

**DENISE PIRES**

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NO BRASIL,  
NO CONTEXTO DAS TRANSFORMAÇÕES ATUAIS  
NA ESFERA DO TRABALHO  
Estudo em Instituições Escolhidas**

Tese apresentada ao Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, para a obtenção do grau de Doutor em Sociologia.  
Orientador: Prof. Dr. Juarez Rubens Brandão Lopes ✱

**CAMPINAS  
1996**

P665p

940 076

**DENISE PIRES**

**PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE, NO BRASIL,  
NO CONTEXTO DAS TRANSFORMAÇÕES ATUAIS  
NA ESFERA DO TRABALHO  
Estudo em Instituições Escolhidas**

Tese de Doutorado apresentada ao Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Estadual de Campinas, sob a orientação do Prof. Dr. Juarez Rubens Brandão Lopes.

Este exemplar corresponde à redação final da tese defendida e aprovada pela Comissão Julgadora em 20 de dezembro de 1996.

**Banca:**

Prof. Dr. Juarez Rubens Brandão Lopes

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy

Prof. Dr. Flávio Marcílio Rabelo

Prof. Dr. Gastão Wagner de Sousa Campos

Prof. Dr. Jorge Mattoso

Prof. Dra. Lilia Blima Schraiber - Suplente

Prof. Dr. Tom Dwyer - Suplente

**Dezembro de 1996**

## AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores de saúde que, com suas reflexões sobre a prática cotidiana, me ajudaram a construir esse trabalho.

Aos entrevistados que, apesar das condições adversas de trabalho, cederam parte do seu tempo para refletir comigo.

Às instituições que possibilitaram a realização desta pesquisa.

Aos companheiros que, na Associação Brasileira de Enfermagem e na Central Única dos Trabalhadores, ousaram desafiar o modelo hegemônico de saúde, e se somaram às lutas pelo direito à saúde.

Aos meus pais, por acreditarem nas minhas possibilidades e por terem investido na minha formação profissional.

Às amigas Jadete, Silvana e Eliane, pelo carinho e pelas contribuições feitas e, muito especialmente, à Jadete pela confiança e pelo indispensável apoio cotidiano.

Meu especial agradecimento ao Jorge Lorenzetti, pelo estímulo, pelo companheirismo cotidiano, por tolerar as minhas horas de angústias e pelas diversas contribuições que possibilitaram a concretização deste trabalho.

Ao Stéfano, meu filho, por ter conseguido tolerar os inúmeros momentos que fui incapaz de entender as necessidades de quem olha o mundo a partir dos seus três anos de idade.

Ao professor Juarez Brandão, pelas orientações precisas e pela compreensão e atendimento aos meus apelos.

Ao professor Gastão Wagner de Sousa Campos, pelo acolhimento, pelo apoio, pelo incentivo e, principalmente, pelas orientações e indispensáveis contribuições feitas.

À Francine, chefe do Departamento de Enfermagem, por ter compreendido a minha contribuição parcial nestes últimos meses. À Gerusa pelo apoio; À Cintia, por me ouvir; ao professor Sepetiba, pela revisão de português; ao Marcelo, pela revisão gráfica, e a todas as pessoas que contribuíram de diversas formas, para que esse trabalho pudesse ser concluído.

## SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS .....	viii
INTRODUÇÃO .....	1
PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	8
<b>PARTE I - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE O TRABALHO, TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....</b>	<b>18</b>
<b>CAPÍTULO 1 - O TRABALHO HUMANO E SUAS TRANSFORMAÇÕES .....</b>	<b>19</b>
1.1 AS ABORDAGENS TEÓRICAS .....	19
1.2 A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO COM A INDUSTRIALIZAÇÃO .....	22
1.3 O TAYLORISMO E O FORDISMO .....	24
1.4 O MODELO DE DESENVOLVIMENTO HEGEMÔNICO .....	29
1.5 A CRISE DO MODELO DE DESENVOLVIMENTO HEGEMÔNICO .....	36
<b>CAPÍTULO 2 - O TRABALHO NO CENÁRIO DAS TRANSFORMAÇÕES ATUAIS .....</b>	<b>39</b>
2.1 O CENÁRIO INTERNACIONAL .....	39
2.2 A SITUAÇÃO BRASILEIRA .....	51
<b>CAPÍTULO 3 - O TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS .....</b>	<b>59</b>
3.1 A ESPECIFICIDADE DO PROCESSO DE TRABALHO EM SERVIÇOS, EM RELAÇÃO À PRODUÇÃO MATERIAL INDUSTRIAL .....	62
3.2 O MODELO TAYLORISTA-FORDISTA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PENETRA NO SETOR DE SERVIÇOS .....	66
3.3 O TRABALHO EM SERVIÇOS NO CONTEXTO DAS TRANSFORMAÇÕES ATUAIS .....	74
<b>CAPÍTULO 4 - OS SERVIÇOS DE SAÚDE .....</b>	<b>83</b>
4.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE - UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA .....	83
4.2 MARCOS HISTÓRICOS DO PROCESSO DE TRABALHO E DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL .....	97
<b>PARTE II - AS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS .....</b>	<b>114</b>
<b>CAPÍTULO 1 - A ESTRUTURA DAS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS .....</b>	<b>115</b>

1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS .....	115
1.1.1 O HOSPITAL PÚBLICO .....	115
1.1.2 O HOSPITAL PRIVADO .....	121
1.2 A TERCEIRIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	131
1.3 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E POLÍTICA DE GESTÃO .....	140
1.3.1 ORGANOGRAMA, FORMA DE OCUPAÇÃO DOS CARGOS E PROCESSO DECISÓRIO NO HOSPITAL PÚBLICO .....	150
1.3.2 ORGANOGRAMA, FORMA DE OCUPAÇÃO DOS CARGOS E PROCESSO DECISÓRIO NO HOSPITAL PRIVADO .....	156
1.4 A POLÍTICA SALARIAL E TRABALHISTA DAS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS .....	167
1.4.1 Os TRABALHADORES DE SAÚDE FRENTE À POLÍTICA SALARIAL E TRABALHISTA ADOTADA PELO HOSPITAL PÚBLICO .....	167
1.4.2 Os TRABALHADORES DE SAÚDE FRENTE À POLÍTICA SALARIAL E TRABALHISTA ADOTADA PELO HOSPITAL PRIVADO .....	181
<b>CAPÍTULO 2 - O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE .....</b>	<b>199</b>
2.1 CARACTERIZANDO AS UNIDADES ESTUDADAS .....	223
2.1.1 AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICAS .....	223
2.1.2 AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA .....	226
2.2 O PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO .....	227
2.2.1 A FORÇA DE TRABALHO NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO .....	227
2.2.2 A ORGANIZAÇÃO E DIVISÃO DO TRABALHO NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO .....	235
2.3 O PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA .....	257
2.3.1 A FORÇA DE TRABALHO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA .....	257
2.3.1.1 A Força de Trabalho na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Público .....	262
2.3.1.2 - A Força de Trabalho no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Privado .....	264
2.3.2 - A ORGANIZAÇÃO E DIVISÃO DO TRABALHO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA .....	265
<b>CAPÍTULO 3 - IMPACTO DA TECNOLOGIA DE PONTA SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE .....</b>	<b>274</b>
3.1 - O USO DE EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DE PONTA NAS UNIDADES ESTUDADAS .....	275

<b>3.2 - O IMPACTO DO USO DE EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DE PONTA NO TRABALHO EM SAÚDE - SEGUNDO OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE .....</b>	<b>280</b>
<b>3.2.1 - CONSEQÜÊNCIAS PARA A PRODUTIVIDADE DO TRABALHO .....</b>	<b>280</b>
<b>3.2.2 - CONSEQÜÊNCIAS PARA OS CLIENTES .....</b>	<b>283</b>
<b>3.2.3 - CONSEQÜÊNCIAS PARA A SAÚDE DOS TRABALHADORES .....</b>	<b>286</b>
<b>3.2.4 - CONSEQÜÊNCIAS PARA A QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES .....</b>	<b>287</b>
<b>3.3 - O IMPACTO DO USO DE EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DE PONTA SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE .....</b>	<b>288</b>
<b>3.4 - NOVAS TECNOLOGIAS E O EMPREGO EM SAÚDE .....</b>	<b>293</b>
<b>CONCLUSÕES .....</b>	<b>302</b>
<b>ANEXO 1 - ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO .....</b>	<b>318</b>
<b>ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROCESSO DE TRABALHO .....</b>	<b>323</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>336</b>

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AMB - Associação Médica Brasileira

CRM - Conselho Regional de Medicina

CREMESP - Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo

CFM - Conselho Federal de Medicina

SUS - Sistema Único de Saúde

IPESC - Instituto de Previdência do Estado de Santa Catarina

UTI - Unidade de Terapia Intensiva

CTI - Centro de Terapia Intensiva

C.C.I.H. - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar

S.C.I.H. - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

Bird - Tipo de respirador utilizado em unidades de terapia intensiva.

Servo - Tipo de respirador utilizado em unidades de terapia intensiva. Mais moderno que o Bird.

PA - Pressão Arterial

COFEn - Conselho Federal de Enfermagem

COREn - Conselho Regional de Enfermagem

ABEn - Associação Brasileira de Enfermagem

CAP - Caixa de Aposentadoria e Pensão

IAP - Instituto de Aposentadoria e Pensão

PEA - População Economicamente Ativa

SIMPAS - Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social



MPAS - Ministério da Previdência e Assistência Social

INPS - Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social

MS - Ministério da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

AIS - Ações Integradas de Saúde

SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde

OMS - Organização Mundial de Saúde

SNG - Sonda nasogástrica

OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico

DIEESE - Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos

CEM - Comissão de Ética Médica

CPD - Centro de Processamento de Dados

CFM - Conselho Federal de Medicina

CDI - Centro de Diagnóstico por Imagem

UNIMED - Sistema Nacional de Cooperativas de Trabalho Médico

RH - Recursos Humanos

LEP - Lei do Exercício Profissional

CLT - Consolidação das Leis do Trabalho

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ENSP - Escola Nacional de Saúde Pública

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz

RCC - Regimento do Corpo Clínico

## INTRODUÇÃO

Neste final de século estão em curso grandes transformações que, de diferentes maneiras, afetam toda a população do planeta. O modelo de desenvolvimento americano ou modelo fordista, que conseguiu o maior período de prosperidade econômica da história do capitalismo, entra em crise a partir do final dos anos 60. Em reação à crise, especialmente nos países capitalistas centrais, verifica-se um intenso processo de mudanças que afeta o modelo de produção industrial, as relações de trabalho, a economia e a geopolítica do mundo.

Diversos fatores político-econômico-sociais explicam a crise deste modelo de desenvolvimento, que combinou a produção em massa de produtos padronizados com políticas públicas de garantia de emprego e de direitos de cidadania. Esse modelo de desenvolvimento consegue grande elevação da produtividade, do comércio e do consumo, associada a uma redistribuição de renda a favor dos assalariados, propiciando, assim, o acesso da maioria da população, dos países capitalistas desenvolvidos, aos benefícios do desenvolvimento econômico. Instituída a crise, os acordos entre os diversos segmentos e classes sociais, que garantiram a vitória do modelo, deixam de ser cumpridos gerando profundas mudanças na sociedade e afetando diretamente os trabalhadores, no que diz respeito às condições de trabalho, garantia de emprego e direitos trabalhistas.

As principais mudanças são marcadas, de um lado, pela introdução de novos materiais e pela intensificação do uso da tecnologia microeletrônica, e, de outro, pela descentralização da produção e por mudanças nas formas de gestão do trabalho. Esse processo tem ocorrido com maior intensidade na produção industrial e nos setores de ponta da economia mas tem afetado, de modo diferenciado, todos os setores da produção na sociedade.

Nos diversos momentos da história da humanidade foi possível identificar um modo de produção hegemônico, sem significar que todos os setores da produção utilizassem a mesma estrutura tecnológica, organizacional e de relações de trabalho. Apesar disso, as características hegemônicas tendem a expandir-se e influenciar todos os setores, uma vez que, tanto o modo de produção hegemônico quanto as relações de produção que o compõem, não são apenas o resultado de uma opção técnica, mas sim, o resultado de múltiplas relações que envolvem as características culturais da população e as experiências de vida dos envolvidos na produção, o grau de desenvolvimento das forças produtivas, a estrutura jurídico-legal, a organização das diversas classes sociais e segmentos da sociedade e sua história de lutas.

A industrialização afetou, direta e substancialmente, grande parte da produção material, e a produção industrial foi o setor da economia que mais cresceu, desde a primeira Revolução Industrial até a primeira metade deste século, contribuindo significativamente na produção de riquezas. Em função disso, foi o setor mais estudado por pesquisadores das diversas áreas, especialmente das ciências econômicas e das ciências humanas.

No entanto, o setor de serviços cresce, progressivamente, desde o início deste século, sendo, atualmente, o responsável, na maioria dos países desenvolvidos, por mais de 50 % dos postos de trabalho. Ao mesmo tempo que ocorre uma diminuição da oferta de empregos no setor primário da economia e o setor industrial pára de crescer em diversos países.

O setor de serviços, apesar da imensa diversidade de atividades e de formas de produzir, também é profundamente influenciado pela lógica da acumulação de capital, pela tecnologia e pelas formas de organização do trabalho utilizadas na indústria. Foi influenciado pelo taylorismo e pela produção mecanizada em grande escala do fordismo e também está sendo influenciado pelo uso de novos materiais, pela informática e pela automação microeletrônica.

O setor saúde é parte do setor de serviços, compartilha características do processo de produção no setor terciário da economia, ao mesmo tempo que tem características específicas.

A organização da estrutura assistencial institucional em saúde resulta de um processo histórico-social que tem múltiplas determinações: a) a cultura e o paradigma de ciência das diversas sociedades que, em cada momento histórico - influenciam o modo de entender o processo de saúde-doença, a organização dos serviços e como as doenças são prevenidas e tratadas; b) a história da organização das profissões do campo da saúde; c) os conhecimentos científicos já acumulados e recursos tecnológicos disponíveis; d) as teorias de organização do trabalho e as características do modo de produção hegemônico; e) o grau de

organização político-sindical dos trabalhadores de saúde; f) o arcabouço legislativo relativo ao papel do Estado no setor e às relações de trabalho; g) as demandas das classes sociais e de grupos em relação à saúde, sua capacidade de influenciar nas decisões e de obter conquistas.

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 sempre foram intensas, predominando as relacionadas à investigação da etiologia das doenças e à assistência aos problemas de saúde-doença, além de existir uma consistente produção teórica no campo da saúde coletiva. No Brasil, a partir dos anos 70, encontra-se um maior volume de estudos e pesquisas críticas sobre o trabalho em saúde. Essa produção inclui a caracterização da força de trabalho em saúde; estudos sobre o mercado de trabalho em saúde; análises do trabalho médico e do processo de trabalho em enfermagem (Donnangelo, 1976; Nogueira, 1977, 1983, 1987a, 1987b; Campos, 1991, 1992; Médice, 1987a, 1987b; Car, 1993; Almeida, 1986, 1991; Gonçalves, 1988, 1992; Melo, 1986; Alves, 1987; Pires, 1989). No entanto, muito poucos analisam o processo de trabalho coletivo em saúde, relacionando-o com o cenário de mudanças deste final de século.

As mudanças no trabalho industrial e nos serviços estão influenciando o setor saúde. O setor utiliza, intensamente, equipamentos considerados de tecnologia de ponta, mas o impacto dessas tecnologias, sobre o processo de trabalho e sobre a qualidade dos resultados obtidos, tem sido muito pouco estudado.

Os serviços de saúde, no Brasil, têm a mesma base da organização do trabalho e mesmas características institucionais que se identifica nos anos 60, apesar de terem ocorrido mudanças substantivas na legislação relativa à saúde em direção à ampliação do direito. Ao mesmo tempo, é possível apontar algumas características recentes, distintivas daquela época, e que tem relação com o atual processo de mudanças, como: o aparecimento de algumas iniciativas tênues de avaliação da qualidade da assistência prestada; a organização de grupos ou estruturas multidisciplinares de estudo e de intervenção em saúde, bem como, a tendência de terceirizar serviços e formar redes envolvidas na obtenção dos produtos finais está influenciando o setor.

Considerando-se que o debate apenas está começando e que este é um grande campo para estudos interdisciplinares, envolvendo múltiplos fatores, é impossível, com o conhecimento disponível, arriscar análises mais totalizantes. Sendo assim, esse estudo é uma contribuição ao debate. Trata-se de uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde no cenário das transformações atuais, tendo por base o estudo empírico realizado em duas instituições hospitalares (uma pública e uma privada), localizadas nas regiões sul e sudeste do Brasil. Considera o setor saúde como parte do setor de serviços que tem especificidades que o diferenciam das outras áreas da produção e contextualiza as características do trabalho no espaço social em que está se desenvolvendo.

A fim de tornar exeqüível, no tempo e condições disponíveis por este pesquisador, destaquei três aspectos para análise:

- a) a organização estrutural dos hospitais para o desenvolvimento do trabalho assistencial. Mais verticalizada, desenvolvendo todo o processo assistencial, sob um gerenciamento comum, ou externalizando partes do processo assistencial e criando uma rede de empresas ou serviços que desenvolvem partes deste processo, a fim de possibilitar o resultado final;
- b) o processo de trabalho - estudado em duas unidades que tipificam o trabalho assistencial prestado pelas instituições, bem como, representam dois pólos em relação à utilização, mais ou menos intensiva, dos equipamentos de tecnologia de ponta. Como se desenvolve o processo assistencial em si; a participação dos diversos profissionais de saúde no trabalho coletivo e a divisão do trabalho; as características do produto e as características da força de trabalho envolvida no trabalho coletivo;
- c) estudo comparativo, entre os dois tipos de unidades polares (unidades básicas e unidades de terapia intensiva), verificando o impacto da introdução de equipamentos de tecnologia de ponta no trabalho assistencial, especialmente a percepção dos trabalhadores sobre: a redução ou não de postos de trabalho; a influência do uso destes equipamentos na qualidade do serviço prestado; as vantagens e desvantagens para os trabalhadores de saúde e para os clientes; bem como, se houve modificações em termos da organização e gestão do trabalho.

Para um entendimento mais abrangente do processo de trabalho em saúde, no contexto das transformações tecnológicas e organizacionais que estão

em curso, muitos aspectos relacionados ao processo de trabalho em si, precisam ser considerados. Alguns desses aspectos, apesar de sua importância, não foram incluídos na análise por absoluta impossibilidade de tempo ou não foram investigados pela necessidade de delimitação do campo de estudo. Dentre eles, destaca-se: a visão da instituição e dos trabalhadores de saúde sobre os clientes; as iniciativas institucionais e de grupos profissionais, para avaliação dos resultados do trabalho e controle da qualidade dos serviços prestados; a visão dos clientes sobre a instituição, sobre a assistência recebida e sobre os profissionais de saúde, bem como, a visão dos sindicatos e entidades representativas dos trabalhadores de saúde sobre o processo de trabalho, em saúde, e sobre o impacto das mudanças no setor.



## PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A verdade não se revela de forma absoluta em um ou outro texto teórico, interpretativo da realidade objetiva. Cada interpretação contém uma faísca de verdade, que devidamente recolhida através de um processo contínuo de releitura e reinterpretação dos textos, contribui para construir, no final do caminho, o conceito universal de verdade.

J. Habermas

O estudo do processo de trabalho em saúde foi referido a uma dada sociedade, em uma formação social concreta, que é a sociedade brasileira, neste final de século, considerando-se a sua participação no processo de transformações em que vive o mundo capitalista desenvolvido, bem como, as especificidades da inserção parcial do Brasil na ordem internacional.

A assistência de saúde pode ser prestada em hospitais ou em unidades do tipo ambulatorial<sup>1</sup> que podem ter níveis variados de complexidade. A força de trabalho envolvida na assistência também diferencia-se em relação à qualificação profissional, níveis de formação e quantidade de trabalhadores. No entanto, apesar das especificidades, o estudo em instituições escolhidas nos permite fazer algumas generalizações sobre o processo de trabalho em saúde.

Considerando-se a necessidade de tornar este trabalho exequível, bem como para compreender, em profundidade, a dinâmica do trabalho assistencial em saúde, foram escolhidas duas unidades hospitalares porque:

---

<sup>1</sup> - O hospital é um complexo assistencial que, essencialmente, desenvolve atividades que implicam na permanência do cliente na instituição (internação), mas, também, pode prestar diversas atividades do tipo ambulatorial (que não requerem internação hospitalar). No entanto, a grande maioria do atendimento ambulatorial se realiza fora do ambiente hospitalar e assume diversas formas de organização.

- a) no conjunto das práticas assistenciais, no Brasil, e, em grande parte do mundo, a assistência institucional é hegemônica no setor;
- b) durante todo este século, o hospital tem se mantido como um espaço de destaque no campo da prestação da assistência institucional de saúde, bem como é o espaço assistencial que permite apreender melhor a questão do impacto do uso de equipamentos de base microeletrônica no trabalho - que é um importante elemento do processo recente de mudanças;
- c) apesar do nível ambulatorial fazer parte do projeto inicial e, apesar de sua enorme importância em qualquer proposta de reorganização dos serviços de saúde, foi necessário excluí-lo da pesquisa, em função das limitações deste pesquisador, em termos de tempo e possibilidade de apreensão da multiplicidade de aspectos que se apresentaram no trabalho de campo.

Como o objetivo central, deste trabalho, não é de denunciar a tão reconhecida situação dramática das instituições de saúde brasileiras, os hospitais escolhidos não representam a grande maioria dos hospitais públicos e privados existentes no país, que, sabidamente, prestam uma assistência precária, com enormes déficits de força de trabalho e de equipamentos médico-hospitalares além de, atualmente, estarem com suas instalações extremamente sucateadas.

