44	-	94
sem dados	-	1	1	-	2
Total	103.956	147.052	194.547	138	445.693

Data referência: 31/07/2014. Este valor não se refere a número de pessoas, mas sim de inscritos.

Já que uma pessoa pode ser inscrita em mais de um quadro. Como não foi informado as diversas faixas etárias, logo houve a contagem somente por idade. Para idade maior 80, pode haver inconsistência de dados.

8) Escolaridade: quantos profissionais estão cursando ensino superior e quantos desses são do curso de enfermagem ?

Ensino fundamental	148.421
Ensino médio	149.751
Ensino superior	106.285
Total	404.457

Data referência: 31/07/2014. Valor se refere a número de pessoas. (CPF's). Na contagem é considerado o maior nível educacional.

Exemplo: Suponha que profissional já teve inscrição de enfermeiro neste conselho, entretanto, esta foi cancelada, sendo que o profissional mantém a inscrição de técnico de enfermagem como ativa em virtude de seu contrato de trabalho. Neste caso considera-se que este profissional tem escolaridade de nível superior. Outro exemplo: Caso o profissional graduado em enfermagem nunca tenha sido inscrito como enfermeiro, mas tenha inscrição de técnico de enfermagem, o seu grau de escolaridade é considerado como ensino médio já que não há um cadastro atualizado contendo a informação sobre escolaridade.

9) O COREN tem dados do número de profissionais estão desempregados ou no mercado informal?

Quantitativos de profissionais sem vínculo a alguma instituição

Quadro	Enfermeiros	Técnicos	Auxiliares	Obstetrizes	Total
Quantidade	31.534	52.818	72.720	117	157.189

Este cálculo foi feito fazendo a subtração do número de inscritos por quadro menos a quantidade de inscritos vinculados a alguma instituição. Esta informação é um número aproximado, já que nosso cadastro de inscritos não apresenta registro de instituições de trabalho atualizados com regularidade. Assim, profissionais que não estão associados a nenhuma instituição podem estar trabalhando em uma instituição cadastrada no conselho e profissionais vinculados a outras instituições podem não mais pertencerem ao quadro de colaboradores desta instituição.

ANEXO II: Parecer Consubstanciado de Aprovação do Comitê de Ética

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa:

A INTERPRETAÇÃO DO TRABALHO EM ENFERMAGEM SOB A PERSPECTIVA TEÓRICA DO FLUXO TENSIONADO.

Pesquisador: Helton Saragor de Souza

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 27646714.9.0000.5421

Instituição Proponente: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 766.156

Data da Relatoria: 27/06/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de pesquisa com abordagem qualitativa utilizando a etnografia como referencial metodológico. O objeto de estudo é o processo de trabalho em saúde, especificamente, nas atividades de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) na região metropolitana do estado de São Paulo. O trabalho na área de enfermagem será trabalhado em duas perspectivas, a primeira relacionada à produção bibliográfica que discutem a realidade da saúde no país com ênfase na organização do trabalho e suas repercussões sobre os trabalhadores. Em um segundo momento, será realizada uma pesquisa em três unidades hospitalares em um município da Região Metropolitana de São Paulo: público, privado e de administração indireta gerido por Organizações Sociais onde serão entrevistados auxiliares, técnicos, enfermeiros e os seus respectivos representantes sindicais. Também serão entrevistados o(s) proprietário(s) da unidade privada, secretário municipal de saúde ou administrador do hospital público e o gestor da unidade terceirizada com o objetivo de analisar a perspectiva central do trabalhador e reconstruir o conjunto da situação de trabalho. Por último serão entrevistados os fiscais do COREN-SP (Conselho Regional de Enfermagem- SP) por serem profissionais que visitam diversos tipos de estabelecimentos e tem uma visão de conjunto sobre o trabalho em enfermagem. A amostra

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

**FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO**

Continuação do Parecer: 766.156

prevista é composta por 9 pessoas sendo 6 trabalhadores e 3 gestores. Esse estudo tem por hipótese demonstrar como a dinâmica do trabalho em saúde pode ser compreendida pelas transformações contemporâneas da organização do trabalho no sistema capitalista considerando que a dinâmica do trabalho em saúde apresenta particularidades expressivas (dimensão concreta) e, quando associadas à dinâmica geral do trabalho, sob o sistema capitalista (dimensão abstrata) resulta em sobretrabalho e generalização da tensão no cotidiano, acarretando erros procedimentais e exposição destes trabalhadores a constrangimentos físicos e psicológicos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Desenvolver uma interpretação do trabalho em saúde, especificamente, das categorias da enfermagem a partir da contribuição do campo da sociologia do trabalho de perspectiva marxista, a fim de evidenciar que a dinâmica do trabalho em saúde pode ser entendida no contexto das formas contemporâneas de organização do trabalho associado ao atual período de acumulação do capital sob predominância financeira.

Objetivo Secundário:

- Identificar as características gerais das formas atuais de organização do trabalho na área da saúde;
- Associar a condição do trabalho em saúde com o debate da economia da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O projeto de pesquisa não possui riscos físicos e mínimos riscos psicológicos aos entrevistados. Admiti-se, no entanto, que, por fatores não previstos, possa surgir risco de algum dano ou constrangimentos. Nesses casos será adotado o procedimento de comunicação imediata ao sistema CEP/CONEP conforme resolução CNS-466/2012.