Foram escolhidos hospitais que representassem, dentro do seu caráter (público e privado), instituições reconhecidas por prestarem uma assistência de saúde de qualidade. Hospitais de ponta no setor porque estes são afetados, mais

rapidamente, pelas mudanças e são mais sensíveis à reorganização da prática face aos avanços do conhecimento e da tecnologia disponível. Portanto, é onde se pode verificar, com mais clareza, as tendências para o futuro. Assim, apesar dos hospitais escolhidos não representarem a maioria, em termos de disponibilidade de equipamentos, de força de trabalho, de infra-estrutura e de política assistencial, não representam uma singularidade que não permita fazer considerações gerais ou apontar tendências em relação à estrutura organizacional e o processo de trabalho em saúde no Brasil.

Um hospital privado - porque essa forma de organização representa a maioria das instituições hospitalares existentes no país<sup>2</sup> e um hospital público - porque os preceitos constitucionais, em relação à saúde, estabelecem, como dever do Estado, o atendimento integral a toda população, em todos os níveis de complexidade da assistência de saúde.

Serviços públicos e privados representam duas formas importantes no arcabouço institucional brasileiro, relativo à saúde, e foram estudadas por terem implicações teórico-analíticas distintas.

Foram escolhidos hospitais que preenchessem os seguintes critérios: hospital de médio porte; que contasse com equipe multidisciplinar na prestação da assistência; que utilizasse, de forma significativa, equipamentos de tecnologia de ponta; que fosse reconhecido, por mais de um setor da sociedade

---

<sup>2</sup> - Campos considerando dados do IBGE, do final dos anos 80, diz que, no mínimo, 30 milhões de brasileiros (quase 25 % da população) recebem atendimento médico-hospitalar, realizam consultas e fazem exames complementares na modalidade privada, sem relação direta com o

(profissionais de saúde e usuários), como prestador de uma assistência de qualidade; acessível a este pesquisador e que não representasse, apenas, uma especificidade regional, mas que estivesse inserido no contexto da política de saúde do país.

Trata-se de um recorte da realidade e, toda a parte que recortamos da totalidade para conhecer, é sempre determinada e determinante. São partes construídas pelo social, do qual participam, construindo-o, também.

O conhecimento produzido, neste trabalho, parte de uma percepção inicial que é reconstruída reflexivamente em vários níveis de abstrações, permitindo evidenciar conexões e significados invisíveis ao olhar inicial. Todo o conhecimento produzido depende do modo e direção que damos à sua produção, é contextualizado histórica e socialmente. É sempre um conhecimento temporariamente válido, verdadeiro em certo sentido. Este trabalho, portanto, tem a marca deste pesquisador e foi realizado com base no quadro teórico explicitado, que auxiliou na definição do objeto de pesquisa, que orientou a investigação e a formulação de hipóteses explicativas.

**O problema desta pesquisa** é a caracterização do processo de trabalho em saúde no Brasil, no cenário das mudanças que estão ocorrendo na esfera do trabalho, neste final de século, com vistas a explicar como o mesmo se organiza e como as inovações tecnológico-organizacionais estão afetando-o.

Para proceder à investigação, foram seguidos os seguintes passos:

1 - **Definição do problema de pesquisa.** A motivação inicial partiu da minha insatisfação com as explicações disponíveis sobre os determinantes do modelo de organização do trabalho em saúde que é predominantemente fragmentário e compartimentalizado, resultando, em muitas situações, em uma assistência precária. A minha prática, enquanto profissional de saúde, enquanto participante do movimento sindical e enquanto professor universitário, mostrou o problema mas a teoria disponível não conseguiu responder satisfatoriamente;

2 - Revisão mais sistematizada da bibliografia para transformar os meus questionamentos em um problema passível de ser investigado, para orientar a definição dos procedimentos metodológicos, e para auxiliar na formulação de hipóteses explicativas;

3 - Delimitação do campo de investigação, escolha das instituições a serem pesquisadas e visita inicial para subsidiar a definição e elaboração dos instrumentos de pesquisa;

4 - Elaboração de roteiros para orientar as entrevistas: roteiro para a caracterização da instituição e roteiro para entrevista sobre processo de trabalho (em anexo). Foram testados, feitos diversos ajustes mas durante o processo de entrevistas novos ajustes se fizeram necessários;

5 - **Coleta de dados.** Optei pela utilização de múltiplos instrumentos para a coleta de dados, de modo a conseguir uma apreensão mais completa do real. A coleta de dados procedeu-se da seguinte forma:

- a) visita às instituições escolhidas para: observação inicial; fazer contatos; explicar os objetivos da pesquisa e solicitar autorização para realizá-la; definição das unidades de estudo e levantamento inicial de atores a serem entrevistados;
- b) retorno para pesquisa em profundidade, em cada instituição. Nos dois hospitais, essa parte do trabalho foi feita em etapas. A primeira etapa foi de observação, coleta de dados documentais e entrevistas informais com posterior sistematização. Segunda etapa: retorno às instituições para realização de entrevistas, em profundidade, com os atores escolhidos. No hospital público, esse trabalho foi realizado durante 8 meses, em 1995. No hospital privado foi feito de forma mais concentrada e intensiva - cerca de um mês em junho de 1994 e mais um mês em junho de 1995;
- c) na etapa de observação, foi centrada a atenção nos seguintes aspectos: funcionamento geral das instituições - identificando as unidades que apresentavam semelhanças na forma de prestação da assistência de saúde e as que tinham especificidades; rede envolvida na prestação da assistência; sistema de referência e contra-referência; observação do processo de trabalho nas unidades escolhidas (unidades básicas clínico-cirúrgicas e unidades de terapia intensiva) - com especial atenção ao uso de equipamentos de tecnologia de ponta;
- d) participação em reuniões de treinamento ou formação;

- e) levantamento de dados sobre a história das instituições, através de dados documentais e de entrevistas com atores escolhidos;
- f) levantamento de dados documentais. Material informativo sobre os hospitais - revistas, filmes, manuais de orientação aos pacientes, artigos e publicações científicas sobre os hospitais, especialmente, trabalhos que diziam respeito ao funcionamento das instituições; estatísticas sobre produção do hospital e parâmetros de controle de qualidade; documentos oficiais - estatuto, regimentos e dados sobre a força de trabalho (estes documentos foram conseguidos com facilidade no hospital público e parcialmente no hospital privado); regimentos, normatização e rotinas (relativos à organização do trabalho e modo de prestação da assistência), gerais e específicas dos trabalhos profissionais em saúde; estudo de prontuários nas unidades básicas e nas unidades de terapia intensiva;
- g) entrevistas. Foram entrevistadas 21 pessoas no hospital privado e 28 pessoas no hospital público, resultando em 53 horas de entrevistas gravadas, que foram todas transcritas e organizadas, segundo elementos definidos a partir do roteiro de entrevistas e de aspectos que apareceram nas entrevistas. Os atores entrevistados, nos dois hospitais eram: participantes da direção superior da instituição; chefias intermediárias; participantes de instâncias organizativas ou normativas gerais que interferem em todo o funcionamento da instituição; profissionais de saúde de diversas categorias profissionais e com níveis de formação variados. As entrevistas relativas ao processo de trabalho

em si, foram mais aprofundadas com os trabalhadores das unidades básicas e unidades de terapia intensiva.

As entrevistas duraram, de 50 minutos a mais de 2 horas e nem todos os entrevistados trataram de todas as questões, variando também a profundidade de tratamento dos diversos aspectos abordados.

h) foram estudados dois tipos de unidades assistenciais, que tipificam as principais formas de organização da assistência de saúde e de organização do trabalho na área hospitalar: o atendimento mais tradicional em saúde, isto é, sem depender do uso intensivo dos chamados *equipamentos de tecnologia de ponta* - as unidades clínica e clínico-cirúrgica, e o atendimento que usa intensivamente esse tipo de equipamentos - as unidades de terapia intensiva. Foram excluídas do campo de análise, outras unidades especiais, como a assistência ambulatorial; o atendimento de emergência; o centro cirúrgico e as áreas de realização de outros procedimentos específicos (assistenciais, de investigação ou de apoio).

i) análise do material empírico. A sistematização considerou a contribuição dos entrevistados, a análise dos documentos e os dados obtidos na observação.

- inicialmente foi organizado, em separado, o material documental, o diário de campo e as entrevistas.

- as entrevistas foram tratadas como depoimentos pessoais, como singularidades, que representam a percepção das vivências individuais. Cada entrevista é uma totalidade, rica em profundidade mas que representa a



totalidade a que pertence. Considerando-se isso, foi realizado um cuidadoso estudo das entrevistas individuais e depois o exame comparativo, segundo pontos previamente estabelecidos procurando perceber identidades e especificidades.

- a terceira etapa foi a sistematização dos dados obtidos pelas diversas fontes e técnicas, resultando em um documento fotográfico-analítico de cada instituição, organizado segundo as questões temáticas pontuadas nos roteiros de entrevista.
- a quarta etapa foi o aprofundamento das reflexões teóricas, relativas às questões que a pesquisa apontou como relevantes: estrutura das empresas - terceirização com formação de redes ou estrutura verticalizada; processo de trabalho e impacto das inovações tecnológico-organizacionais sobre o processo de trabalho em saúde.

No hospital público, a receptividade à pesquisa foi muito boa, incluindo os funcionários e a direção geral.

O hospital privado autorizou a realização da pesquisa mas, no decorrer do processo, cerceou o acesso a documentos e a entrevistas, sendo que, na segunda etapa da pesquisa, o diretor do hospital solicitou a interrupção da mesma porque "estava envolvendo muitas informações sobre o funcionamento do hospital".

O trabalho de coleta de dados e a pesquisa bibliográfica, resultaram do trabalho individual deste pesquisador, mas as reflexões e o conhecimento

trabalho coletivo realizado na Associação Brasileira de Enfermagem, em fóruns sindicais da enfermagem e dos trabalhadores de saúde e nos fóruns da Central Única dos Trabalhadores; das reflexões feitas junto aos colegas e profissionais de saúde, nos locais pesquisados e na minha prática, enquanto profissional de saúde e professor; das discussões feitas durante o curso de doutoramento e, principalmente, das contribuições feitas pelos professores que participaram do exame de qualificação e pelos orientadores. No entanto, o trabalho de análise dos dados, a sistematização e a construção do texto e possíveis imprecisões são de minha responsabilidade exclusiva.

**PARTE I - CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE O TRABALHO,  
TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS  
E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

## **CAPÍTULO 1 - O TRABALHO HUMANO E SUAS TRANSFORMAÇÕES**

### **1.1 AS ABORDAGENS TEÓRICAS**

O trabalho humano, as relações que se estabelecem no processo de produção e reprodução da vida e as diversas formas de produzir, no conjunto da sociedade, em cada momento histórico, tem sido objeto de muitos estudos e debates, especialmente as grandes transformações no modo de produzir, nas relações sociais, e na organização da vida em sociedade que ocorreram com a industrialização.

No que diz respeito às grandes transformações tecnológico-organizacionais e nas relações de trabalho que estão em curso, neste final de século e, no que diz respeito à diversidade de modos de produzir, nas diversas áreas econômicas, a importância sociológica da categoria trabalho tem sido questionada ( Offe, 1989a; Gorz, 1982). No entanto, acredito que essa realidade não tira da categoria trabalho, ou seja, de como os homens produzem e reproduzem a sua vida, o espaço privilegiado para o entendimento da história da humanidade e das relações sociais entre os homens. Certamente, a análise das relações que se estabelecem no processo de produção não dão conta do entendimento da totalidade social e muitos fenômenos sociais precisam de outras abordagens para que os resultados sejam mais profícuos.

Outro campo de críticas aos estudos relacionados ao trabalho são as críticas feitas às análises deterministas que podem ter por base orientações teóricas, absolutamente distintas, como o estrutural-funcionalismo e o marxismo.

A abordagem estrutural-funcionalista entende a sociedade, os agentes e as instituições como parte de um sistema dado. O comportamento dos indivíduos é visto como uma ação racional guiada por interesses próprios, os atores são cidadãos consumidores que, no máximo, se reúnem em grupos de interesses efêmeros. A sociedade capitalista se organiza segundo uma lógica central que é a harmonia de interesses que permite trocas para melhores soluções. Os indivíduos são parte desta sociedade e se movem dentro das limitações estruturais.

As análises deterministas, também podem estar baseadas no marxismo. De forma distinta do estrutural-funcionalismo, a abordagem marxista, entende que o comportamento individual é resultado da ação de classes sociais. Os atores que movem a história são classes sociais, coletividades em luta. A relação central que organiza a sociedade capitalista tem por base um conflito irreconciliável de duas classes antagônicas, e, a sociedade capitalista é econômica e politicamente dominada pelo capital. Nesta abordagem, como no estrutural-funcionalismo, os indivíduos são o reflexo de determinações estruturais, não existe sujeito social.

As críticas às visões deterministas são inúmeras e apontam diferentes aspectos, envolvidos na produção, que deixam de ser considerados nestas análises. De modo geral, é possível dizer que a riqueza da contribuição desses críticos está em introduzir, na análise do processo de trabalho e das relações sociais, outras dimensões, além dos aspectos econômicos e tecnológicos, como os aspectos políticos, ideológicos, culturais e experiências de vida envolvidas no

trabalho e na determinação de um modelo de desenvolvimento (Edwards, 1978; Burawoy, 1990; Nelson, 1984; Przeworski, 1991, 1989; Silva, 1991, dentre muitos outros). Essas críticas ao determinismo, também, abriram caminho para estudos que procuram desvendar os microfundamentos da ação social, destacando-se os que têm como base teórico-metodológica, o individualismo metodológico, a teoria dos jogos e a escolha racional (Elster, 1989; Roemer, 1989; Cohen, 1990). No entanto, o paradigma teórico-metodológico que orienta esses estudos incorre no erro de ignorar a totalidade da estrutura econômico-político-social da sociedade, tratando a ação coletiva como resultado de decisões autônomas de indivíduos indiferenciados. E, como aponta Przeworski, 1991, nem a política nem o papel dos atores são meros epifenômenos das estruturas sócio-econômicas, nem o campo de escolhas dos indivíduos é ilimitado. A conduta coletiva não é totalmente moldada pelas circunstâncias objetivas, mas elas definem, em cada momento, o leque de alternativas possíveis.

O modo de produzir e reproduzir a vida material e social, a forma como se realiza o trabalho humano, a construção do conhecimento, os valores e o estabelecimento das regras de convivência social, são fenômenos humanos, produto de relações sociais. Portanto, a introdução de inovações tecnológicas e organizativas no processo de produção não pode ser explicada por um determinismo tecnológico, precisa ser analisada como um fenômeno social que implica e é resultante de relações sociais, do jogo político e da disputa de

interesses entre os indivíduos e grupos sociais, de acordo com suas experiências de vida<sup>3</sup>, inserção de classe e características culturais.

## 1.2 A TRANSFORMAÇÃO DO TRABALHO COM A INDUSTRIALIZAÇÃO

A especialização da produção em ramos ou áreas, com diversas estruturas de organização do trabalho, já se verificava na sociedade feudal, mas a industrialização introduz uma característica inédita, até então, no modo de produzir e na divisão do trabalho entre os homens, que é a divisão de uma especialidade produtiva em múltiplas operações. Pela divisão pormenorizada ou manufatureira do trabalho, para construir um produto são necessárias numerosas operações executadas por diferentes trabalhadores que se reúnem em um mesmo espaço físico e, neste processo, perdem o controle do seu processo de trabalho. Na manufatura, o trabalho é desenvolvido pelo esforço humano, as operações são manuais e dependem da habilidade, rapidez, segurança e destreza individual dos trabalhadores, na grande indústria, a máquina imprime o ritmo da produção. Nela, o que revoluciona o processo de trabalho, são as profundas modificações ocorridas no uso da força de trabalho e na indústria moderna, o que é revolucionado é o instrumental de trabalho (Marx, 1982a, p. 424).

---

<sup>3</sup> - Considerando-se, especialmente, as formulações de Agnes Heller e E. Thompson sobre a formação das classes e da consciência social e sobre a ação coletiva, Leite, conceitua "experiência" da seguinte forma: "experiência pressupõe que, se por um lado, as estruturas objetivas tem efeitos sobre a vida das pessoas, esses efeitos não são determinados aprioristicamente, mas dependem de como as pressões determinantes são manejadas pelas pessoas, a partir de sua cultura e de seus valores" (Leite, 1994, p. 31).

A revolução industrial do século XVIII, marca a utilização da máquina no processo de produção em substituição progressiva das ferramentas que são movidas pela força humana. A máquina por meio de uma força externa faz com suas próprias ferramentas, o que o homem fazia com suas ferramentas manuais.

No modo capitalista de produção, seja na manufatura, seja na grande indústria, a divisão do trabalho tem como propósito em última instância a garantia da acumulação. A sua determinação não está na eficiência técnica nem na solidariedade, mas em garantir a expropriação do controle do processo, tornando o trabalhador dependente da venda da sua força de trabalho para sobreviver (Marx, 1982a; Gorz, 1980; Marglin, 1980; Braverman, 1981).

Desde a emergência do modo de produção capitalista, várias alternativas tecnológico-organizacionais têm sido empreendidas pelo capital para controlar o trabalho, para aumentar a margem de lucro e para fazer frente aos períodos de crise. Para isso, podem ser introduzidas inovações tecnológicas, através de novos equipamentos ou alternativas de organização do trabalho; extensão da jornada de trabalho ou redução da remuneração do trabalho.

A implementação de uma ou outra alternativa, em cada momento histórico, não resulta apenas dos esforços dos empregadores para obter uma maior produtividade do trabalho, mas resulta de um conjunto de fatores: da disputa travada cotidianamente, nas esferas da produção, pelo controle do processo de trabalho (Leite, 1994); do quadro da economia; das características político-conjunturais; da dinâmica da luta de classes; das características demográficas da



população; do estabelecimento de padrões compartilhados de regras jurídico-legais; da disponibilidade de canais representativos e de expressão das classes na sociedade (Gramsci, 1989), bem como, de valores culturais e vivências dos indivíduos e grupos.

### 1.3 O TAYLORISMO E O FORDISMO

A gerência já caracterizada como um elemento fundamental de coordenação do trabalho coletivo e que na manufatura assume o caráter especial de expropriadora da concepção do trabalho dos trabalhadores, colocando-a nas mãos e a serviço do capital, ganha importante fundamentação e aperfeiçoamento com as contribuições de Taylor e seus seguidores. Frederick Winslow Taylor, no final do século XIX, nos EUA, cria o termo "gerência científica" para designar essa forma de organização do trabalho, utilizando as contribuições da ciência positiva, racional e metódica em plena ascensão. A gerência aparece como uma forma de garantir a produtividade e melhorar a forma de trabalhar, que traria vantagens para toda a sociedade.

Com a centralização da produção nas fábricas, os artesãos perdem o controle que tinham sobre o processo de produção que passa para as mãos do capital. De um lado o patrão ou o gerente empreende diversas medidas para controlar o ritmo do trabalho, a extensão da jornada de trabalho, o valor do produto, e para apropriar-se do saber envolvido na confecção do produto. De outro, os trabalhadores resistem às mudanças, desenvolvendo diversas formas

de luta como a quebra de máquinas<sup>4</sup>; as lutas por direitos trabalhistas; as lutas pelo direito a associação sindical; o absenteísmo no trabalho e diversas formas de fuga do controle do gerente ou do patrão (Leite, 1994). Esse movimento, de interesses antagônicos, no qual capital e trabalhadores buscam controlar o processo de trabalho, determina condições para a definição de uma ou outra forma, a ser aplicada para obter maior produtividade do trabalho.

Em Taylor, a questão fundamental era o controle do trabalho alienado, da força de trabalho comprada e vendida. O controle que antes envolvia a definição das tarefas, da jornada de trabalho, das normas para evitar distração ou diminuição do ritmo de trabalho, assume agora uma característica fundamentalmente diferente, estabelecendo "como" as tarefas têm de ser executadas, e em que ritmo. As regras são estabelecidas pela gerência, cabendo ao trabalhador apenas executá-las nos devidos tempos em que for previamente determinado. Está assim perfeitamente estabelecida a cisão entre concepção e execução do trabalho.

A introdução dos princípios tayloristas de organização do trabalho, se dá, inicialmente nos EUA, nos primeiros anos deste século, como uma resposta do capital à resistência dos trabalhadores. Os patrões, em busca do aumento da produtividade e do controle do processo de trabalho, reagem à intensificação da

---

<sup>4</sup> - Leite, referindo-se aos estudos feitos por Thompson sobre a formação da classe operária inglesa, diz que o movimento de quebra das máquinas, que se deu no início da revolução industrial, expressava uma forte resistência dos trabalhadores ao sistema de fábricas e que essa resistência não significava uma simples rejeição ao progresso técnico mas que eram movimentos que tinham uma racionalidade específica, "de quebrar, principalmente, as máquinas apropriadas para a produção em fábrica, poupando, geralmente, as que se prestavam ao trabalho doméstico". Os artesãos revoltaram-se contra as conseqüências que a indústria e os processos mecânicos

luta dos trabalhadores pela manutenção do controle do processo nas suas mãos (Edwards, 1978). No final do século XIX e início do século XX, nos EUA, e, também, na Europa, ocorre um fortalecimento dos sindicatos e das lutas sindicais, contra as condições e forma de organização do trabalho que o processo de produção nas fábricas impôs.

Com o taylorismo, o controle dos trabalhadores pela gerência, chega a um patamar não conseguido até então. Para isso, a gerência racionaliza a produção, definindo o modo e os tempos de produção; estabelecendo, rigidamente, os rendimentos dos trabalhadores e colocando-os sob uma estrutura hierárquica que vigia e fiscaliza a produção (Braverman, 1981; Gorz, 1980; Marglin, 1980).

Como Taylor, Ford estava preocupado em eliminar, da produção, os tempos mortos, transformando-os em tempos produtivos. Ford utiliza os mesmos princípios formulados por Taylor, e leva às últimas conseqüências, a separação entre planejamento e execução; a desqualificação e o parcelamento de tarefas.

Ford toma como inspiração o processo contínuo de produção existente nos matadouros e cria a linha de montagem (moving assembly line), onde faz uso da mecanização associada e parcialmente automatizada, já antevista por Marx, em *O Capital*. O controle sobre o trabalho humano não precisa ser feito pela determinação e controle direto do gerente, mas é feito automaticamente pela máquina. A esteira (conveyor belt) que leva o trabalho até os homens, resolve a questão do controle dos tempos e movimentos que agora são determinados pelo

---

estavam provocando nos seus costumes e modo de produzir (Thompson, 1987; Leite, 1994, p. 51).

ritmo de funcionamento das máquinas, diferente do taylorismo, em que o ritmo é baseado no rendimento individual (Clark, 1990; Ferreira, Hirata, Marx et al., 1991).

Com a linha de montagem, o trabalho vai aos homens, ao invés, dos homens ao trabalho. A peça principal é trazida pela esteira, ao trabalhador, que vai fixando componentes para obter o produto concluído no final da linha. "O resultado líquido é a redução da necessidade de pensamento por parte do trabalhador e a redução do seu movimento a um mínimo" (Carvalho; Schmitz, 1990, p. 149). O fordismo institui o pagamento por dia e por hora e não por rendimento, como no taylorismo, uma vez que o ritmo de trabalho não depende mais do trabalhador, e, sim, da velocidade da esteira rolante.

Para os trabalhadores, os novos princípios organizacionais, representaram uma maior degradação das condições de trabalho, em função de suas características opressivas, alienantes e desqualificadoras. A monotonia do trabalho e o ritmo extenuante - exigidos pela linha de montagem ou pelo sistema de prêmios e a humilhação imposta pela vigilância, são denunciados pelos trabalhadores através de diversas formas de resistência individual ou coletiva (Leite, 1994). Apesar das tentativas do capital, a expropriação do saber operário nunca se deu de forma absoluta. Várias situações do cotidiano do trabalho mostram que o capital continua dependendo do saber dos trabalhadores para resolver problemas não previstos. E, a repetição de atividades parcelares, não é capaz de eliminar totalmente, do conjunto dos trabalhadores, a percepção sobre

a globalidade do processo de trabalho e sobre os problemas do processo de produção.

Os princípios da "organização científica do trabalho" - OCT - de Taylor, começam a ser aplicados, no início deste século, nos EUA, em alguns setores industriais, encontrando forte resistência dos trabalhadores. Sua aplicação só se generaliza, marcando profundamente a produção industrial nos Estados Unidos, na década de 20. Num quadro econômico-conjuntural que resulta da Primeira Guerra Mundial, caracterizado por escassez de mão-de-obra e crise econômica, com perda no valor dos salários e aumento de horas de trabalho para obter maior produtividade. Essa situação abala a resistência dos sindicatos criando, ao mesmo tempo, condições para o triunfo da organização científica do trabalho. Vários segmentos da sociedade são conquistados: empresários, universidades, e até sindicatos, garantindo, neste contexto, a elevada produtividade da indústria americana até a crise de 1929 (Nelson, 1983).

Os princípios tayloristas ganham popularidade mundial, aliando-se à justificativa de "cientificidade", isto é, da aplicação da ciência a serviço da humanidade e não apenas do lucro dos capitalistas. Em todo processo de implantação da organização do trabalho de base taylorista-fordista, e mesmo após o seu triunfo, houve muita resistência operária, protestos, greves e diversos outros tipos de reações, tanto nos EUA, quanto na Europa.

Carvalho, Schmitz (1990) e Silva (1991), dentre outros, mostram que o termo "fordismo" tem sido usado tanto para caracterizar um processo de trabalho

especial desenvolvido na planta industrial quanto para designar uma forma de organização social e de intervenção estatal ou um regime de acumulação.

O fordismo designa uma forma de produzir semi-automatizada, onde o trabalho humano é extremamente fragmentado e simplificado e o ritmo é totalmente definido pelas máquinas. O homem é subordinado à máquina. É o método de produção em massa, de produtos padronizados, com economia de força de trabalho. Designa, também, um complexo de relações sociais que, da fábrica e com ela, estabelece as condições para o surgimento de um novo padrão de organização da sociedade americana, que se constituiu num padrão de desenvolvimento hegemônico, que ganha o mundo e é responsável pelo intenso dinamismo da economia capitalista, no pós segunda guerra.

#### 1.4 O MODELO DE DESENVOLVIMENTO HEGEMÔNICO

A partir do final do século XIX, verificam-se profundas transformações tecnológico-organizacionais no modo capitalista de produzir mas, só a partir dos anos 30, e, principalmente, sob as condições políticas e a configuração internacional gerada com a Segunda Guerra Mundial, essas transformações difundem-se para os principais países capitalistas, constituindo-se num padrão de desenvolvimento com aumento significativo da produção, do comércio, da produtividade e do consumo . Esse padrão geral de desenvolvimento é chamado de modelo de desenvolvimento fordista, ou taylorista-fordista, ou modelo americano e, é hegemônico pelo padrão industrial, tecnológico, financeiro, agrícola e militar dos Estados Unidos (Mattoso, 1995).

Esse padrão de desenvolvimento<sup>5</sup>, segundo Mattoso (1995, p. 24), tem as seguintes características: a) rápido e prolongado crescimento internacional da produção e da produtividade; b) liderança do setor industrial sendo que, neste, lidera a produção em massa de bens de consumo duráveis (automóveis e eletrodomésticos), a produção de bens de capital e a indústria química, em particular a petroquímica; c) internacionalização da produção - grandes empresas oligopólicas com subsistema de filiais; d) ritmo do comércio internacional mais intenso que o ritmo de crescimento da produção industrial; e) apesar do aumento do comércio internacional, o grande responsável pelo crescimento econômico, dos principais países capitalistas, é o mercado interno; f) crescimento da participação do emprego industrial e, também, do emprego nos serviços (agora sob a lógica industrial), ao mesmo tempo que diminui a participação do emprego agrícola nos mercados de trabalho nacionais; g) utilização do petróleo como principal fonte energética, substituindo, progressivamente, o carvão, o que foi facilitado pelo preço do petróleo, em queda no período.

Esse novo padrão de desenvolvimento, foi capaz de garantir o mais longo período de prosperidade sob o modo de produção capitalista - os 25 anos, pós Segunda Grande Guerra. Mas a sua configuração não foi produto de uma determinação econômica e, sim, o resultado da dinâmica da luta de grupos e

---

<sup>5</sup> - "Padrão de desenvolvimento" - entendido como um conjunto de relações, bastante complexas, que se estabelecem entre agentes econômicos e sociais, "onde se articulam relações econômicas internacionais, papel e estrutura do Estado, relações sociais, salariais e padrão de consumo". Um conjunto de relações capaz de garantir, por determinado período de tempo, a acumulação de capital e o poder político. Diferente de "padrão de industrialização" - reservado mais às relações estruturais da indústria de transformação (Mattoso, 1994, p. 161).

classes sociais<sup>6</sup>, que exigiu mudanças na forma de gestão econômica, no papel e estrutura do Estado, na relação salarial e no padrão de consumo (Leite, 1994; Mattoso, 1995; Gramsci, 1989; Silva, 1991).

Ampliou-se e diversificou-se a atuação do Estado que passa a intervir na reprodução da força de trabalho, articulando com os sindicatos a compatibilização do ritmo e modelo de acumulação com os níveis salariais e de consumo, tornando-os apropriados ao novo padrão tecnológico e de produção industrial de massas. O Estado capitalista consegue, pela primeira vez, conciliar os interesses da apropriação privada dos meios de produção, "com o planejamento, com uma gestão mais democrática da economia e com uma intensa elevação do padrão de vida" (Mattoso, 1995, p. 28). Para isso, foi indispensável o crescimento e o fortalecimento dos sindicatos de trabalhadores e sua participação na luta política geral. Os trabalhadores, de um lado, fizeram algumas concessões: reduziram suas demandas por socialização da propriedade e suas críticas à organização do trabalho e à ética capitalista do trabalho. De

---

<sup>6</sup> - Classes sociais - apesar do complexo debate sobre classes sociais, especialmente classes sociais na sociedade atual, optei pelo uso do termo porque ele é o que melhor explica o sentido de movimento e diferenças de interesses, que utilizo neste trabalho. Uso o termo, referindo-me aos pólos capital e trabalho envolvidos no processo de produção e às relações que se estabelecem entre as pessoas, suas vivências, traduzidas em experiências que são compartilhadas e se manifestam em movimentos de defesa de interesses comuns em oposição a interesses de outros grupos. A base teórica é de Marx, de onde se pode entender "posição de classe" definida pelo o lugar objetivo que as pessoas ocupam nas relações de produção e, também de Marx, o sentido utilizado por Przeworski e Thompson, onde o conceito não se limita a posição objetiva, entendida como posição nas relações econômicas. Para Przeworski, as classes se organizam, se desorganizam e reorganizam como resultado das lutas desenvolvidas. Classes são, então, "efeitos de lutas estruturadas por condições objetivas que são, simultaneamente, de ordem econômica, política e ideológica" (Przeworski, 1991, p. 67). Para Thompson, a classe acontece, quando homens e mulheres, como resultado de experiências comuns (herdadas ou compartilhadas) sentem e articulam a identidade de seus interesses entre si, e contra outros homens cujos interesses diferem (e geralmente se opõem) dos seus. Ao articularem a sua identidade, retornam como sujeitos. E, a experiência de classe é determinada, em grande parte, pelo papel que os homens desempenham nas relações de produção. A consciência de classe é a



outro, conquistaram maior socialização da renda produzida; um sistema de welfare; salários mais altos; políticas macro-econômicas voltadas para o pleno emprego, direitos sindicais para determinar salário e diretos políticos para influenciar políticas nacionais. Os empresários industriais, por sua vez, aceitaram maior influência dos trabalhadores e suas organizações e um maior grau de envolvimento do Estado na economia. O Estado Nacional não exerce, apenas, o papel de regulador macro-econômico mas, também, de administrador da demanda, procurando reduzir as desigualdades e o desemprego através da geração de uma rede de serviços - conhecida como Estado do Bem-Estar Social (Gourevitch *In*: Mattoso, 1995, p. 29; Singer, 1989; Przeworski, 1991).

A contribuição de John Maynard Keynes (1883-1946), à teoria econômica, possibilita que o Estado atue como regulador da conjuntura. Para Keynes, em determinadas circunstâncias a demanda efetiva pode ser insuficiente para manter a economia em pleno emprego, então, uma economia em depressão pode crescer mediante elevação da demanda. A elevação da demanda poderia ser feita de duas maneiras: através da redistribuição de renda dos ricos para os pobres ou por ação do Estado. Keynes propôs a segunda alternativa. O Estado faz investimentos aumentando os serviços públicos de segurança, educação, saúde e outros ou investindo em obras públicas, fazendo com que a demanda estatal se some à privada e fazendo crescer o nível de produção e emprego. O dinheiro, a mais, gasto pelo Estado resulta em aumento da renda dos consumidores "que elevam algo em seus gastos, gerando novas rendas e assim

---

forma como essas experiências são tratadas, em termos culturais: engloba tradições, sistemas de valores, idéias e formas institucionais (Thompson, 1989; Anderson, 1985; Sader, 1991).

por diante". Face a situações de crise econômica, os governos poderiam gastar além do arrecadado com tributos, produzindo, deliberadamente, déficits no orçamento. Para expandir emprego, Keynes admitia a possibilidade de gerar uma inflação pequena e estável (Singer, 1989, p. 52-53).

A função do welfare state keynesiano, que corresponde a uma aliança entre política econômica keynesiana e welfare state, é, de um lado, cobrir os riscos e incertezas a que estão submetidos os trabalhadores assalariados e suas famílias numa sociedade capitalista e, de outro, através de uma política econômica ativa regularizar o crescimento econômico, garantindo demanda para o consumo e estímulo ao crescimento. Os operários devem considerar a lucratividade do capital como forma de garantir o futuro emprego e o nível de renda e os capitalistas devem considerar as despesas com o welfare state porque ele garantirá uma demanda efetiva e uma classe operária com seus problemas de saúde atendidos, bem treinada, com moradia razoável e satisfeita (Offe, 1983).

Esse sistema de welfare state, aplicado pelos países capitalistas desenvolvidos no pós Segunda Guerra, é chamado por Draibe (1992) e Esping Andersen (1993) de "welfare state institucional redistributivista ou social-democrata". Diferenciando-o das políticas de welfare state do tipo "residual ou liberal" e das "meritocrático-particularista ou conservadoras" que, apesar de apresentarem diferenças entre si, de modo geral dirigem-se a parcelas da população que não têm as suas necessidades atendidas pelo esforço individual, pela família ou pelo mercado. O welfare state social-democrata, concebe as políticas sociais como parte do Estado, o qual deve garantir a *todos os cidadãos*

o acesso a bens e serviços mínimos, independente de critérios de mérito, carências ou situações de emergência. Intervém no planejamento econômico, montando esquemas de transferências sociais e de distribuição de bens e serviços públicos e privados.

O sistema de welfare não foi uma concessão do capital, foi uma conquista dos trabalhadores e resultou de inúmeras lutas. Consistindo, ao mesmo tempo, na conquista de uma série de direitos pelos trabalhadores e em mecanismos econômicos e de preservação de mão-de-obra, nas condições necessárias à manutenção de alta produtividade industrial.

Assim o welfare state keynesiano contribuiu, para o boom econômico que favoreceu a todas as economias capitalistas avançadas, do pós guerra até o final dos anos 60. Foi capaz de resolver o problema da estabilização da demanda macroeconômica mas não resolveu o problema da insatisfação dos trabalhadores com a perda do controle do processo de trabalho para o capital, com a exploração, e com os ritmos extenuantes de trabalho.

No entanto, a prosperidade não pode ser atribuída apenas às políticas econômicas anticíclicas de cunho keynesiano. Houve, também, uma redistribuição de renda a favor dos assalariados, além da generalização do consumo de novos produtos (automóveis, eletrodomésticos, televisores, aparelhos de som), o que proporcionou um crescimento contínuo e intenso da economia capitalista. "A fase de prosperidade do pós-guerra *não* se caracterizou, como nas anteriores, por uma elevação dos lucros maior do que dos salários"

(Singer, 1989, p. 54). Os salários aumentaram proporcionalmente ao aumento de produtividade, aumentando com isso o consumo. Assim, o aumento da demanda efetiva não se deu, inicialmente, pelo gasto público, mas pela redistribuição de renda. A redistribuição de renda ocorreu no âmbito da guerra fria, com governos anti-comunistas sob a liderança dos EUA. No início dos anos 60, deu-se uma nova redistribuição da renda, desta vez via o Estado, havendo em praticamente todos os países capitalistas adiantados, um aumento dos gastos públicos, *especialmente com saúde, educação e previdência social*. No período de 1945-70, um conjunto de fatores determina a longa prosperidade do pós-guerra. O setor público cresce na maioria dos países capitalistas e a acumulação de capital foi mantida elevada tanto pela expansão do consumo privado quanto do gasto público. Ocorre uma grande inovação tecnológica que aumenta a diversificação de produtos; provoca grande mudança no processo produtivo, gerando aumento na produtividade do trabalho e necessidade de renovar os equipamentos instalados. Ocorre exportação maciça aos países em industrialização, ampliando o mercado mundial (Singer, 1989).

As políticas econômicas dos estados nacionais para assegurar o pleno emprego, garantiram o aumento dos postos de trabalho e, com isso, a estrutura do mercado de trabalho se modifica: **em 1960**, o emprego total nos países membros da OCDE (Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico)<sup>7</sup> dividia-se em 21,6 % na agricultura, 35,3 % na indústria e 43,1 %

---

<sup>7</sup> - OCDE - Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico - congrega as principais economias industrializadas do mundo capitalista.

nos serviços; em 1979 era 9,9 % na agricultura, 34,1 % na indústria e 55,9 % nos serviços. Diminui o emprego na agricultura e, na indústria, fica praticamente no mesmo ou diminui, enquanto aumenta o emprego nos serviços (Mattoso, 1995, p. 30). O emprego nos serviços já vinha aumentando desde o início do século, sendo fortemente impulsionado sob a vigência das políticas do Estado do Bem-Estar Social.

Com a implantação das políticas do welfare state keynesiano, o problema da demanda é resolvido mas surgem outros problemas. Começa a ampliar-se o problema da oferta e a prática do governo de produzir déficits, para combater o desemprego, acaba produzindo efeito contrário, contribuindo, a longo prazo, com o aumento do desemprego. O governo estimula a subida das taxas de juros e torna o capital-dinheiro escasso e oneroso. Além disso, as demandas crescentes feitas em relação ao orçamento do Estado, de um lado, pelos trabalhadores por benefícios sociais e, de outro, por capitalistas por menos juros e mais proteção econômica, elevaram enormemente a dívida pública. Essa situação fez com que os governos implementassem medidas para reduzir os programas de bem-estar social, além de estimular o retorno das idéias neoliberais de auto-regulação, da sociedade e da economia, pelo mercado (Offe, 1983).

### 1.5 A CRISE DO MODELO DE DESENVOLVIMENTO HEGEMÔNICO

Esse modelo de desenvolvimento, começa a dar sinais de esgotamento a partir da segunda metade dos anos 60, e a explicação para a crise é, até hoje, motivo de debate e de muitos estudos. Alguns enfocam mais os aspectos

econômicos, outros os aspectos político-culturais, outros os aspectos tecnológicos. Mas a crise desse modelo de desenvolvimento do pós-guerra é uma crise estrutural, envolvendo diversos aspectos e múltiplas determinações, senão vejamos:

a) os ganhos com a produtividade do trabalho começaram a diminuir nos países industrializados. Cresce a insatisfação com as condições de trabalho por parte do operariado que não se conforma em executar tarefas maçantes e repetitivas, ainda que bem pagas. Aumentam a resistência e o questionamento à organização do trabalho taylorista-fordista e à falta de democracia nos locais de trabalho. Os trabalhadores reagem contra a intensificação do ritmo do trabalho, que foi a forma utilizada pelo capital para aumentar a produtividade. As tentativas de aumento da produtividade por esta via encontram resistência, verificada pelo aumento e faltas ao trabalho e por greves selvagens (isto é, sem a autorização do sindicato). O paradigma taylorista-fordista também é utilizado nos países do bloco socialista e, também, provoca reação dos trabalhadores contra a separação entre concepção e execução e contra o planejamento e a decisão sobre os rumos da economia centralizados na burocracia estatal (Leite, 1994; Haraszti, 1977);

b) o fim dos anos 60, marca enormes transformações culturais no mundo todo e, o movimento social, além de questionar os princípios tayloristas-fordistas de organização do trabalho, questionou, profundamente, o modelo de desenvolvimento vigente. Trabalhadores, estudantes e intelectuais reagem contra o autoritarismo e a falta de liberdade; contra o modelo de organização

institucional e educacional; contra a burocracia sindical. Especialmente na França, Itália e EUA, emergem novas dimensões dos movimentos sociais como movimento de mulheres, movimento ecológico e contra discriminações raciais mas, apesar das diferenças, esses movimentos atingiram quase todos os países;

c) na economia, o cenário é de manutenção de taxas elevadas de inflação; aumento dos custos da produção pela elevação brusca dos preços do petróleo em 1973; elevação das taxas de juros; instabilidade financeira; redução da taxa de lucro e das taxas de produtividade;

d) esgotamento dos impulsos dinâmicos da industrialização pelo enfraquecimento da capacidade dinâmica do progresso técnico, pela saturação dos mercados internacionalizados e pela crescente financeirização da riqueza produzida;

e) enfraquecimento da hegemonia norte-americana. Crescem, economicamente, Europa e Japão, baseados na dinâmica dos mercados internos, na difusão de bens duráveis e na renovação tecnológica, de equipamentos e organizacional. Europa e Japão aumentam a sua participação no comércio internacional e ganham a batalha comercial com os EUA, depois expandem suas filiais e internacionalizam seus capitais. Essa conjuntura internacional propicia condições para o crescimento da industrialização de países do terceiro mundo.

A crise da economia capitalista das últimas décadas do século XX, tem características distintas da crise dos anos 30. Na crise de 30, a saída foi articulada pela ascendente hegemonia norte-americana, consolidando-se, no pós

II Guerra, como "padrão tecnológico e produtivo, em meio a profundas reformas do Estado e das relações sociais e econômicas nacionais e internacionais". Na crise das últimas décadas, os EUA não é mais o modelo de desenvolvimento e surgem novos blocos econômicos liderados pela Alemanha e Japão, mas nenhum deles se consolidou como padrão hegemônico. Esta situação favoreceu a concorrência internacional em busca de melhores padrões de competitividade e de elevação da produtividade, gerando a necessidade de um novo padrão tecnológico e produtivo. No entanto, não foi criado um "novo padrão de desenvolvimento" no qual se articulem novas relações sociais, salariais e de consumo, com o novo padrão tecnológico e produtivo. O resultado é um grande campo de desestruturação e incertezas ( Mattoso, 1995, p. 54).