Benefícios:

A associação entre os depoimentos dos envolvidos e a construção teórica a partir do levantamento bibliográfico, permitirá auxiliar a interpretação sobre o processo de trabalho das categorias de enfermagem

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

As pendências foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE segue o preconizado. Há, no entanto, a referência de que a entrevista durará cerca de 1

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coop@fsp.usp.br

FACULDADE DE SAÚDE
PÚBLICA DA UNIVERSIDADE
DE SÃO PAULO

Continuação do Parecer: 766.156

hora mas, a análise do anexo sugere que esse tempo está subestimado pois existem 40 perguntas abertas.

Recomendações:

Sugiro realizar um pre-teste com o instrumento proposto e adequar o tempo descrito no TCLE após o mesmo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto foi realinhado não existindo pendências que impeçam sua aprovação.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Mantida a aprovação do projeto.

SAO PAULO, 26 de Agosto de 2014

Assinado por:
Claudio Leone
(Coordenador)

Endereço: Av. Doutor Arnaldo, 715

Bairro: Cerqueira Cesar

CEP: 01.246-904

UF: SP

Município: SAO PAULO

Telefone: (11)3061-7779

Fax: (11)3061-7779

E-mail: coep@fsp.usp.br

29/10/2014

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Áquilas Nogueira Mendes)

Áquilas Nogueira Mendes

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/7310723011915165>

Última atualização do currículo em 17/10/2014

possui doutorado em Ciências Econômicas pela Universidade Estadual de Campinas - UNICAMP - (2005), livre-docência pela USP (2012) e pós-graduação em Política e Relações Internacionais pela Lancaster University da Inglaterra (1984). Atualmente é professor livre-docente de economia da saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP e de seu programa de pós-graduação em Saúde Pública, professor doutor do Departamento de Economia e do Programa de Pós-Graduação em Economia Política da Pontifícia Universidade Católica (PUC-SP), ex-presidente da Associação Brasileira de Economia da Saúde (Abres) (2007-2010) e vice-presidente (2003-2007). Autor de "Tempos Turbulentos na Saúde Pública Brasileira: os impasses do financiamento no capitalismo financeirizado", Hucitec, 2012 e vários outros livros e artigos e com experiência de consultoria e pesquisa na área de Economia Social, com ênfase nos seguintes temas: economia da saúde, financiamento da saúde e do SUS, previdência social, assistência social, finanças públicas, economia e desenvolvimento e economia política na América Latina. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Áquilas Nogueira Mendes
Nome em citações bibliográficas	MENDES, Áquilas Nogueira

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Saúde Pública - USP, Departamento de Prática de Saúde Pública da FSP/USP. R. Dr. Arnaldo, 715 Cerqueira César 01246-904 - São Paulo, SP - Brasil Telefone: (011) 30617784 URL da Homepage: http://www.fsp.usp.br
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2000 - 2005	Doutorado em Ciências Econômicas. Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Brasil. Título: Financiamento, Gasto e Gestão do SUS: a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema no Estado de São Paulo (1995-2001), Ano de obtenção: 2005. Orientador: Sônia Miriam Draibe. Palavras-chave: Financiamento da saúde; Economia da Saúde; gasto em saúde. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva. Grande Área: Ciências Sociais Aplicadas / Área: Economia / Subárea: ECONOMIA DA SAÚDE. Setores de atividade: Serviços Coletivos Prestados Pela Administração Pública Na Esfera da Seguridade Social.
1983 - 1984	Especialização em Política e Relações Internacionais.

29/10/2014

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Helton Saragor de Souza)

Helton Saragor de Souza

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/5811609535835786>

Última atualização do currículo em 11/02/2014

Possui graduação em Ciências Sociais pela Universidade de São Paulo(2010). **(Texto gerado automaticamente pela aplicação CVLattes)**

Identificação

Nome Helton Saragor de Souza
Nome em citações bibliográficas SOUZA, H. S.

Endereço

Formação acadêmica/titulação

2012 Mestrado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5).
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
 Título: A Interpretação da Dinâmica do Trabalho em Saúde sob a Perspectiva Teórica do Fluxo Tensionado, Orientador: Áquilas Nogueira Mendes.
 Grande área: Ciências Humanas / Área: Sociologia / Subárea: Sociologia da Saúde.
 Grande Área: Ciências Humanas / Área: Sociologia / Subárea: Sociologia do Trabalho.
 Setores de atividade: Saúde humana e serviços sociais; Educação; Administração pública, defesa e seguridade social.

2004 - 2010 Graduação em Ciências Sociais.
 Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Áreas de atuação

Idiomas

Inglês Compreende Bem, Fala Pouco, Lê Razoavelmente, Escreve Pouco.
Espanhol Compreende Bem, Fala Pouco, Lê Bem.

Página gerada pelo Sistema Currículo Lattes em 29/10/2014 às 1:13:44

[Imprimir currículo](#)