## **CAPÍTULO 2 - O TRABALHO NO CENÁRIO DAS TRANSFORMAÇÕES ATUAIS**

### **2.1 O CENÁRIO INTERNACIONAL**

O modelo econômico de produção em massa, associado a um Estado regulador que garanta benefícios sociais diversos, construído nos países centrais da economia capitalista, permitiu um grande desenvolvimento econômico com uma certa estabilidade social canalizando os movimentos e aspirações dos diversos setores e classes através de instituições representativas. Até que, no final dos anos 60, aparecem importantes reações e manifestações populares contra o modelo estabelecido.

A partir do final dos anos 60, as taxas de lucratividade do capital são ameaçadas pela diminuição dos ganhos de produtividade, pela redução do poder



de compra do mercado, pela elitização do consumo e pelo aumento da competição intercapitalista mundial. Segundo Sabel ( 1988), no final dos anos 70, as empresas chegavam à conclusão que nem elas nem os governos eram capazes de estabilizar as economias nacionais, o que as levou a experimentar novas formas de produção, alternativas ou variantes do modelo de produção em massa, então vigente. Como reação à crise provocada, por essa situação, nas três últimas décadas do século XX, verifica-se um processo de reestruturação do capital que inclui uma série de ajustes macroeconômicos e grandes transformações no modelo de produção industrial, com a introdução de grandes inovações tecnológicas incluindo os novos equipamentos e materiais e novas modalidades na organização do trabalho (Singer, 1989; Leite, 1994; Mattoso, 1995).

No novo modelo de produção industrial que aparece mais claramente nos anos 80, nos países capitalistas desenvolvidos, destaca-se: a grande importância do setor eletrônico; a intensa aplicação da tecnologia digital de base microeletrônica na estrutura industrial e os progressos nos setores da química fina, dos novos materiais, da biotecnologia e da engenharia genética, beneficiados com os progressos da informática. O setor automobilístico foi o móvel do modelo de desenvolvimento fordista e, a produção em massa de produtos estandardizados, sua principal característica. As transformações atuais, por sua vez, estão baseadas no complexo eletrônico e, a automação integrada flexível, é uma de suas características mais importantes .

O acirramento da competição entre as empresas, na disputa de fatias de um mercado reduzido pela crise econômica, pela entrada no mercado internacional de países em processo de industrialização e pela exclusão de amplas parcelas da população do planeta do campo de consumo, é um dos principais fatores que torna obsoleta a automação rígida que movia a produção fordista. Na automação rígida, com base técnica na eletromecânica, a máquina é programada para uma seqüência de operações envolvidas na produção de produtos padronizados, para introduzir alterações era preciso uma nova máquina. A produção em larga escala é que tornava a máquina rentável. Os equipamentos microeletrônicos, vieram atender as necessidades de rápida adaptação às exigências de um mercado altamente competitivo, são programáveis, permitindo adaptação às flutuações do mercado. Possibilitam modificações no produto, melhoramentos e variações, sem exigir mudanças físicas no sistema. A introdução das tecnologias informatizadas, aumenta a produtividade das máquinas, seja produzindo em ritmo mais acelerado que com a tecnologia mecânica, seja transformando tempos mortos em tempos produtivos. Mas diferente do taylorismo que buscava intensificar o trabalho, a busca da eficiência é pela intensificação do trabalho da máquina, apesar da cadência não ter desaparecido, e do ritmo do trabalho não ter passado, totalmente, para o controle dos trabalhadores (Leite, 1994).

Todos os estudiosos concordam que, desde os anos 70, estão ocorrendo transformações econômicas, políticas e de relações sociais, nos países capitalistas desenvolvidos, as quais, de modo diferenciado, estão afetando a toda

a população do planeta. No entanto, há profundas divergências em relação ao significado destas mudanças e conseqüências para os trabalhadores e para o futuro do conjunto da sociedade. Assim, ao tratar de uma ou algumas dessas características, que diferenciam a produção fordista das mudanças em curso, os autores têm usado diversos termos como "*sistemas flexíveis*" ou "*automação integrada flexível*", cunhados por Piore e Sabel e amplamente utilizados; processo de produção "pós-fordista" - na fala dos teóricos franceses da Escola da Regulação; processo de produção pós-industrial ou mudanças ocorridas na "sociedade pós-industrial" (Daniel Bell, Gosta Esping Andersen e outros) ou mudanças no processo de produção que caracterizam uma "terceira revolução industrial" (Mattoso). Para facilitar o entendimento, levantarei algumas características do processo de produção industrial que são apontadas como inovadoras em relação a produção fordista:

- a) *inovação tecnológica* - a automação rígida com base técnica na eletromecânica, que caracteriza a produção fordista, está sendo substituída pelos equipamentos microeletrônicos que são adaptáveis e permitem atender, rapidamente, às flutuações da demanda. O grande impulso inovador tem como base o setor eletrônico e aplicação da tecnologia digital de base microeletrônica na estrutura industrial e os progressos nos setores da química fina, dos novos materiais, da biotecnologia e da engenharia genética;
- b) *volume da produção* - em oposição à produção em massa do modelo fordista estandardizada, aparece a produção em lotes pequenos e grandes de

produtos diversificados conforme encomenda. Esse tipo de produção não exclui a produção em massa em vários ramos da produção industrial;

c) *estrutura e tamanho das empresas* - Inverte-se a tendência de verticalização das empresas e parte das atividades que eram executadas, anteriormente, no interior da indústria são externalizadas, terceirizadas, crescendo a complementaridade intersetorial, ampliando os serviços demandados pela indústria, com redução da força de trabalho industrial, vinculada diretamente à empresa. Ocorre maior integração e cooperação empresarial, formando-se redes de empresas envolvidas na confecção de um produto (Sabel, 1988; Mattoso, 1996; Peters, 1995). Buscando garantir uma fatia do mercado, as empresas especializam-se, ajustam o foco, para isso a tendência é de enxugamento, redução de tamanho e do número de empregados (Al Ries, 1995). As empresas decidem o que é central para ela e terceirizam as demais atividades e processos. Atualmente já se fala em quarteirização, significando um maior enxugamento dos setores próprios da empresa que gerenciam o trabalho das empresas terceirizadas. Esse trabalho passa a ser feito por firmas "quarteirizadas" que são empresas contratadas para gerenciar o trabalho desenvolvido pelas terceirizadas (Semler, 1996). Assim, para obtenção do produto final, é preciso o trabalho de uma rede de empresas. Como indicativo dessa tendência tem sido apontada a experiência da indústria automobilística em países da Europa, EUA e Japão, nos quais a associação de pequenas e médias empresas, especializadas em diferentes processos de fabricação, combinam-se para a confecção do produto final, de acordo com as

necessidades da demanda. A experiência da produção na região da Emilia Romagna na Itália, também chamada de Terceira Itália<sup>8</sup> tem sido apontada como exemplo da produção cooperativa em redes de empresas de pequeno porte que se especializam e produzem em pequena escala, utilizando tecnologia de ponta e trabalho altamente qualificado ( Sabel, 1988; Ferreira, Hirata, Marx et al., 1991). A tendência de terceirizar também se verifica no setor de serviços, como bancos, hospitais, nos quais, várias atividades ou processos estão sendo terceirizados. A terceirização também tem servido para que as empresas diminuam os seus custos com a força de trabalho e para fugir à pressão sindical de modo a obter o mesmo trabalho sem as condições negociadas com os sindicatos (DeDecca, 1994);

d) *visão sobre o cliente* - Estreitam-se os laços entre produção e comercialização, aproximando a produção da demanda dos consumidores. Muda a visão de consumidor "passivo" de produtos padronizados e a opinião, interesses e expectativas do consumidor passam a ser considerados como parte do planejamento. Daí, surge todo um campo de produção na teoria da administração, que trata da reorganização das empresas com vistas a atender às necessidades do cliente, de produção voltada para o cliente; criam-se mecanismos de avaliação e controle da qualidade dos produtos (McKenna,

---

<sup>8</sup> - Terceira Itália - considerando-se a Itália dividida em três regiões, onde: o norte exemplificaria a produção em massa de bens de consumo duráveis; a região centro-meridional-insular, a parte mais subdesenvolvida e a região centro-norte-oriental ( Emilia, Veneto, Toscana, Marche, etc.) representaria a terceira Itália - onde médias e pequenas empresas, não diretamente ligadas às grandes, sob condições políticas específicas da região (onde destaca-se a influência do partido comunista na prática sindical e na gestão pública), desenvolvem uma prática cooperativa com alta produtividade utilizando tecnologia de ponta ( Ferreira, Hirata, Marx et al., 1991).

1995; Whiteley, 1995 e uma vasta lista de autores e títulos que existe sobre o tema). Essa característica parece ser a mais conhecida no Brasil , tanto pela sua divulgação quanto pela utilização pelos meios de comunicação de massa, com programas interativos; com interferência na definição de programações; com mecanismos para ouvir opiniões e reclamações de leitores, ouvintes e telespectadores. Nas empresas da produção material e outros serviços, também aparecem, recentemente, diversas iniciativas para ouvir opiniões e reclamações de clientes como: telefones de atendimento ao consumidor, setores apropriados para ouvir reclamações e opiniões, caixas de coleta de opiniões; pesquisas para caracterização do consumidor, para avaliação do produto ou do serviço prestado; implantação de diversos tipos de programas de controle de qualidade. No entanto, essa estratégia de valorização do cliente só diz respeito à fatia do mercado que tem condições de consumir, só esses são considerados cidadãos que têm opinião;

e) em relação ao *processo de trabalho* ocorrem diversas transformações e os autores divergem quanto às perspectivas de futuro e quanto às conseqüências positivas e negativas para os trabalhadores. Apesar das distinções histórico-culturais e políticas , algumas experiências, em diferentes países como a dos grupos semi-autônomos na Suécia<sup>9</sup>, a rede de pequenas empresas na terceira

---

<sup>9</sup> - Diz respeito à introdução de conceitos inovadores na organização do trabalho para fabricação de automóveis comerciais, feito pelo grupo Volvo, na Suécia, buscando combinar, de modo satisfatório, produtividade e condições de trabalho, como alternativa à linha de montagem taylorista-fordista. Inclui: divisão do trabalho em grupos, com relativa autonomia para decidir revezamentos e pausas, o líder é escolhido pelo grupo; melhoria das condições do ambiente de trabalho; redução da fadiga do trabalhador pela introdução de sistemas automatizados de transporte e manipulação de peças e ferramentas; diversificação dos ritmos de produção (Ferreira, Hirata, Marx et al., 1991).

Itália ou sistema de produção nas principais empresas no Japão, são apontadas como exemplos das inovações ocorridas no processo de produção. Apesar de não serem comuns a todas essas experiências, e de não se tratar, absolutamente, de uma generalização, é possível apontar como indicativo das mudanças em relação ao modelo taylorista-fordista, as seguintes características:

- *trabalho em equipe com trabalhadores desenvolvendo múltiplas atividades e intervindo nas diversas fases do processo de produção, inclusive para identificar e corrigir falhas.* Diminuem as relações hierárquicas no processo de produção com o declínio da tradicional hierarquia gerencial fordista e o aparecimento de relações mais horizontais e informais. Ao contrário dos trabalhadores desqualificados, que desenvolvem atividades parcelares, do modelo taylorista-fordista, é utilizado um trabalhador mais escolarizado, mais polivalente, que tem suas habilidades revalorizadas e é capaz de intervir criativamente no processo de trabalho. Alguns autores como Piore e Sabel e Daniel Bell destacam o caráter emancipador e de revalorização do trabalhador contido nessas novas práticas, que propiciam uma maior integração entre concepção e execução do trabalho, percebendo uma tendência de generalização das mesmas. Aparecem como uma contraposição à tese de Braveman (1981), da tendência de generalização dos princípios tayloristas-fordistas de desqualificação da força de trabalho e aumento do controle patronal sobre o trabalho, pela separação entre concepção e execução decorrente do parcelamento de tarefas. Vários, outros, autores

criticam as duas visões, mostrando a impossibilidade de apontar uma tendência de generalização das inovações, uma vez que existem diversas formas de organização do trabalho (tradicionais e inovadoras) considerando: as diferentes empresas; as diferentes atividades de uma mesma empresa; os diversos setores da economia e as diversas regiões do planeta. Que as possibilidades de organização do trabalho não resultam de uma inevitável determinação técnica, e sim da dinâmica das lutas e da capacidade dos diversos grupos fazerem valer seus interesses. Que na busca do lucro, nos diversos momentos históricos, os capitalistas utilizam diversas alternativas seja criando formas de aumentar a produtividade, seja através de maior exploração da força de trabalho (Beynon, 1984; Ruggiero, 1987; Ferreira; Hirata; Marx; Salerno, 1991; Sabel, 1988; Clark, 1990; Edwards, 1978),

- *utilização de força de trabalho com alto nível de formação escolar e técnica.*

Trabalhadores recebem treinamento amplo, em oposição ao treinamento direcionado para a realização de atividades específicas do modelo taylorista-fordista. Em todas as regiões, apontadas como exemplo das mudanças, existem escolas públicas de ótimo nível;

e) Em relação às *condições de trabalho*, os autores divergem, sendo apontadas as seguintes características:

- *que as relações de trabalho incluem garantia de emprego, com estabilidade em alguns casos.* Essa característica aparece em algumas experiências como uma necessidade técnica da flexibilização produtiva, pois, apesar da



automação e da informatização, é fundamental a intervenção dos trabalhadores para resolver problemas de um sistema em constante mudança, diferente da produção organizada para atender a um mercado mais previsível ao qual se dirigia a produção fordista. Essa característica, no entanto, não é um padrão, ela resulta de negociação sindical, do jogo político, do tipo de regras legislativas e do modelo de Estado, em cada região. Mattoso (1995) diz que as garantias de emprego e a estabilidade, dizem respeito a algumas experiências, porque, em praticamente, todos os países capitalistas desenvolvidos, com a ruptura do compromisso keynesiano, aumentaram as facilidades patronais para despedir e para utilizar trabalhadores eventuais, de modo a cortar custos com o trabalho. Os empregos estáveis ou permanentes, nas empresas, são reduzidos e aumenta a subcontratação (trabalhadores temporários, em tempo parcial, trabalho no domicílio ou independente, aprendizes, estagiários, etc.). Essa heterogeneidade não foi pactuada, foi decidida só pelo capital, que buscou reduzir a força de trabalho diretamente empregada pelas empresas, substituindo o trabalho integral, de longo prazo ou indeterminado, pelo trabalho temporário, part-time, etc. E, apesar de, nos diversos países, existir muita heterogeneidade entre eles, é amplamente reconhecido que grande parte é contratada em condições mais precárias em termos de acesso à seguridade social, condições salariais, aposentadoria, assistência médica etc.,

- *que existem pequenas diferenciações salariais e pouca rigidez na definição dos postos de trabalho o que permite uma atuação mais polivalente do trabalhador e trabalho em equipe,*
- *aumento da precarização do trabalho, ao mesmo tempo que se desestrutura o modelo de contratação coletiva e diminui a força dos sindicatos. Existem casos de contratações coletivas efetivas, como na Itália e Suécia, onde condições de trabalho e decisão sobre introdução de inovações tecnológicas e na organização do processo de trabalho foram motivo de discussão e negociação sindical. Mas é uma exceção, tanto no que diz respeito à negociação sindical, quanto no que diz respeito à contratação coletiva. A tendência geral é de diminuição da força dos sindicatos e quase nenhuma participação nas negociações sobre a introdução de inovações tecnológico-organizacionais. Na década de 70, o número de sindicalizados nos países membros da OCDE aumentou em 14 milhões mas na década de 80 os sindicatos perderam 5 milhões de membros. A tendência de declínio nas taxas de sindicalização é maior nos EUA, França, Itália e Inglaterra (embora Japão, França e EUA já apresentassem queda nas taxas de sindicalização na década de 70). No outro extremo estão os países nórdicos, única região em que as taxas de sindicalização se elevaram nas duas décadas: de 70 e 80. Na Suécia, onde as taxas já eram elevadas, negociou-se a reestruturação industrial com organizações sindicais fortes e centralizadas e, em meio à relativa preservação do pleno emprego como objetivo nacional. Na Alemanha, onde as taxas de sindicalização mantêm-se relativamente*

estáveis, os sindicatos foram capazes de se opor a várias iniciativas empresariais e mantiveram níveis centralizados de negociações. Na maioria dos países capitalistas desenvolvidos, desestrutura-se o modelo de contratação coletiva com contratos por tempo indeterminado, acompanhado de várias formas de proteção do emprego e dos salários diretos e indiretos do modelo fordista. Aumentam as contratações descentralizadas, principalmente em nível de empresa. Ampliam-se as contratações individuais, os contratos por tempo determinado, os de tempo parcial, as relações de trabalho sem contrato, além da tendência de redução dos salários, apesar das diferenças em cada país em relação à tradição e cultura negocial, grau de sindicalização e capacidade das organizações sindicais em enfrentar criativamente os desafios da flexibilização ( Mattoso, 1995; DeDecca, 1994),

- *concomitante às características inovadoras no processo de trabalho, surge uma enorme massa de desempregados.* Em 1989, o desemprego já era significativamente superior aos níveis existentes no início da década de 70, em todos os países avançados, mesmo no Japão, onde o desemprego é reconhecidamente baixo, graças ao extraordinário crescimento econômico, à baixa participação das mulheres no mercado de trabalho e à garantia de emprego existente nas grandes empresas japonesas. A Suécia foi uma exceção, em 1989 tinha taxas de desemprego menores que no início dos anos 70. O que é explicado pela política do pleno emprego adotada pela Noruega e, principalmente, pela Suécia; pela manutenção do welfare state e pela atuação da classe trabalhadora com alto grau de organização. Essa

pela atuação da classe trabalhadora com alto grau de organização. Essa deterioração do mercado de trabalho, piora com a adoção de políticas macro-econômicas nacionais de cunho neoliberal. O resultado é que nos países da OCDE em 1993 já existiam 30 milhões de desempregados, com tendência a aumentar. E, os países social-democratas, que nos anos 80 resistiram ao desemprego mas estão sob nova pressão nos anos 90, como a Suécia onde a estrutura social-democrata está sendo desmontada. Muito provavelmente, os países desenvolvidos, chegarão ao ano 2000, com uma grande oferta de trabalhadores e uma demanda muito pequena por parte das empresas<sup>10</sup> (Mattoso, 1995; De Decca, 1994). Amplia-se a concentração de renda, aumentando a desigualdade e a pobreza.

## 2.2 A SITUAÇÃO BRASILEIRA

No pós Segunda Grande Guerra, monta-se o parque industrial brasileiro com indústrias de bens de consumo duráveis e de bens de capital. Substitui-se as importações pela produção nacional de insumos básicos, de máquinas e equipamentos, de automóveis e de eletrodomésticos. Esse crescimento da produção industrial de 1968 a 1974, deu-se sob o autoritarismo do regime militar, com os sindicatos amordaçados, organizados numa estrutura corporativa que dificultava a intervenção classista, num regime de falta de liberdade de expressão e de participação das classes e grupos sociais no espaço das decisões políticas.

---

<sup>10</sup> - O desemprego é um problema tão grave, neste final de milênio que, em abril de 1996, o G7, grupo dos 7 países mais ricos do mundo, reuniu-se, em Lille na França, especialmente para discutir a questão do desemprego.

Os direitos dos trabalhadores estavam cerceados e os sindicatos tinham muito pouco poder de negociação com os patrões. Os salários eram reajustados sempre abaixo da inflação. A lei de greve, praticamente, extinguiu o direito. A estabilidade no emprego é substituída pelo FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço), que vigora até hoje. Com isso, aumentam as facilidades para a rotatividade da força de trabalho e o uso, pelas empresas, do recurso da demissão imotivada para reduzir salários e como instrumento de controle dos trabalhadores. Assim, com a limitação da atuação dos sindicatos, os ganhos de produtividade, no período, beneficiaram muito pouco a classe trabalhadora; não se estabeleceram contratações coletivas que garantissem relações de trabalho mais favoráveis aos trabalhadores e nem constituiu-se um sistema de welfare state que beneficiasse universalmente os cidadãos, como nos países capitalistas desenvolvidos (Leite, 1994).

Desde o período colonial, o Estado brasileiro desenvolveu ações fragmentadas na área social, especialmente na educação e na assistência social. Mas é possível dizer que o Estado do Bem Estar Social, no Brasil, emerge com as políticas implantadas por Getúlio Vargas dos anos 30. Getúlio Vargas concede algumas medidas de proteção ao trabalho, ao mesmo tempo que intervém contra a organização sindical livre dos trabalhadores, impondo o atrelamento ao Estado e a organização corporativa. Mas as políticas de proteção social só se consolidam nos anos 70<sup>11</sup>, quando existe um financiamento específico para o

---

<sup>11</sup> - Com criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões, CAPs, pela lei Eloy Chaves em 1923, são concedidas aposentadorias, pensões e assistência médica, inicialmente aos trabalhadores urbanos ligados ao setor público (como os ferroviários, marítimos e portuários), depois a comerciários, bancários e trabalhadores em transporte de carga. Os setores incluídos no sistema

desenvolvimento de atividades consideradas como constitutivas dos sistemas contemporâneos de proteção social: a previdência e assistência social; a atenção à saúde; à habitação popular e à educação básica. O gasto social, apesar de muito distante das necessidades sociais do país, passou a ser significativo - chegando a 15 e 20 % do PIB (Produto Interno Bruto), nos anos 80 (Draibe, 1992). Ao longo do tempo, diferentes segmentos da população vão sendo incorporados ao sistema de proteção social, dependendo de sua força e capacidade organizativa, no entanto, não se constitui um welfare state do tipo social democrata como nos países capitalistas desenvolvidos, no pós Segunda Guerra. O sistema de proteção social brasileiro, segundo Draibe, é do tipo "conservador ou meritocrático-particularista", com fortes marcas corporativistas e clientelistas, consagrando privilégios e limitando a concessão de benefícios a alguns.

De 1949 a 1980, o setor industrial aumentou consideravelmente a sua participação na renda nacional, ao mesmo tempo em que é reduzida a

---

de proteção, são os que desenvolvem atividades fundamentais para o momento econômico do país. Nos anos 30, as CAPs são unificadas por categoria profissional, em Institutos (IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões) do tipo corporativo, que contam com a participação dos sindicatos na gestão e, até, em cargos de direção. Os sindicatos substituem suas lutas e a política de confronto de classes pela de colaboração e pelo assistencialismo. Essa estrutura descentralizada, com diferença de poder entre os Institutos e com a participação dos sindicatos nas instâncias de decisão, só muda, em 1960, com a aprovação da Lei Orgânica da Previdência Social. O sistema é unificado, mas a centralização e burocratização da gestão, com a exclusão das representações sindicais da esfera de decisão, só efetiva-se no pós-64, sob intensa repressão política e depois de desmontados os canais de representação dos trabalhadores (Mcgreevey; Piola; Vianna, 1986; Possas, 1981). Até o início dos anos 60, os benefícios, concedidos pelo sistema previdenciário, incluíam: aposentadoria (por velhice, invalidez e tempo de serviço); pensões; auxílio-doença e prestação de serviços médicos. De 1963 a 1974, são incluídos os acidentes de trabalho; o salário-família, salário-maternidade e auxílio-maternidade - todos com valores ínfimos. Sendo que, esses benefícios, destinavam-se, apenas, aos trabalhadores urbanos. Em 1971, com a criação do FUNRURAL, alguns benefícios são estendidos aos trabalhadores rurais. Em 1972, são incluídos no sistema previdenciário os empregados domésticos, em 1973, os trabalhadores autônomos, e, a seguir, outras categorias, como religiosos, estudantes e donas de casa (Draibe, 1992).

participação da agricultura. No mesmo período, a população ocupada no setor primário passou de 60 %, do total da PEA, para menos de 30 %; o número de empregados, no setor secundário, praticamente quintuplicou, constituindo 24,5 % da PEA, e, no terciário, está empregada 45,7 % da PEA (Mattoso, 1995).

O modelo industrial brasileiro é o da produção em massa, baseado em técnicas tayloristas e fordistas mas, apesar da incorporação do padrão industrial capitalista dominante, o padrão de desenvolvimento dos países capitalistas avançados, não se completa, no país. Essas características da industrialização brasileira são comuns a alguns países do terceiro mundo, nos quais são utilizados alguns princípios do fordismo, como a mecanização e o crescimento da produção de bens de consumo duráveis, mas a garantia da demanda não se dá, majoritariamente pelo mercado interno, como nos países centrais, está associada ao mercado internacional. O consumo no mercado interno é garantido pelas classes médias locais e por parte do operariado dos setores de ponta da economia, sendo que, a demanda é garantida pela inclusão das exportações desses bens de consumo duráveis a preços baixos para os países centrais. Com a industrialização de países do terceiro mundo, se estabelece uma relação comercial norte-sul, na qual o norte fornece os produtos que exigem a utilização de tecnologia avançada, e o sul, os produtos que exigem menor especialização do processo de produção (Lipietz *In*: Leite, 1994).

Os trabalhadores brasileiros conquistam uma ampliação do espaço democrático e criam novos direitos sociais, no entanto, o padrão de

desenvolvimento, hegemônico nos países desenvolvidos, não se completa no país.

Nos anos 80, já se verifica, um esgotamento do dinamismo da economia industrial brasileira, a inflação é alta e, praticamente, inexistente crescimento econômico. No entanto, ao contrário do que ocorreu nos países capitalistas desenvolvidos, amplia-se a organização sindical e os trabalhadores, em plena crise, e pressionados pela inflação, avançaram na conquista dos seus direitos, criam centrais sindicais, aumentam os níveis de sindicalização, ampliam os espaços de negociação e conquistam maior reconhecimento social. O Estado é incapaz de orientar o crescimento econômico e, no final da década, a crise política, econômica e institucional, é ainda maior.

Na década de 80, apesar da gravidade da crise, com estagnação da produção e alta inflação, não ocorreu desindustrialização no Brasil, como ocorreu na Argentina, Chile e México. O Brasil apresentou, no período, o maior crescimento do PIB latino-americano, chegando, aos anos 90, com o maior parque industrial do Terceiro Mundo. No entanto, nas regiões mais industrializadas do país, verifica-se aumento das taxas de desemprego industrial e aumento do número de trabalhadores sem contrato formal - cresce o chamado setor informal da economia. Deteriora-se o poder de compra dos salários, acentua-se a desigualdade de renda, e aumenta o número de pessoas em estado de pobreza. Mas as taxas de desemprego foram relativamente pequenas no final da década, devido a alguns fenômenos compensatórios: crescimento



mais lento da população residente nos centros urbanos, aumento do emprego no setor público e manutenção da estrutura industrial (Matoso, 1995, p. 137-138).

Segundo Amadeo (1994), especialmente, nos três últimos anos dos 80, ocorreu grande crescimento da heterogeneidade do mercado de trabalho, no Brasil. Continua caindo o emprego industrial e aumentando o setor terciário, transferindo trabalhadores do setor industrial para o setor de comércio e serviços. Diminuem os empregos formais e aumenta o setor informal. O setor informal, inclui os que trabalham por conta própria e os que trabalham sem registro na carteira de trabalho, absorvendo parte dos desempregados. Os *sem carteira*, somados aos *por conta própria* e aos *desempregados*, indicam o grau de *precariedade no mercado de trabalho*. Em 1989, 40 % da força de trabalho brasileira era constituída por trabalhadores enquadrados na condição de precários e, em 1992, os precários já eram quase 50 % da força de trabalho. De 1985 a 1990, a produtividade na economia (PIB) cai, e, no decorrer da década de 80, ocorre grande perda no valor real do salários.

Apesar da diminuição da jornada máxima de trabalho de 48 para 44 horas semanais, com a Constituição de 88, não houve expansão do emprego. As empresas não aumentaram as contratações e optaram por implementar medidas para aumentar a produtividade do trabalho. Algumas empresas mantiveram, ou até reduziram o número de trabalhadores, enquanto a produtividade aumentou. De 1988 a 1989, e depois, entre 1990 e 1991, ocorre um grande aumento da produtividade da hora trabalhada (Amadeo, DeDecca, Pires, 1994).

Os anos 90 estão sendo marcados pelo aumento do desemprego, de tal modo que, junto com a violência urbana, esse é um dos dados mais apontados nos meios de comunicação, como sintomático de crise na economia, uma vez que, desde 1994, com o Plano Real, a inflação tem se mantido em níveis bastante aceitáveis, se comparada às altas taxas de inflação dos anos anteriores.

Desde o início dos 90, até hoje, o desemprego tem aumentado, no Brasil. No entanto, as interpretações dos estudiosos divergem em relação à importância do fenômeno, e em relação às suas causas, mas todos apontam que o problema é multideterminado, e que ainda é difícil explicar o peso relativo dos vários fenômenos determinantes (Amadeo, DeDecca, Pires, 1994). Alguns dão mais peso aos fenômenos conjunturais, relativos ao desempenho da economia e às políticas de abertura da economia adotadas pelos governos durante esta década, na qual o aumento das importações provocou a falência de muitas empresas nacionais (Tavares; Gomes, 1996). Outros estudiosos e o governo federal<sup>12</sup>, têm dado mais peso às modificações estruturais que estão se processando no modo de produzir na indústria brasileira, e que se iniciam, basicamente, no final dos anos 80.

---

<sup>12</sup> - O governo brasileiro diz que as altas taxas de desemprego no país têm dupla causalidade: a) causas estruturais - resultantes da abertura econômica do início dos 90, que geraram um processo de reestruturação das empresas e, b) causas conjunturais - devido à recessão de 1990-92, e o ajuste macroeconômico promovido pelo governo em 1995. Pelo conteúdo da entrevista do atual Ministro do Trabalho, parece que o desemprego não é visto, pelo governo brasileiro, como um problema muito grave, uma vez que a reestruturação é entendida como positiva, porque coloca o país no cenário da economia globalizada e que, parte dos que perderam o emprego na indústria, não estariam desempregados, mas, sim, na economia informal. Quanto ao fenômeno conjuntural, já estaria contornado, uma vez que os dados demonstram diminuição da taxa de desemprego "de abril de 1996 para maio de 1996" (Paiva, 1996).

No início dos anos 90, a crise econômica e social se agrava. O governo mantém o pagamento da dívida externa, sem contrapartida para incentivar o crescimento econômico; implementa políticas de abertura econômica indiscriminada ao capital estrangeiro, ameaçando as bases estruturais da indústria nacional. O Estado reduz sua atuação na fiscalização das atividades econômicas e não implementa medidas de planejamento com vistas à distribuição de renda. Além disso, permite a deterioração da infra-estrutura de estradas, portos, energia e comunicações, e de toda a infra-estrutura social: educação, saúde, previdência e habitação (Mattoso, 1995).

Essa situação é mostrada no relatório da ONU sobre *desenvolvimento humano*, divulgado em junho de 1996<sup>13</sup>, o qual mostra que a situação do Brasil, no que diz respeito aos níveis de renda, escolaridade e expectativa de vida, piorou em relação ao relatório de 1995. A situação do Brasil está entre as piores da América Latina. Seu Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), é inferior ao da Argentina, do Uruguai, do Chile, da Venezuela, da Colômbia e do México. O relatório aponta que o Brasil tem 41,9 milhões de pobres, correspondendo a 34,62 % da população e que a renda média dos 10 % dos mais ricos da população é quase 30 vezes maior do que a renda média dos 40 % mais pobres, sendo que, na maioria dos países, os mais ricos ganham em média 10 vezes mais do que os mais pobres. Considerando-se os dados de 1991, o relatório aponta que 19,23 milhões de brasileiros são analfabetos, e 14,3 milhões de

---

<sup>13</sup> - Os dados que alimentaram o relatório foram coletados em 1990 e 1991.

pessoas não têm abastecimento de água (Folha de São Paulo, Caderno 1 - Brasil, p. 6-7, 18 de junho de 1996).

### **CAPÍTULO 3 - O TRABALHO NO SETOR DE SERVIÇOS**

Um dos aspectos que tem sido destacado pelos autores que estudam a sociedade humana, deste final de século, é o crescimento significativo do chamado setor de serviços, ou setor terciário da economia. Essas atividades realizadas fora da esfera da produção material, e que são fundamentais para a vida em sociedade, cresceram, no decorrer deste século, a tal ponto que alguns estudiosos têm chamado as sociedades ocidentais altamente industrializadas de "sociedade de serviços" ou "sociedade administrada" (managed society, para Touraine).

Diminuí o número de trabalhadores do setor industrial e aumenta o número dos que trabalham em escritórios, comércio e serviços, com ampla diferenciação entre si, no que diz respeito a prestígio, níveis salariais e tipo de atividades desenvolvidas, mas que unificam-se por executarem atividades diferentes da produção material do tipo industrial (Braverman, 1981). Mills (1979), diz que esses trabalhadores desempenham as principais funções rotineiras da sociedade e, numericamente, cresceram tanto que desmentiram as previsões de que a sociedade deste século se dividiria, basicamente, em empresários e operários. E, que este grupo, diferencia-se dos empresários e operários da produção material, constituindo uma terceira força, que inclui, desde o "office-boy" até o gerente, os funcionários públicos, os trabalhadores dos serviços privados, do setor financeiro

e do comércio. Sendo que, na sua composição, destaca-se a expressiva participação de mulheres e de jovens .

O emprego nos serviços vem aumentando durante todo o século, enquanto no setor industrial vem diminuindo, desde o pós Segunda Guerra. No início da década de 70, apenas os EUA e o Canadá superavam o nível de 60 % do emprego em serviços e, no final dos anos 80, o fenômeno já ocorria em 12 países, sendo que nos EUA e no Canadá, mais de 70 % da PEA civil estava empregada nos serviços. O número de emprego nos serviços continua alto, apesar da diminuição do emprego no setor público. Durante a crise dos anos 70, com a dificuldade financeira dos Estados, a desestruturação do welfare state e a adoção de políticas de cunho neoliberal, nos países da OCDE, o emprego no setor público que cresceu 2 % no período de 1973-79, apresenta uma queda no crescimento entre 1979 e 1989, cai para 1,1 % (Mattoso, 1995; Saboia, 1992).

Dados do Brasil, dos anos 90, também confirmam essa tendência de crescimento do terciário. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar - PNAD, a população ocupada no terciário passou de 46,0 % em 1981, para, 54,5 % em 1990. Enquanto o setor agrícola sofreu uma redução de 29,3 % para 22,8 %, no mesmo período e o setor industrial teve uma pequena queda - de 24,7 %, para 22,7 %. Em 1990, o setor terciário da economia já representava mais da metade do PIB (Produto Interno Bruto) e da mão de obra do país ( Saboia, 1992, p. 25), o que é confirmado por pesquisa, do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) feita em 1995, na qual o setor de serviços aparece como

o que mais cresceu no Brasil, contribuindo com 52,3 % do PIB (Folha de São Paulo, maio de 1996).

Mills (1979) diz que, essas atividades que caracterizam o século XX, podem ser agrupadas em: a) **atividades gerenciais nas indústrias**, incluindo uma hierarquia "de altos gerentes que comandam, gerentes médios, chefes de seção, consultores municipais, contramestres, inspetores federais e investigadores policiais formados em Direito" (Mills, 1979, p. 12); b) **profissões liberais** - como médicos, advogados e engenheiros, que eram antigamente independentes, e agora trabalham em instituições (o trabalho médico, por exemplo, associa-se ao de diversos médicos especialistas assalariados em uma clínica e/ou trabalham em conjunto com outros profissionais de saúde, como enfermeiros, laboratoristas, assistentes sociais, dentre outros; advogados e engenheiros organizam-se em escritórios, ou são contratados para o trabalho dentro das empresas); c) **mundo das vendas** - existem vendedores sedentários dos magazines, vendedores itinerantes de seguros, publicitários que criam fórmulas de estimular o consumo; d) **trabalhadores em escritório** - contadores e agentes de compra substituem as atividades de contabilidade que o proprietário fazia sozinho e, no desempenho das demais atividades estão, secretárias, datilógrafos, faturistas, operadores de diversas máquinas de escritório, recepcionistas e outros que executam tarefas rotineiras.

Esse grupo diversificado de trabalhadores tem sido representado e entendido de forma contraditória, dependendo do grupo que os olha ou da teoria

que os interpreta. Para alguns, são vistos como proletários em potencial e, para outros, como sinal de solidez e vigor da classe média.

### 3.1 A ESPECIFICIDADE DO PROCESSO DE TRABALHO EM SERVIÇOS, EM RELAÇÃO À PRODUÇÃO MATERIAL INDUSTRIAL

Estudando a produção teórica sobre o trabalho no setor de serviços, na sociedade atual, percebe-se que todos os autores referem-se às reflexões de Marx sobre o trabalho. Seja reafirmando suas reflexões, no todo, ou em parte, seja criticando, ou refutando-as.

Para Marx, na produção capitalista, todos os produtos tornam-se mercadorias e a característica essencial da produção capitalista é a produção de mais-valia, que se dá pela apropriação de trabalho não pago.

Na produção capitalista, o operário já não utiliza os meios de trabalho para produzir objetos úteis, os meios de trabalho o utilizam para produzir mais-valia. O operário vende a sua capacidade de trabalho no mercado como mercadoria, é um não proprietário que precisa alugar-se para o capitalista para atuar sobre os objetos que permitem a sua capacidade de trabalho realizar-se.

A **mercadoria**, na produção capitalista, tem duplo aspecto: valor de uso e valor de troca, mas, independente de sua utilidade (valor de uso), na produção capitalista importa o seu valor de troca. O produto da produção capitalista não é mero produto (valor de uso) nem mera mercadoria (produto que tem valor de troca), o seu produto específico é a mais-valia (Marx, 1969: 68).

No processo de trabalho estão envolvidos os meios de produção (objeto de trabalho - matéria prima e meios de trabalho - instrumentos) e a **capacidade operária de produção** (a força de trabalho que se manifesta orientada para um fim) que representa as condições subjetivas da produção. As mercadorias que o capitalista comprou para consumir, como meios de produção, são propriedade sua, são o seu dinheiro transformado em mercadorias, são um modo de existência do capital, são meios criadores de valor e funcionam para aumentá-lo. Esses meios de produção são capital. Outra parte do dinheiro do capitalista compra trabalho vivo, que também lhe pertence como condições objetivas de trabalho, é a parte variável do capital que é trocada por capacidade de trabalho.

Para Marx, os papéis desempenhados no processo de produção, e o caráter econômico da relação (formal ou realmente capitalista<sup>14</sup> - tendo por objetivo a reprodução do capital e a produção de mais-valia - ou trata-se de outro tipo de relação econômica) são os determinantes e não o valor de uso da mercadoria, nem o conteúdo do trabalho. "O valor de uso peculiar das

---

<sup>14</sup> - Na **subsunção formal do trabalho no capital**, o trabalho subsume-se no capital, é um processo do próprio capital, e o capitalista dirige, guia o processo de exploração do trabalho alheio. As condições objetivas de trabalho (meios de produção) e as condições subjetivas (meios de subsistência) são monopolizadas pelo capitalista opondo-se ao trabalhador como capital. Na subsunção formal do trabalho no capital a mais-valia é obtida pelo prolongamento da jornada de trabalho (mais-valia absoluta). O trabalho sob o ponto de vista tecnológico, num primeiro momento, realiza-se exatamente como antes, só que agora está sob o domínio do capital. A **Subsunção real do trabalho, no capital**, caracteriza o modo de produção capitalista, propriamente dito. Envolve produção em larga escala, revolucionam-se não apenas as relações entre os diversos agentes da produção mas também, e simultaneamente, o caráter do trabalho, o processo tecnológico é modificado. A mudança tecnológica permite aumentar a produtividade do trabalho e a obtenção da mais-valia relativa. A subsunção formal precede a subsunção real, e este processo realmente capitalista tende a envolver todos os ramos industriais (Marx, 1969, p. 87 - 108).



mercadorias não modifica em nada a determinação formal econômica da transação, não altera, de maneira nenhuma, o fato do comprador representar dinheiro e o vendedor mercadoria" (Marx, 1969, p. 69).

Marx diz que o **produto**, por excelência, da produção capitalista é a mais-valia, e que somente é produtivo o trabalho e o trabalhador que produzem diretamente mais-valia, que é um excedente que fica com o proprietário dos meios de produção. É trabalho não pago. Na subordinação real do trabalho no capital (modo de produção especificamente capitalista) o operário individual não é o agente real do processo de trabalho mas a sua capacidade de trabalho socialmente combinada. Diversas capacidades de trabalho cooperam para formar a máquina produtiva, seja utilizando mais as mãos ou a cabeça. Quando a sua capacidade de trabalho é consumida para valorizar o capital, independente da atividade que ele desempenha como parte do trabalhador coletivo, o seu trabalho é um trabalho produtivo. Esse trabalhador é assalariado, vende a sua força de trabalho por um salário, sua capacidade de trabalho incorpora-se como fator vivo no processo de produção do capital, reproduz o capital adiantado e o aumenta ao criar mais-valia. No entanto, o trabalhador pode ser assalariado e não ser produtivo.

Como o fundamental para a análise de Marx era o entendimento das profundas transformações ocorridas no processo de produção material, suas formulações sobre **serviços** não são precisas, o que possibilitou interpretações contraditórias por autores que, posteriormente, trataram do tema. O trabalho em serviços foi entendido por autores como Poulantzas (1972,1975), Offe (1991) e

outros, como sendo um trabalho essencialmente "não produtivo". No entanto, considerando o conjunto das reflexões de Marx, percebe-se que o trabalho em serviços pode adquirir caráter produtivo ou não, dependendo do tipo de relação econômica que se estabelece. Essa visão também é assumida por autores como, Villalobos (1978)<sup>15</sup> e Braverman (1981).

Para Marx, com a emergência da sociedade capitalista, muitas atividades que eram exercidas gratuitamente ou remuneradas de forma indireta como os profissionais liberais (como médicos e engenheiros), transformam-se diretamente em trabalhadores assalariados. O trabalho nos serviços torna-se assalariado e tem essa identidade com o trabalho produtivo, no entanto, se trocam seus serviços (trabalho como valor de uso) por dinheiro, não produzem mais-valia num processo de auto-valorização do capital. Como é o caso do soldado que é um trabalhador assalariado mas não é um trabalhador produtivo. Na sociedade capitalista existem formas de trabalho, as quais não se aplicam às categorias de trabalho produtivo e improdutivo, como, por exemplo, o trabalhador independente que se auto-emprega ( está tratando do pequeno produtor), estas formas de trabalho não estão subordinadas ao modo de produção capitalista, mas relacionam-se idealmente com ele. Uma cantora que canta e vende o seu canto é assalariada ou comerciante (vende diretamente o produto) mas se for "contratada por um empresário que a põe a cantar para ganhar dinheiro, é uma trabalhadora produtiva, pois produz diretamente capital" ( Marx, 1969, p. 115). O trabalho de

---

<sup>15</sup> - Villalobos (1978), trabalha, especificamente, a interpretação de trabalho produtivo e improdutivo em Marx, mostrando que a categoria trabalho produtivo não se aplica apenas à esfera da produção material.

professor não é um trabalho produtivo, mas, se for contratado junto com outros colegas para, mediante o seu trabalho, valorizar o capital do empresário do setor, seu trabalho passa a ser um trabalho produtivo. Marx, diz que, do ponto de vista da forma, esses trabalhadores *se submetem formalmente ao capital*, são formas de transição porque os trabalhadores ainda detêm o conhecimento sobre seu trabalho, não ficando como meros reprodutores das determinações do capital, como na subsunção real do trabalho no capital.

Em algumas passagens, Marx diz que os produtos dos trabalhos em serviços não são separáveis dos trabalhadores, não existem independentemente do ato da sua produção. Em outras, diz que na produção não-material<sup>16</sup>, mesmo que vise exclusivamente a troca ou que crie mercadorias, existem duas possibilidades: a) "seu resultado são mercadorias que existem separadamente do produtor, ou seja, podem circular como mercadorias no intervalo entre a produção e o consumo; por exemplo, livros, quadros" (Marx, 1969, p. 119). Nestes casos, a produção capitalista só pode agir de maneira limitada. Em geral trabalham para um capital comercial, como os editores livreiros, numa relação só formalmente capitalista, mesmo que os níveis de exploração sejam enormes; b) "o produto não é separável do ato de produção. Também aqui o modo capitalista produção só tem lugar de maneira limitada" (Marx, 1969, p. 119-120).

### 3.2 O MODELO TAYLORISTA-FORDISTA DE ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO PENETRA NO SETOR DE SERVIÇOS

---

<sup>16</sup> - O termo "produção não-material" é usado por Marx, às vezes, com uma amplitude maior, incluindo o setor de serviços, e, em outras, como sinônimo de "serviços".

As contribuições mais significativas sobre o processo de trabalho em serviços, analisam as mudanças ocorridas no setor, do final do século passado até os anos 70. Poucos trabalhos analisam o processo de trabalho nos serviços nestas últimas décadas e, praticamente, inexistente uma teorização mais abrangente sobre o que está ocorrendo no setor com a desestruturação do modelo de desenvolvimento fordista. Assim, destaco as contribuições de Braverman e Mills, em relação ao trabalho em escritórios, trabalho dos profissionais liberais e trabalho em saúde, porque mostram como o modelo taylorista-fordista influenciou a organização do trabalho no setor de serviços.

### **O trabalho em escritórios**

Os primeiros trabalhadores em escritório desenvolviam um trabalho de cunho profissional, usavam instrumental simples como caneta, papel, envelope, livros de escrituração e tinham controle do seu processo de trabalho. Os mestres do ofício formavam os novos aprendizes e, apesar da divisão do trabalho existente, não havia o parcelamento das tarefas nem a perda do controle do processo. O trabalho no escritório inclui a contabilidade, o arquivo, o planejamento, a programação, a correspondência, entrevistas, registros e cópias. Com o desenvolvimento do capitalismo, essas funções dividem-se em seções e departamentos diversos dentro das empresas, bem como se estruturam como serviços autônomos contratados pelas empresas ou por quem precisa dos mesmos.

Esse tipo de trabalho também é desenvolvido nas instituições do sistema financeiro, nos cartórios, nos escritórios de modo geral, em agências de publicidade, editoras, redação de jornais, agências de viagem e de emprego, repartições públicas, nos hospitais, nos hotéis, nas escolas, etc.

Todas essas atividades sofreram modificações com a penetração do capital. O que era atividade de uma pessoa passou a ser o trabalho de multidões de trabalhadores. Braverman (1981), diz que o processo de trabalho nos *escritórios* assume a forma do processo de trabalho nas fábricas: controlado pelo capital que compra trabalho assalariado em larga escala, organizado em imensas máquinas de produção, segundo os mesmos princípios que governam a produção nas fábricas. O trabalho nos escritórios torna-se rotineiro, padronizado e repetitivo, a gerência estuda a aplicação de métodos de "racionalização taylorista", que envolve o fracionamento de tarefas, a garantia do controle do processo e dos tempos e movimentos, com vistas ao incremento da produtividade.

Com o modo de produção capitalista, o trabalho do tipo mental fica a cargo do escritório (planejamento, julgamento e apreciação de resultados) e o trabalho manual fica a cargo dos operários fabris. O trabalho "de escritório" é visto como educado, pensante e instruído, mas com a racionalização taylorista, grande parte das atividades passa a desenvolver-se de forma semelhante ao parcelamento das tarefas do trabalho manual. Um pequeno grupo de executivos toma decisões sobre seleção e análise de dados, mas a grande maioria executa operações rotineiras que não justificam a classificação de trabalho intelectual. O trabalho é

feito com o cérebro mas usado de modo "equivalente a mão do trabalhador de pormenor na produção, pegando e soltando uma única peça de 'dados' vez por outra" (Braverman, 1981, p. 270).

Mills, também aponta que, na produção capitalista, o desenvolvimento da tecnologia e a lógica da divisão parcelar do trabalho, penetram amplamente nos diversos setores da sociedade e modificam o trabalho dos "white collars". "A introdução de máquinas de escritório e técnicas de venda, mecanizam o escritório e a loja, os dois grandes locais de trabalho dos colarinhos-brancos", depois de 20 anos, "essas inovações aumentaram a divisão do trabalho [...] modificaram a repartição de pessoal e diminuíram os níveis de qualificação necessária" (Mills, 1979, p. 244). São estabelecidas rotinas minuciosas e subdivididas, o que substitui a decisão e a troca entre os trabalhadores. Mesmo entre os profissionais, a racionalização burocrática tornou o trabalho semelhante à produção industrial. Existem muito poucos especialistas, e a maioria é uma massa grande de autômatos que executam tarefas parciais e repetitivas, sob controle da autoridade. Essas condições alienantes do trabalho moderno, atingem tanto o operário quanto os colarinhos-brancos.

O escritório produz os bilhões de papéis que dão o ritmo à sociedade moderna, por ele circula a teia de normas e regras que regulam o dia-a-dia da vida dos cidadãos, das fábricas, de minas e, até, de fazendas. É também um local de trabalho com secretárias, recepcionistas, seções e múltiplas salas .

O antigo escritório era uma pequena sala escura, na qual trabalhavam três pessoas: o proprietário - fazia visitas aos clientes para tratar de negócios; o guarda-livros - encarregado da contabilidade, capaz de fazer contas com rapidez e exatidão, registrava todos os dados contábeis de forma rotineira e enfadonha como uma máquina; a datilógrafa - manjava a máquina de escrever e depois a copiadora de cartas. Mais tarde aparecem os office-boys.

Segundo Mills, nos EUA, os escritórios só começam a transformar-se em 1890. Após a primeira década deste século, os escritórios crescem, dividem-se em departamentos, especializam-se por funções, aumenta o número de empregados e seu trabalho é racionalizado mesmo antes da introdução da maquinaria. As máquinas foram introduzidas mais amplamente nos escritórios somente após a segunda década deste século. O trabalho nos escritórios torna-se mensurável, padronizado e fragmentado em operações simples. São estabelecidas medidas para avaliar a capacidade de cada indivíduo, até a aparência e o traçado físico do escritório ficam semelhantes à fábrica. O gerente de escritório, especialista em organização racional, busca os melhores resultados. Com a introdução de máquinas no escritório, diminuíram as iniciativas dos trabalhadores e aumentaram as tarefas de rotina, a destreza manual torna-se mais importante do que o pensamento criador, aumentou a separação entre atividades de gerência e atividades operacionais. Na década de 50, alguns ainda mantinham a antiga forma e outros estavam completamente diferentes.

Para Braverman, o **setor de serviços** cresce nas sociedades capitalistas neste século, porque a penetração do capital nos diversos setores da vida

transforma antigas formas de cooperação mútua, social, comunitária e familiar, em atividades comercializáveis no mercado. "Arrumavam-se casas, limpava-se chão, serviam-se refeições, crianças eram cuidadas, doentes eram atendidos muito antes que pessoas fossem contratadas para fazerem estas coisas. E mesmo depois que se contrataram empregados para fazer isso, essas atividades não eram de interesse para o capitalista, exceto em termos de seu conforto e despesas domésticas. Tornaram-se de interesse para o capitalista quando ele começou a pagar essas pessoas para efetuarem serviços como atividade lucrativa, como parte do seu negócio, como forma de produção no modo capitalista" (Braverman, 1981, p. 306). Essa nova forma de prestação de serviços só ocorre em larga escala sob o capitalismo monopolista "que criou o mercado universal e transformou em mercadoria toda a forma de atividade do ser humano, inclusive o que até então as pessoas faziam para si mesmas e não para as outras" (Braverman, 1981, p. 306).

O resultado do **serviço** pode ser uma mercadoria vendável ao capitalista ou a outro consumidor - como os alimentos produzidos em um restaurante ou a produção e o consumo são indissociáveis, ocorrem simultaneamente - como a prestação de serviços de saúde. Braverman diz que quando o trabalhador, ao invés de oferecer esse trabalho diretamente ao usuário, vende ao capitalista que o revende no mercado de bens, temos o modo de produção capitalista no setor.

Braverman aponta as dificuldades de classificar os diferentes tipos de trabalho se considerarmos as operações que eles envolvem, o processo e as relações de trabalho em si, e conclui, que, o que importa para o capitalismo "não



é determinada forma de trabalho, mas a sua forma social, sua capacidade de produzir com o trabalho assalariado um lucro para o capitalista" (Braverman, 1981, p. 305). Não interessa ao capitalista se emprega trabalhadores para produzir automóveis, para consertá-los, para pintá-los, para alugá-los, para abastecê-los, para estacioná-los ou para transformá-los em sucata. "O que lhe interessa é a diferença entre o preço que ele paga por um agregado de trabalho e outras mercadorias, e o preço que ele recebe pelas mercadorias - sejam elas bens ou serviços - produzidas ou prestadas" (Braverman, 1981, p. 305).

### **O processo de trabalho dos profissionais liberais**

Mills (1979), diz que os profissionais liberais são trabalhadores especializados que passaram por um treinamento sistemático longo, têm capacidades intelectuais reconhecidas socialmente, contam com renda significativa e são considerados como representantes típicos da civilização ocidental. Que nos EUA é o grupo que mais apresentou mudanças na passagem da antiga para a nova classe média: a) muitos deixaram de exercer suas atividades de forma independente e passaram a exercê-la como empregados; b) de possuidores de um conhecimento amplo e geral, transformam-se em múltiplos especialistas, suas atividades são fragmentadas de modo que necessitam do trabalho parcelar de diversos "assistentes ou semiprofissionais" que executam tarefas rotineiras, sendo que o caráter mais integrador das atividades coletivas e de controle do processo de trabalho, passa a ser exercido por um número minoritário, assumindo um aspecto gerencial (Mills, 1979, p. 131). Mas o autor ressalta que, apesar da vigência geral deste fenômeno, nos EUA da década de

50, muitos profissionais liberais mantinham a sua força como tais, como é o caso de médicos e advogados, sendo que alguns do grupo empresariam o setor. Os antigos consultórios ou escritórios foram substituídos por clínicas ou firmas.

Os profissionais independentes da antiga classe média, diminuíram proporcionalmente de 1870 a 1940, mas isso não significou que tenham sido substituídos e, sim, que foram rodeados e suplementados por novas categorias<sup>17</sup>. Mills, diz que o surgimento dessas novas especialidades deu-se: pela "revolução tecnológica" e a crescente aplicação da ciência nos diversos setores da vida econômica; pelo aumento da complexidade das instituições e dos problemas técnicos, demandando cada vez mais especialistas; a interdependência e influência mútua entre os setores geram novas necessidades e novas profissões e/ou subprofissões.

Segundo Mills (1979), os antigos profissionais liberais, controlavam o seu processo de trabalho, tomavam decisões de forma independente, estabeleciam os seus próprios honorários, ou outro tipo de remuneração, decidiam sobre jornada e condições de trabalho. No entanto, a maioria dos membros dessa nova classe média tornam-se dependentes dos mecanismos determinados pelas grandes instituições em que trabalham: são chefiados por gerentes e, apesar de perceberem salários altos, continuam sendo assalariados e suas condições de trabalho são determinadas institucionalmente; o objeto de

---

17 - Mills diz que em 1870 "no tempo da antiga classe média, os profissionais assalariados (principalmente enfermeiras e professores) constituíam a maioria, apenas 35 % eram independentes. Já em 1940, a proporção de profissionais independentes não excedia 16 %" (Mills, 1979, p. 132).

trabalho é determinado por outros, sendo que eles próprios determinam o modo de trabalhar de diversos outros "assistentes semi-profissionais". No processo de institucionalização de sua prática, profissionais da velha e nova classe média são rodeados por equipes de assistentes que têm características diferentes dos antigos aprendizes das corporações. Verifica-se uma transferência de parte do seu trabalho a outros, como médicos transferem para enfermeiros, técnicos de laboratório, fisioterapeutas, etc.

### 3.3 O TRABALHO EM SERVIÇOS NO CONTEXTO DAS TRANSFORMAÇÕES ATUAIS

Conceituando serviços e fazendo algumas generalizações sobre o setor, no contexto das mudanças recentes no mundo do trabalho e com os olhos dos cientistas sociais que buscam entender os microfundamentos da ação social<sup>18</sup>, algumas das considerações de Offe, ajudam na compreensão do processo de trabalho em saúde no contexto das mudanças deste final de século.

Offe, considera que a estrutura social é composta por instituições e atividades que têm duas funções: *de satisfação social das condições físicas de sobrevivência* - desempenhada pelas atividades econômicas "produtivas"<sup>19</sup> e *de manutenção ou modificação da forma das atividades anteriores*. O setor de serviços corresponderia a essa segunda função, abrangendo as atividades

---

<sup>18</sup> - Este grupo de cientistas sociais, americanos e europeus, do qual fazem parte Jon Elster, John Roemer, Geoffrey Cohen, Göran Therborn e Adam Przeworski, apesar das visões diferenciadas, buscam entender os microfundamentos da ação social, utilizando os princípios metodológicos da teoria dos jogos e da escolha racional. Debatem o marxismo, resgatando alguns de seus postulados mas criticando e refutando outros.

"voltadas para a reprodução das estruturas formais, das formas de circulação e das condições culturais paramétricas, dentro das quais se realiza a reprodução material da sociedade" (Offe, 1991, p. 15). "Reprodução das estruturas formais" entendida pelo autor, compreendendo "a manutenção das condições físicas da vida social, dos sistemas de normas culturais e legais, a transmissão e o desenvolvimento do acervo de conhecimentos de uma sociedade, seus sistemas de informação e circulação" (Offe, 1991, p. 15).

Para o autor, a característica distintiva dos serviços é a "manutenção de algo". É visto como um "meta-trabalho", com função de "proteção e resguardo", como os sistemas de educação e saúde (públicos ou privados) que cuidam de propiciar condições para que os membros da sociedade possam atuar como tais, por exemplo, apresentando-se ao mercado de trabalho em condições de atender às expectativas do mesmo.

Entendendo os serviços como necessários para a manutenção estrutural da sociedade, Offe, aponta três possibilidades explicativas para o aumento do setor: a) os serviços aumentam como estratégia empresarial de absorver e manejar os riscos da luta competitiva entre as empresas (serviços de proteção ao trabalhador, serviços de atendimento aos clientes, serviços de vendas); b) como reação estratégica de socialização dos custos crescentes da reprodução dos trabalhadores e suas exigências pelo conflito de classes. As reivindicações trabalhistas crescentes face aos altos custos com a reprodução da vida, no

---

<sup>19</sup> - O autor usa a categoria "trabalho produtivo" de Marx significando, apenas o trabalho realizado na esfera da produção material.

contexto urbano, tiveram como consequência, a estratégia de socialização dos custos com a reprodução, de modo a diminuir estes custos para as empresas, ao mesmo tempo em que diminuem os gastos com salários; c) para fazer frente às tendências de estagnação econômica do setor industrial e para compensar os estrangulamentos decorrentes da super-industrialização. O setor de serviços aparece como espaço de absorção da força de trabalho continuamente liberada do setor industrial.

O trabalho em serviços tem uma característica de "disposição à prestação de serviço", à qual não é possível atribuir um valor econômico por si mesmo. A incerteza em relação a volume, tipo, momento, clientes, etc., faz com que o planejamento conte com dados menos precisos do que na produção material.

O setor é decomposto, pelo autor, em três diferentes campos, no que diz respeito às formas de organização da prestação de serviços: serviços comerciais (S1), serviços internos à organização (S 2) e serviços públicos e estatais (S 3).

Os **serviços comerciais (S 1)** são dotados de valor apenas quando surge um cliente, e, em muitos casos, como na **educação** e na **saúde**, dependem de sua colaboração ativa. O consumidor tem um papel imprescindível no ato de sua realização, decide "sobre o tipo, o momento, e sobre o local de sua 'produção' " (Offe, 1991, p. 27). Esses serviços do tipo comercial só são gerados enquanto os seus custos globais são menores que as receitas, seja tratando-se de uma oficina de reparos, de bancos, salão de cabeleireiro, empresas particulares de transportes ou consultórios médicos. O volume de serviços gerados depende da

relação custos/rendimentos, a atividade fundamenta-se na sua capacidade de produzir mais rendimentos do que custos.

**Serviços internos à organização (S 2)** - é o conjunto de atividades produzidas nas organizações produtivas como parte delas. Não tem uma função diretamente produtiva e sim de "acompanhamento" do processo de produção. Abrange o pessoal técnico-gerencial das empresas, funções de direção, funções de polícia interna da fábrica (vigias, porteiros, etc.) e o trabalho em atividades como estoque, manutenção, reparos, limpeza e administração. Nesse tipo de serviços, o rendimento não é cogitado, uma vez que não estão voltados para a venda. Não leva-se em consideração o rendimento destes serviços em si, pois os seus custos estão no contexto do processo de produção. Preenche funções consideradas necessárias à produção, apesar de ser considerada a sua existência até que os custos não excedam a determinados valores que coloquem em risco a competitividade da empresa no mercado.

**Serviços públicos e estatais (S 3)** - como o tipo anterior, não são alocados por meio de preços, quando muito são definidas taxas. Na maioria das vezes é considerado o seu valor de uso, excluindo-se os critérios de rentabilidade como indicador da composição e volume dos serviços organizados pelo Estado. Mesmo nos casos em que as análises de custo-benefício tenham sido consideradas na implantação de programas estatais de prestação de serviços, não significa "que a esfera pública possa limitar a sua oferta de serviços estritamente aos serviços 'mais rentáveis" ( Offe, 1991, p. 30). Distingue-se da forma anteriormente citada de prestação de serviços porque não se pode colocar

um valor-limite para definir a disponibilidade de atividades, no âmbito dos serviços públicos "os métodos para decisão e alocação derivados da racionalidade de mercado, foram definitivamente substituídos por processos político-discricionários de decisão" (Offe, 1991, p. 31). Neste tipo de serviços os critérios políticos são decisivos.

Offe, aponta três saídas para enfrentar o problema da elevação dos custos com os serviços: a) "**mecanização**" - visa à manutenção dos serviços com menor utilização da força de trabalho, dá-se pela introdução de máquinas que aumentam o rendimento do trabalho ou através de transformações técnicas em bens de consumo ou de investimento que transformam o serviço em auto-serviço (por exemplo, tecidos "wash and wear", controle automático da produção industrial); b) **racionalização organizacional** - compreende estratégias econômicas que visam à máxima utilização da capacidade de trabalho existente nos serviços. Como nos serviços é impossível a estocagem e o transporte do produto e, como o momento e o local da demanda não é previsível, estando sujeito a oscilações, o planejamento é problemático, não sendo possível realizá-lo dentro dos moldes da produção industrial. Daí o super dimensionamento dos serviços que as estratégias de racionalização organizacional visam a diminuir. Um exemplo é a criação de instâncias centralizadas com flexibilidade para atender às demandas quando elas aparecem (pool de datilografia, lojas de departamentos, por exemplo). As estratégias "a" e "b" também podem aparecer associadas; c) **externalização** - consiste em transferir serviços para outros agentes com vistas à redução de custos.

Nos serviços privados, a lógica da racionalização é a mesma da indústria. Nos serviços públicos, a decisão sobre o momento e o tipo de racionalização dependem de decisões políticas mais gerais e da correlação de forças entre atores envolvidos e clientes. Offe diz que ocorre um movimento em ondas, oscilando entre os pólos de estatização e reprivatização, em função da necessidade dos serviços para a manutenção da sociedade e uma vez que a produção estatal dos serviços afeta interesses dos empregados, dos clientes e dos cidadãos, em geral, enquanto pagadores de impostos. E aponta as conseqüências da aplicação de medidas racionalizadoras sobre "os clientes" e sobre "a força de trabalho".

Conseqüências para **os clientes**. Para fazer frente aos aumentos dos custos da produção dos serviços, os mesmos podem ser "repassados aos clientes", aumentando os preços dos serviços - como aumento das passagens de ônibus, aumento dos custos dos procedimentos de saúde, etc.; ou podem ser "externalizados", parcial ou totalmente, transferindo para os indivíduos ou seus domicílios a realização dos serviços - como a locomoção individual centrada no automóvel para fazer frente aos problemas dos serviços de transporte, saúde preventiva baseada em propaganda sobre modo de vida saudável. Offe aponta como conseqüências destas estratégias: a oneração do consumidor; o aumento das formas de auto-serviço com redução de formas de produção voltadas para o mercado; as medidas de auto-serviço gerando aumento do controle da sociedade sobre os indivíduos, mas, também, possibilitando a intervenção dos mesmos no



controle das instituições sociais como os sistemas de co-gestão em escolas por exemplo.

#### Conseqüências para a **força de trabalho**:

- a) em relação ao **volume de emprego** e perspectivas quantitativas ao longo do tempo, o autor diz que as teorias sociológicas disponíveis são pouco claras e identificam três posições: - que existe uma rápida expansão do trabalho em serviços, especialmente os que exigem maior qualificação, em conseqüência da complexidade das necessidades de direção e manutenção das sociedades industriais desenvolvidas; - que as exigências de racionalização econômica e crescente disponibilidade de tecnologia informática levam a uma redução ou estabilização do número de empregos nos serviços; - que o aumento dos empregos no setor é desejável em termos de política estrutural de empregos, aparecendo como medida para tratar os problemas de mercado de trabalho da classe média;
- b) em relação aos **aspectos qualitativos** da força de trabalho nos serviços, o autor formula quatro hipóteses: - a racionalização técnica submete os serviços às mesmas mudanças verificadas na produção industrial (podendo ter diferenciações em relação ao tempo) mas ocorre desqualificação e intensificação do trabalho; - a complexidade estrutural das sociedades industriais com os riscos daí derivados, aumenta, tanto no setor público quanto privado, a demanda por trabalho profissionalizado e mais qualificado, com condições para executar tarefas não rotinizáveis, especialmente no trabalho de

administração, escolas, ciência, gerência, hospitais; - combinação das duas hipóteses anteriores - ocorrem, concomitantemente, tendências de desqualificação e crescente qualificação, em diferentes áreas do setor de serviços;

c) em relação a **salários** - os serviços absorvem os trabalhadores que têm menos chances no mercado de trabalho, por isso estariam disponíveis e aceitariam remuneração mais baixa, exemplifica com o aumento da força de trabalho feminina nos serviços, e a maior participação de idosos e deficientes em funções de vigilância, porteiros e outras.

d) existem dificuldades de controle e fiscalização do trabalho em serviços porque os mesmos submetem-se pouco às regras de controle burocrático das instituições.

Apesar de não entender os serviços como instâncias que existem, apenas para garantir a manutenção estrutural da sociedade, como pensa Offe, acho que as "estratégias de racionalização" elaboradas por ele, auxiliam no entendimento da dinâmica do setor. Considerando-se que a opção por uma ou outra estratégia utilizada para fazer frente aos aumentos dos custos, resulta da correlação de forças entre os interesses de classes e grupos sociais, em disputa na sociedade, em cada momento dado.

O setor de serviços foi crescendo, durante todo esse século, em quantidade e importância, e que tem contribuído, de forma cada vez mais significativa, na produção da riqueza e na absorção da força de trabalho. É parte

da totalidade social e modifica a sua organização e processo de trabalho, no conjunto da dinâmica social que provoca mudanças na produção material industrial. Foi influenciado pelo trabalho parcelado e pela gestão taylorista-fordista, e, também, está sendo influenciado pelas inovações tecnológico-organizacionais do processo recente de reestruturação produtiva. Nos serviços, especialmente os setores de ponta como o setor financeiro, a reestruturação já está bastante adiantada, o que se verifica, também, no Brasil, num processo em que a modernização assumiu uma face extremamente poupadora de mão-de-obra, eliminando milhares de postos de trabalho ( Alvaro Comin *In*: Amadeo, DeDecca, Pires, 1994).

No entanto, apesar da necessidade de contextualizar a análise do processo de trabalho em serviços, não é possível dizer que as conclusões e análises feitas para a produção industrial se aplicam, mimeticamente, no setor de serviços. Também não vejo o setor industrial como o setor mais evoluído e os serviços como mais atrasado tendendo a chegar no mesmo modelo do trabalho industrial, pois, nos diversos momentos da história da humanidade, apesar de ser possível identificar um modo de produção hegemônico, sempre existiram diversas formas de produzir. A produção e a reprodução da vida material são fundamentais para a sobrevivência humana, mas não é suficiente. Uma série de atividades que vão desde a ordenação jurídica, o processo de produção e reprodução do conhecimento, os cuidados com o corpo e a mente, além de outros, também são imprescindíveis.

## **CAPÍTULO 4 - OS SERVIÇOS DE SAÚDE**

### **4.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE - UMA BREVE CARACTERIZAÇÃO HISTÓRICA**

A história resgata, desde os seus primórdios, que os homens sempre tiveram problemas de saúde durante o seu ciclo vital, e a assistência aos indivíduos doentes sempre foi um trabalho diferenciado, desenvolvido por indivíduos que tinham um conhecimento especial ou que eram reconhecidos pelo grupo como dotados de uma capacidade especial.

Também é consenso entre os estudiosos que as concepções de saúde-doença; as práticas assistenciais; as formas de desenvolvimento do trabalho; a divisão do trabalho e o processo de formação profissional e de produção e reprodução dos conhecimentos, modificaram-se ao longo da história. Mas, apesar de ser possível identificar uma historicidade própria do campo da saúde, essas práticas sempre fizeram parte de sociedades específicas, sendo por elas influenciadas (Pires, 1989; Almeida 1986; Bernardes de Oliveira, 1981; Costa, 1985; Donnangelo, 1976; Foucault, 1977, 1984, 1980; Germano 1984; García, 1983).

Nas sociedades tribais e indígenas da antigüidade, e que existem até hoje em alguns países, o grupo sobrevive, basicamente, da caça e pesca e de atividades restritas de agricultura de subsistência, sob o modo de produção e propriedade comunal. Nessas sociedades, os problemas de saúde são tratados por pessoas especiais no grupo - feiticeiros, pajés ou sacerdotes. São

reconhecidos como possuidores de dotes especiais, que passaram por um processo de formação e são remunerados com presentes e outras formas de agradecimento. Praticamente não existe divisão do trabalho, uma pessoa faz o diagnóstico, decide sobre a terapêutica, prepara as poções medicamentosas e aplica o tratamento, com a ajuda do aprendiz ou sozinho. O aprendiz auxilia o feiticeiro ao mesmo tempo em que está sendo iniciado na arte. O pensamento mágico-místico explica as doenças e as medidas terapêuticas. Os autores que estudaram a sociedade indígena no Brasil e outras sociedades tribais, descrevem que o parto é visto como um fenômeno natural e não envolve cuidados especiais, bem como os cuidados com o recém-nascido. A mulher só pedia ajuda quando surgia alguma dificuldade, sendo atendida por quem estivesse mais próximo. Apesar de não ser possível generalizar, pode-se afirmar que, em muitas destas sociedades, o atendimento à gestante, à puérpera, e ao recém-nascido, não se caracteriza como um trabalho especializado, é parte das atividades que as pessoas fazem por si mesmas ou nas relações de troca e auxílio mútuo entre os membros do grupo (Pires, 1989; Bernardes de Oliveira, 1981; Silva, 1938; Monteiro, 1986).

As características da organização do trabalho assistencial em saúde, que se verificam na Idade Média, na Europa e no processo de mudanças que ocorre com a emergência do modo de produção capitalista, diferem, substancialmente, das sociedades ditas "primitivas" e marcam, profundamente, o modo como a sociedade ocidental, até hoje, trata os problemas de saúde-doença.

### **A constituição das profissões de saúde**

Na Idade Média, a assistência de saúde é realizada por múltiplos agentes, que desenvolvem atividades diversas. São grupos especializados com áreas de atuação específicas. O trabalho se divide em ramos do conhecimento. E, existia uma prática de saúde exercida pelos religiosos e uma prática de saúde exercida pelos leigos.

Os religiosos, eram físicos, filósofos, intelectuais, arquitetos, enfermeiros e práticos diversos, com diferenças de valorização social entre eles. Esses trabalhos tinham, ao mesmo tempo, um caráter profissional e religioso, eram especializados e remunerados, ao mesmo tempo que faziam parte do trabalho de assistência espiritual, sendo que os trabalhos mais intelectualizados eram mais valorizados que os de base manual.

Os físicos eram os médicos clínicos, formados nos mosteiros e depois do século X, nas Universidades, como os padres e os advogados. Detinham o conhecimento de base religiosa e metafísica que hegemonizava o pensamento e a produção do conhecimento, justificava a ordem social vigente, e explicava as doenças. Os conhecimentos e teorias em relação ao processo saúde-doença, desenvolvidos na antigüidade foram guardados pela Igreja, nos mosteiros, e reorientados para respeitar os princípios e as limitações impostas pelo cristianismo. Ressurge a interpretação religiosa do fenômeno saúde-doença (as doenças resultam de castigo divino), associada à teoria dos humores e a determinação ambiental. Os físicos atendiam às camadas mais privilegiadas da

sociedade e detinham o saber mais valorizado, desenvolvendo um trabalho de base intelectual, praticamente, sem envolver procedimentos manuais ( Nogueira, 1977; Schraiber, 1993; Silva 1986).

O atendimento aos pobres (camponeses e maioria da população que vive na incipiente estrutura urbana) era feito, em parte, pelos religiosos que tinham diversas especializações e pelos práticos, pelos homens de ofício e pelas parteiras. Os homens de ofício eram leigos, profissionalizados nas corporações de artífices, como os dentistas, os cirurgiões, os cirurgiões-barbeiros, os barbeiros, os algebristas e os boticários (farmacêuticos). Tratava-se de um trabalho do tipo artesanal, em que os profissionais tinham controle do seu processo de trabalho, sobre a produção e reprodução dos conhecimentos, sobre o ritmo de trabalho e sobre o produto final. As parteiras e mulheres que dominavam conhecimentos especiais e cuidavam de doentes eram chamadas de sábias, pelo povo, e de bruxas, pela igreja e pelos poderosos da época. Estas, junto com os práticos, formavam-se pelo legado da tradição oral e pelo acompanhamento da prática - treinamento do tipo mestre-aprendiz.

Numa sociedade dominada pelo cristianismo e organizada sob bases profundamente desiguais, não existia uma estrutura de Estado, nem instituições representativas dos interesses dos diversos grupos, de modo que o ideológico tem grande peso na manutenção da ordem vigente. E, neste tipo de organização social, os ofícios que tratam com coisas manuais estão subordinados aos que tratam de atividades intelectuais. A medicina clínica tinha esse caráter de trabalho intelectual, articulado e formado, segundo o pensamento dominante,

sendo considerado socialmente superior ao trabalho desenvolvido pelos cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, boticários, dentistas, e outros. As faculdades médicas assumem, não só a função de aparelho formador, mas, também, determinam as regras para a profissionalização e exercício da prática de todos os outros ofícios relacionados ao trabalho em saúde, como os cirurgiões, os dentistas e boticários. Os que exerciam a medicina ou ramos do trabalho assistencial em saúde, sem a titulação oficial, eram perseguidos como charlatães. As regras de controle sobre as práticas de saúde também se estenderam aos boticários, que recebem a delegação de preparo das medicações mas numa relação de subordinação às decisões dos clínicos. As práticas e parteiras que eram perseguidas pelo clero, na Europa medieval, mais tarde têm o seu trabalho incorporado à profissão de enfermagem, sendo que a assistência obstétrica também se torna uma especialidade da medicina.

Os clínicos formados nas Universidades, reconhecidos socialmente como detentores do saber científico de saúde, são insuficientes para dar conta da totalidade do processo assistencial, passando a se relacionarem com os ofícios de saúde, reconhecendo as suas qualificações para realizar determinadas atividades, partes daquela totalidade. O preparo dos medicamentos é atividade dos boticários; tratamentos que requeiram intervenção corporal do tipo cirúrgico, são atividades das guildas cirúrgicas, etc. No entanto, no mesmo processo de delegação de atividades, os físicos passam a determinar regras para o exercício dos ofícios da saúde. A divisão social do trabalho em áreas do conhecimento, em campos de atividades, adquire outro caráter. Pode-se dizer que à especialização



das atividades se sobrepõe a perda parcial do controle do processo de trabalho. Os ofícios independentes passam a ser subordinados às regras estabelecidas pela corporação dos clínicos, mas esse controle só se torna mais significativo quando esses trabalhos realizam-se, em um mesmo espaço físico - hospital ou unidade ambulatorial, que envolva o trabalho coletivo.

O local prioritário de atendimento, tanto dos religiosos quanto dos leigos, tanto de físicos quanto de práticos, era o domicílio do paciente, sendo que o atendimento também podia ser feito em uma espécie de consultório montado na residência de quem prestava o serviço ou nas corporações de artífices. O trabalho de cada agente envolvia o diagnóstico, a decisão sobre a terapêutica e a prestação de alguns cuidados.

Os hospitais e enfermarias dos religiosos, até o século XVIII, eram instituições de caráter, essencialmente, religioso, nos quais os doentes das camadas pobres eram atendidos. O objetivo principal da assistência era espiritual, e, tanto para pacientes quanto para quem prestasse a assistência, era uma oportunidade para a redenção dos pecados e a salvação da alma. Os doentes eram assistidos por religiosos e pacientes recuperados. Eventualmente, os físicos eram chamados para realizar algum tipo de atendimento.

O processo de mudança do caráter do hospital é contemporâneo da decadência da ordem feudal e emergência do modo de produção capitalista. O hospital passa, então, a ser um espaço terapêutico e de formação dos médicos.

## **O trabalho coletivo em saúde**

Concentrando as atividades assistenciais em um mesmo espaço, especialmente o hospital, a assistência de saúde é agora resultado de um trabalho coletivo: de médicos, e de, pelo menos, religiosas e/ou práticos. Estes últimos prestam uma série de cuidados necessários à recuperação do doente que anteriormente era feita no domicílio por familiares, sem ter característica de trabalho remunerado, ou esses cuidados faziam parte da assistência prestada por físicos, práticos e outros. Os médicos, agora clínicos ou cirurgiões, assumem o controle do trabalho coletivo, delegando atividades.

As atividades relativas ao cuidado e à administração do espaço assistencial, que genericamente constituem o trabalho da enfermagem, só passam a ter características profissionais, a partir de 1860, quando, na Inglaterra, Florence Nightingale cria um modelo de formação e de prática assistencial que se difunde pelo mundo todo.

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 em saúde feito pelos médicos, bem como, executa o seu trabalho dentro dos constrangimentos impostos pelas regras de funcionamento das instituições assistenciais. Organiza-se internamente sob a égide da divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho. Os enfermeiros

assumem a gerência do trabalho assistencial de enfermagem, controlando a globalidade do processo de trabalho e delegando tarefas parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem. A enfermagem, desde a sua organização como profissão, é predominantemente subordinada e assalariada.

O trabalho profissional de enfermagem, e, mais recentemente, de nutricionistas e fisioterapeutas, é parte do trabalho coletivo em saúde. No espaço institucional, ao mesmo tempo em que estão subordinados ao trabalho médico que detém o controle do processo assistencial em saúde, mantém relativa autonomia. Dentro das profissões também há especializações, mas a divisão do trabalho, entre especialistas do mesmo grupo corporativo não implica em perda do controle do processo, trata-se de uma divisão de áreas do conhecimento. Os especialistas relacionam-se entre si, solicitando parecer técnico ou reunindo-se para contribuir em decisões que necessitem diversas avaliações. A reunião dos ofícios e práticas em um mesmo espaço, hospital ou unidade ambulatorial, faz com que a assistência resulte do trabalho coletivo de profissionais de saúde e de outros trabalhadores que desenvolvem um série de atividades necessárias ao funcionamento da instituição e que não são específicas do trabalho em saúde.

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.

A partir da segunda metade do século XIX, com a decadência da hegemonia da metafísica e a emergência do positivismo como concepção de ciência, ocorre um grande avanço nos conhecimentos relativos à saúde. Avançam os conhecimentos de anatomia, de fisio-patologia, de microbiologia e imunologia. São inventados equipamentos que auxiliam no diagnóstico clínico e no estudo das doenças. O microscópio, descoberto no século XVII, passa a ser utilizado mais amplamente no século XIX, possibilitando o desenvolvimento da teoria dos germes por Pasteur em 1878 e o enunciado das regras de Koch sobre as infecções, em 1882. Abre-se o caminho para a microbiologia e a imunologia, que se constituem a partir dos primeiros anos do século XX. Em 1851, surge o oftalmoscópio, e, em 1895, o laringoscópio e o raio X ( Capra, 1982; Schraiber, 1993; Silva, 1986).

O paradigma positivista de ciência se torna hegemônico, considerando-se como válidos, apenas, os conhecimentos passíveis de verificação empírica e produzidos sob o rigor do método científico. Os médicos se tornam os detentores do "verdadeiro" saber científico e as outras práticas, não institucionalizadas, são classificadas como charlatanismo e bruxaria. O conhecimento se fragmenta, ocorre uma enorme ampliação do número de especializações, resultando no parcelamento do conhecimento e do homem que passa a ser visto e atendido, segundo *os órgãos doentes*.

A lógica da organização capitalista do trabalho penetra na organização da assistência de saúde, o que se verifica mais claramente no espaço institucional. A assistência de saúde resulta do trabalho coletivo, parcelado em diversas

atividades e exercido por profissionais de saúde e outros profissionais ou trabalhadores treinados para atividades específicas.

Os profissionais de saúde desenvolvem o seu trabalho com relativa autonomia, mas sob o gerenciamento médico e, internamente às profissões de saúde, verifica-se, mais claramente, a lógica do parcelamento de tarefas. Na enfermagem, o enfermeiro que é o profissional de nível superior, detém o controle do processo assistencial de enfermagem e delega atividades parcelares a profissionais de enfermagem de nível médio, ou a trabalhadores treinados para atividades específicas. Na fisioterapia, existe o médico fisiatra que pode intervir em todas as atividades da fisioterapia; os fisioterapeutas que são profissionais de nível superior, controlam o processo de trabalho da fisioterapia, delegando atividades aos técnicos e auxiliares. O mesmo ocorre com os médicos que atuam nos laboratórios de análises clínicas, os bioquímicos e os técnicos de laboratório.

Mas apesar da influência da gerência taylorista na organização do trabalho assistencial em saúde, realizado no espaço institucional, a expropriação do saber e do controle do processo de trabalho se dá de forma parcial. Os médicos interferem no trabalho dos demais profissionais de saúde, tornando-os dependentes, em maior ou menor grau, das decisões médicas e detêm o controle do processo assistencial em si. Mas as regras de funcionamento das instituições e o arcabouço legislativo relativo à organização dos serviços de saúde, ao exercício de cada profissão e aos direitos trabalhistas, delimitam regras para a prática assistencial em saúde. Essas regras dependem da correlação de forças vigente, para fazer valer determinados princípios e direitos.

Os farmacêuticos eram um ofício independente, passaram por um processo de subordinação à medicina em relação à regulação do exercício e controle do processo de formação, depois retomam o caráter de profissão independente, no que diz respeito à formação, mas, na prática, precisam do trabalho médico para que possam realizar a grande maioria dos exames clínicos e desenvolver o seu trabalho nas farmácias hospitalares. Quando exercido dentro do espaço institucional, tipo hospitais, é parte do trabalho coletivo e, geralmente, é um trabalho assalariado. Desenvolve-se, também, em laboratórios privados, que podem ser propriedade de uma cooperativa de bioquímicos, de um bioquímico ou outro profissional de saúde, geralmente médico ou até de qualquer possuidor de capital. Funciona como empresa que emprega trabalho assalariado para reproduzir o capital investido. Nesta modalidade de trabalho, também há necessidade de solicitação médica para a realização de exames mas há espaço para que qualquer cliente-consumidor, solicite um exame e pague por ele, avaliando o seu resultado pelos parâmetros de normalidade explicitados pelos laboratórios. O trabalho de análises clínicas, também é uma das primeiras partes da assistência de saúde intra hospitalar que, nas últimas décadas deste século, é exteriorizada, passando a funcionar como serviço terceirizado.

Outro campo do trabalho dos farmacêuticos-bioquímicos, a produção de medicamentos, passa, majoritariamente, a integrar a produção material do tipo empresarial, com os bioquímicos e outros técnicos produzindo tecnologia para as grandes empresas multinacionais de medicamentos.

A partir dos anos 50, o domicílio do cliente praticamente desaparece, como espaço de atenção à saúde, persistindo, apenas, em algumas práticas de saúde pública. A partir dos anos 80, com os programas de extensão de cobertura patrocinados pela OMS, para os países subdesenvolvidos, retornam as visitas domiciliares, realizadas por pessoas treinadas ou por profissionais de enfermagem que realizam, predominantemente, ações de controle epidemiológico. Atualmente, o atendimento domiciliar também ocorre em alguns municípios, regiões ou países que recuperaram o papel do médico de família e/ou inseriram o atendimento às famílias como unidade assistencial em saúde.

Os anos 50, sob welfare state keynesiano, aumenta o número de serviços de saúde como parte da política de ampliação do acesso aos benefícios sociais à maioria das populações dos países capitalistas desenvolvidos. Essa política de ampliação dos serviços tem reflexos na maioria dos países. Com o avanço dos conhecimentos em saúde e com o aumento da dependência de máquinas e equipamentos para a prestação da assistência, o trabalho no espaço hospitalar passa a ter um papel de destaque no campo da assistência institucional de saúde, mesmo nos países em que os serviços de saúde são socializados, como na Inglaterra, na Suécia, no Canadá, em Cuba.

Mills (1979), diz que nos EUA, nos anos 50, a prática médica se dava, predominante, no espaço hospitalar, e o espaço clínico geral tradicional tinha ficado localizado nas pequenas cidades, na figura do médico de família ou exercido por recém-formados sem dinheiro, experiência ou prestígio necessário para firmarem-se em suas especialidades. E, que no espaço institucional

hospitalar se estabelece uma completa rede de relações hierárquicas, de dependência de equipamentos sofisticados, de trabalho coletivo, sendo que um grupo minoritário de médicos e cirurgiões se constitui em uma espécie de novos empresários.

Esse autor diz, também, que os médicos, especializados ou não, são a minoria entre os trabalhadores de saúde. Que a maioria dos trabalhadores é assalariada de diversos tipos, enquanto os médicos mantêm relativa autonomia sem assalariamento generalizado. De todas as profissões liberais, os médicos clínicos, cirurgiões, osteopatas e dentistas são os que apresentam maior proporção de profissionais liberais independentes, entre 80 % e 90 %, ao passo que 46 % dos farmacêuticos e só 8 % das enfermeiras (a categoria mais numerosa dos trabalhadores de saúde) são independentes<sup>20</sup>.

O hospital, segundo o autor, é o espaço central de atendimento, além de ser uma burocracia que forma grande parte do seu pessoal. Enfermeiros formam-se no espaço hospitalar, numa relação em que alunos prestam serviços "voluntários" ao hospital em troca de aprendizagem, alimentação, alojamento, lavanderia e tratamento gratuito. Esse sistema é visto como mais econômico para

---

<sup>20</sup> - O termo enfermeiras aqui está designando todos os trabalhadores que atuam na enfermagem nos EUA, independente da sua qualificação universitária ou não. No Brasil, o pessoal de enfermagem também é o grupo majoritário dentre os trabalhadores na área da saúde. O termo enfermeiro designa, no Brasil, o profissional de nível universitário e este é minoria em relação à equipe de enfermagem. Os últimos dados sistematizados sobre a força de trabalho em enfermagem no país, resultam de uma pesquisa da Associação Brasileira de Enfermagem e do Conselho Federal de Enfermagem, publicada em 1985, que mostra que os enfermeiros representam 8,5 % da força de trabalho em enfermagem no país; os técnicos de enfermagem 6,6 %; os auxiliares de enfermagem 21,1 % e os atendentes de enfermagem 63,8 %.



o hospital do que contratar enfermeiras formadas<sup>21</sup>. Os médicos formam-se e exercem sua prática, prioritariamente, dentro do hospital, e, mesmo que alguns consigam se libertar, mantêm-se dependentes da instituição por diversos mecanismos.

Mills diz que o hospital nos EUA é uma instituição burocratizada, com uma hierarquia rígida que tem no topo a "confraria interna de especialistas" que dirige o hospital, abaixo estão os clínicos gerais e abaixo deles está a grande maioria dos assistentes e subprofissionais que participam da assistência à saúde<sup>22</sup>. "Os hospitais substituem os consultórios no centro do mundo médico, o jovem doutor não se liga mais no papel de aprendiz a outro médico, como acontecia em 1840, mas torna-se um interno, um aprendiz da instituição hospitalar, mais tarde, como profissional particular, se tiver sorte, ele usará as instalações do hospital para seus clientes" (Mills, 1979, p. 137). Os clínicos gerais dependem dos especialistas e a eles encaminham os seus pacientes. Essa grande instituição médica, "com seu pessoal especializado e assalariado, é controlada por um grupo interno de médicos que cooperam como empresários" (Mills, 1979, p. 137

---

21 - Este sistema de formação profissional dos enfermeiros e pessoal de enfermagem, com treinamento em serviço e regime de internato no espaço hospitalar, foi bastante difundido no mundo todo após a sua criação por Florence Nightingale, em 1860, na Inglaterra. O sistema nightingaleano instituiu, também, o parcelamento das tarefas na prática da enfermagem, pelo qual o enfermeiro assume o gerenciamento da assistência de enfermagem e delega atividades parcelares aos trabalhadores de enfermagem de nível médio e elementar. A formação em regime de internato não permanece como regra geral, ao contrário do parcelamento das tarefas que é uma característica presente até hoje (Pires, 1989; Almeida, 1986; Melo, 1986).

22 - Oswald Hall, que é citado por Mills, tem um estudo sobre a medicina nos EUA, onde trata: do processo de formação dos médicos, da hierarquia valorativa das instituições, do processo de seleção dos candidatos à profissão, das relações de poder, das relações entre especialistas e clínicos gerais e da dependência dos hospitais. Na sua análise, aponta diversos fatores sociais e não técnicos que determinam as escolhas e regulam a prática médica (Hall, 1984).

e, dentro do grupo eles competem em função de capacidades administrativas para decidir quem ocupa os cargos de diretor, chefe da clínica ou departamento.

O autor relata que a American Medical Association (AMA) tem uma postura semelhante à da National Association of Manufacturers (NAM) - associação classista dos industriais americanos - na defesa dos interesses da corporação na sociedade: defendem o caráter liberal da profissão; reclamam contra a previdência social e fazem pressão (associados aos diretores das principais escolas de medicina) para não aumentar o número de vagas para a formação de médicos. As escolas são caras e, segundo o autor, são acusadas de manter cotas especiais para determinados grupos, discriminando os candidatos a alunos por cor, nacionalidade, religião, classe e/ou status profissional de seus pais. Sob o disfarce da "ética profissional", os médicos buscam encobrir os seus interesses mercantis de garantir a exploração econômica da profissão, de fechamento do acesso à carreira, de manutenção da desigualdade de status entre os médicos e diferenciando a população no que diz respeito ao direito à assistência.

## 4.2 MARCOS HISTÓRICOS DO PROCESSO DE TRABALHO E DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

### **Processo de trabalho em saúde até o início deste século**

Até as últimas décadas do século XIX existia, no Brasil, um número reduzido de médicos, alguns físicos e cirurgiões-barbeiros formados na metrópole e alguns já formados pelas escolas brasileiras - as Academias Médico-Cirúrgicas

da Bahia e Rio de Janeiro<sup>23</sup>. Os físicos tinham maior status, concentravam-se no incipiente espaço urbano e atendiam aos que podiam pagar - geralmente, a aristocracia rural e os administradores coloniais. No entanto, grande parte da assistência em saúde era prestada por práticos, barbeiros e seus aprendizes, por algebristas, boticários, curandeiros, entendidos e curiosas. Alguns vinham da Europa, onde tinham adquirido conhecimentos e habilidades para o exercício da profissão, outros eram formados no Brasil, ensinados por familiares, compadres e amigos que transmitiam os conhecimentos pelo treinamento prático ou pela tradição oral.

Como na Europa, aqui também existia uma prática de saúde desenvolvida por religiosos, que se profissionalizavam, como físicos, boticários, enfermeiros, cirurgiões-barbeiros, barbeiros e outros. A forma de realização do trabalho, o processo de profissionalização e o espaço assistencial eram semelhantes à prática leiga. Sendo que alguns religiosos se dedicavam ao trabalho nas Santas Casas.

Os precursores da enfermagem profissional eram religiosos que prestavam cuidados nas instituições religiosas, as parteiras e as voluntárias leigas.

Essas práticas que se desenvolviam de forma, relativamente independente, e, no cotidiano, não se restringiam à especialidade do prático ou profissional, envolviam a globalidade da assistência, atendendo às necessidades dos clientes. Em razão do pequeno número de físicos, a exigência de titulação

---

<sup>23</sup> - Estas foram as primeiras escolas de formação de médicos, no país, ambas criadas em 1808, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil.

para a realização de determinadas atividades não era efetivamente cumprida. O espaço privilegiado para prestação da assistência de saúde era o domicílio, do paciente ou de quem prestava a assistência. O trabalho tinha características de *officio*<sup>24</sup>, apesar de não existirem, no Brasil, estruturas semelhantes às corporações de artífices.

As instituições assistenciais em saúde eram as Santas Casas que já existiam no país no século XVI, seguidas das enfermarias dos jesuítas e de outras ordens religiosas. Tinham a assistência espiritual como função prioritária, correspondendo, em termos de objetivos e prática desenvolvida, às instituições assistenciais européias. No século XVIII, surgem os hospitais militares e os lazaretos (estes últimos eram locais para confinamento dos doentes de Hanseníase).

Com o surgimento das Academias Médico-Cirúrgicas, a medicina consolida-se como profissão institucionalizada no campo da saúde no país. É reconhecida como detentora legal dos conhecimentos científicos de saúde, estabelece regras para a sua formação e prática, bem como passa a controlar a formação e emitir regras para a regulamentação da prática de outros profissionais de saúde como as parteiras, os farmacêuticos, os enfermeiros e os dentistas.

---

<sup>24</sup> - *Officio* ou *trabalho do tipo artesanal* são termos usados para designar uma forma de trabalho realizada nas corporações de artífices da Idade Média na Europa, onde os produtores tinham controle sobre o seu processo de trabalho: controlavam o ritmo do trabalho, eram proprietários dos instrumentos de trabalho e tinham controle sobre o produto e sobre a produção e reprodução dos conhecimentos relativos ao seu trabalho ( Marglin, 1980; Marx [s.d.], 1982a; Braverman, 1981).

Esses profissionais, que eram independentes, passam a ter a formação e a prática controlada pelos médicos.

A legislação relativa à regulamentação do ensino em saúde demonstra bem o processo de construção da hegemonia médica e o controle da medicina sobre as práticas independentes. Mostra o processo de profissionalização das diversas práticas de saúde e de construção da relativa autonomia das mesmas.

Pela Lei de 3 de outubro de 1832, as faculdades médico-cirúrgicas formam médicos clínicos e cirurgiões, e em cursos anexos, parteiras e farmacêuticos. A obstetrícia se constitui numa especialidade médica mas, ao mesmo tempo, é permitido que mulheres profissionalizadas também atendam à parturiente e à puérpera.

A primeira Escola de formação de enfermeiros e enfermeiras - a Escola Alfredo Pinto, surge em 1890. Era uma escola organizada e controlada por médicos. A escola surge para suprir uma necessidade criada com a saída das religiosas dos "hospitais de alienados", revoltadas com a perda de poder e de autonomia, quando os médicos assumem a direção daquelas instituições.

A reforma do ensino de 1879, determina que as faculdades de medicina possam ter 3 cursos anexos: o de farmácia, o de parteiras e o de cirurgião dentista. Em 1901, as faculdades de medicina passam a ser faculdades de medicina e farmácia, com cursos anexos de parteiras e dentistas (Pires, 1989).

A enfermagem só passa a ter uma formação profissional independente, no Brasil, com a criação da Escola Ana Neri, em 1923, no Rio de Janeiro. O modelo

de formação segue os princípios nightingaleanos e, logo, os enfermeiros formados passam a formar pessoal auxiliar para o exercício das tarefas delegadas de cunho predominantemente manual. E só depois do surgimento da primeira Universidade no país, em 1920, é que os farmacêuticos e dentistas passam a ser profissões independentes e a formação das parteiras passa a integrar o trabalho profissional de enfermagem.

### **Processo de trabalho e política de saúde neste século**

Nos anos 20, surgem, mais claramente, as primeiras políticas públicas relativas à saúde no Brasil. São medidas de cunho coletivo, como o saneamento dos portos e do espaço urbano, necessários para a integração do país no mercado comercial mundial e para atrair mão-de-obra operária qualificada para o processo de industrialização do país.

Em 1923, como resposta parcial às reivindicações do movimento operário do início do século, estrutura-se a Previdência Social no país, financiada pelos trabalhadores, pelos patrões e pelo Estado.

As políticas públicas de abrangência coletiva, junto com a estrutura previdenciária e a assistência clínica, individual e curativa, existente desde o período colonial, constituem a estrutura institucional de saúde do país, nas primeiras décadas deste século.

Em 1930 é criado o Ministério da Educação e Saúde e só em 1953 surge o Ministério da Saúde que se responsabiliza pelas ações coletivas de cunho preventivo. A assistência curativa era prestada: pelas instituições assistenciais

religiosas; pelos práticos; por médicos no regime privado; pelos hospitais militares ou pela previdência à parcela dos trabalhadores incluída no sistema. A assistência médica, é parte do sistema previdenciário desde o seu nascimento, mas nunca foi prioridade, verificando-se uma permanente flutuação na dotação orçamentária para a saúde, no conjunto do sistema (Coutinho, Salm, 1986), apesar disso, a partir dos anos 50, o sistema previdenciário constituiu-se, na principal estrutura prestadora e financiadora da atenção clínica individual no país.

Até a década de 40, o locus privilegiado de desenvolvimento da prática assistencial é o domicílio do paciente ou o consultório médico. Até próximo dos anos 50, a terapêutica cirúrgica era usada com cautela. O ato operatório e o pós-operatório envolviam muito risco e, só depois dos anos 40, com a possibilidade de controle de infecções, de controle hidro-eletrolítico e dos avanços nas técnicas anestésicas, aumenta o número de intervenções cirúrgicas. Shcraiber (1993) mostra que, até essa época, a intervenção médica no país dependia mais do discernimento do médico com base no conhecimento, na intuição e na criatividade individual de cada médico.

Os instrumentos usados para a assistência de saúde eram equipamentos de manejo simples como bisturi, pinças, estufa para esterilizar material, equipamento para aplicações de radiação. Os recursos diagnósticos básicos eram a anamnese e o exame físico, com algum uso do RX e pouquíssimos exames laboratoriais. Em relação aos recursos terapêuticos, existia o formulário clínico (a receita continha a fórmula do medicamento que era preparado pelo farmacêutico) e a orientação sobre cuidados gerais relativos à vida da pessoa.

Cada paciente era visto como uma individualidade, bem como o tratamento. Existiam poucos fármacos industrializados - a sulfa e a penicilina só aparecem no mercado no pós-guerra, 1945, e nem sempre em quantidade suficiente para o consumo ampliado. A partir de 1960, já existiam muitos medicamentos industrializados, e a arte de formular caiu em desuso. O médico passa a articular-se com serviços complementares, como o laboratório e a clínica radiológica (Schraiber, 1993).

O hospital é um espaço terapêutico e de ensino na área da saúde que vai se consolidando na medida em que se intensifica o uso de equipamentos tecnológicos no trabalho assistencial. Duas lógicas convivem durante todo esse século, na organização e na prática assistencial em saúde: a lógica do trabalho profissional, independente, com controle, mesmo que parcial, do processo de trabalho e a lógica do trabalho coletivo. Nenhuma das duas lógicas se apresenta na forma pura, porque elas são contextualizadas historicamente e são influenciadas pela lógica do capital e pelas diversas formas de organização e gestão do trabalho que são aplicadas em outros campos do trabalho humano. Também, são influenciadas, pelos avanços da ciência e da tecnologia aplicada à saúde, bem como pelo arcabouço legislativo que estabelece como a sociedade vê e trata, em cada momento histórico, os seus problemas de saúde-doença.

Desde que assume o caráter de trabalho profissional, a enfermagem desenvolve-se, basicamente, na forma de trabalho assalariado, e, no Brasil, a modalidade liberal, praticamente, não existe. No espaço institucional, o trabalho da enfermagem desenvolve-se com alguma autonomia mas sofre os



constrangimentos impostos pelas regras de funcionamento das instituições e legislação geral relativa à saúde e ao exercício das profissões do campo da saúde.

O trabalho médico, legalizado como a profissão que hegemoniza o setor, precisa especializar-se para dar conta do avanço dos conhecimentos e da complexidade dos problemas de saúde-doença<sup>25</sup>. Além disso, precisa delegar partes do trabalho assistencial em saúde a outros grupos de trabalhadores, com os quais se relaciona, sem perder o poder de decidir sobre o diagnóstico, a terapêutica, a internação e a alta hospitalar.

Nos anos 50, o Brasil já possui um certo parque industrial e um Estado razoavelmente estruturado - dispondo de um considerável arcabouço institucional assistencial e jurídico-legal; intervindo na economia e produzindo aço, energia elétrica, automotores e serviços (transporte, telecomunicações). No entanto, em relação ao cenário mundial, o país está bastante atrasado no que diz respeito ao desenvolvimento econômico, bem como, em relação aos benefícios sociais conquistados pela classe trabalhadora nos países capitalistas desenvolvidos. Sob influência da política do welfare state keynesiano, do pós Segunda Grande Guerra, ampliam-se, no mundo todo e também no Brasil, os serviços públicos de assistência de saúde (Schraiber, 1993; Mills, 1979; Draibe, 1992), resultando que na década de 50, verifica-se um aumento significativo dos hospitais e ampliam-se

---

<sup>25</sup> - Schraiber (1993) diz que, desde 1930, se verifica que, no decorrer do curso de medicina, o médico já opta por uma especialidade. No entanto, havia um predomínio da formação geral de clínicos, ao contrário de hoje que os clínicos são uma raridade.

os serviços públicos de saúde com a unificação da previdência em 1966<sup>26</sup>. Com isso, amplia-se o assalariamento médico, especialmente no serviço público. Mas na medicina a relação de assalariamento vem se mantendo qualitativamente diferente do assalariamento dos demais trabalhadores de saúde.

A estrutura de serviços de saúde é resultado, de um lado, da pressão dos trabalhadores por direitos mínimos de cidadania e, de outro, da necessidade de força de trabalho em condições de integrar o processo produtivo. Mas apesar das conquistas de ampliação da disponibilidade de serviços públicos de saúde, o quadro real é de desigualdade no acesso aos serviços de saúde, seja no modelo das ações coletivas de cunho preventivo do início do século, seja no modelo curativo, individual e hospitalar sustentado pela previdência social, construído a partir dos anos 50. Este novo modelo, que se mantém até hoje, privilegia o tratamento do corpo doente, no espaço hospitalar<sup>27</sup>. A maioria dos hospitais brasileiros tem caráter privado mas vive às custas de subsídios públicos, em grande parte oriundos da Previdência Social (Possas, 1981; Ribeiro, 1983; Campos, 1992)<sup>28</sup>.

---

<sup>26</sup> - No período de 1945-60, com o pacto populista, o Estado amplia os serviços próprios, especialmente, a rede ambulatorial. A rede de hospitais próprios é pequena - eram 5 em 1948 e passam a 28 em 1966. A base da assistência previdenciária são as consultas ambulatoriais e a compra de serviços hospitalares do setor privado (Schraiber, 1993).

<sup>27</sup> - A centralidade do hospital no atual modelo assistencial pode ser comprovada verificando os gastos da Previdência, estados e municípios com a assistência hospitalar. Em 1990, 41,3 % dos gastos do INAMPS foi com o pagamento dos hospitais privados, cerca de 5 % foi para os Hospitais Universitários e estima-se que entre 30 % e 40 % dos recursos disponíveis para a saúde nos estados e municípios foram gastos com atenção hospitalar (Campos, 1992, p. 46-47).

<sup>28</sup> - No campo dos hospitais privados estou incluindo os chamados filantrópicos ou beneficentes apesar da polêmica sobre o tema. O relatório AMB-NESCON-IBGE, 1993, mostra que mesmo depois da implantação do SUS, em 1990, a maioria dos hospitais brasileiros continuam sendo privados (em 1993, 79 % dos hospitais do país são privados sendo que, destes, 87 % são privados com fins lucrativos) (Folha de São Paulo, 5/06/1993). Segundo Campos, 58 % dos estabelecimentos de saúde privados do país mantêm contrato com o poder público, através do

Este modelo assistencial em saúde, começa a entrar em crise nos anos 70, numa conjuntura de crise econômica e política. Desfaz-se a ilusão do milagre econômico e verifica-se um aumento dos índices de pobreza, ao mesmo tempo que os trabalhadores ressurgem em cena, reivindicando maior participação nos benefícios produzidos por toda a sociedade. Constitui-se um quadro conjuntural que força o Estado a abrir espaço para o debate e para a experimentação de novos modelos. No espaço institucional, em 1977, ocorre uma grande reestruturação na previdência, com a criação do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SIMPAS), gerido pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) e define-se o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) como responsável pela assistência médica. Nos anos 80, emergem modelos alternativos de organização dos serviços de saúde, como o PREV-SAÚDE, as Ações Integradas de Saúde (AIS), o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), dentre outros. Estes modelos têm por base os programas de extensão de cobertura patrocinados pela Organização Mundial de Saúde como proposta de atendimento mínimo de saúde às populações pobres dos países do terceiro mundo (Merhy, 1989; Campos, 1991; Jacobi, 1989, p. 28-31).

Os anos 80 foram extremamente ricos no que diz respeito à organização da sociedade civil. O movimento sindical reage e organiza-se contra a estrutura

---

SUS. Setores que defendem a medicina de mercado criticam a rede pública, defendendo uma intervenção limitada do Estado na saúde, o qual deveria ficar, principalmente, com as atividades não lucrativas. Esses setores, ao mesmo tempo que querem autonomia de decisão, reivindicam continuar usufruindo de benefícios, incentivos e isenções fiscais patrocinados pelo Estado (Campos, 1992, p. 47 - 69).

sindical vigente, luta pelos direitos dos trabalhadores e ganha adesão da sociedade para as suas lutas e denúncias (Almeida, 1983; Antunes, 1981; Moisés, 1982). Os trabalhadores do setor saúde também se organizam, desenvolvem lutas trabalhistas, denunciam as distorções do modelo de saúde e lutam pela inclusão do direito à saúde dentro dos direitos de cidadania da população brasileira. Deste processo de luta social emerge a proposta do Sistema Único de Saúde, como forma de organização dos serviços que busca superar a multiplicidade de instituições responsáveis pelas ações de saúde; racionalizar os custos do setor; melhorar a qualidade da assistência prestada; forçar o Estado a assumir a responsabilidade para com a saúde e abrir espaço para o controle da população sobre os serviços de saúde.

A reforma constitucional de 1988 representa um avanço no sentido da universalização de direitos. Amplia-se o conceito de Seguridade Social, que passa a incluir previdência, saúde e assistência social; é estabelecido um orçamento específico para a Seguridade Social e são equiparados os direitos entre trabalhadores urbanos e rurais. Ampliam-se os benefícios, incluindo o seguro-desemprego e diminuindo a idade exigida para aposentadoria<sup>29</sup> (Draibe, 1992).

---

<sup>29</sup> - A aposentadoria por idade, para os homens passa de 70 anos para 65 anos, e para as mulheres passa de 65 anos para 60 anos, por tempo de serviço, após 35 anos de trabalho para os homens e após 30 anos para as mulheres.

Apesar das ampliações, o nosso sistema previdenciário, exceto em relação à saúde, deixa de fora do sistema parcela significativa da população. Estima-se que 48 % da PEA está excluída desse sistema, são os desempregados e os que se encontram fora do mercado regular (Draibe, 1992, p. 19).

No Título VIII (DA ORDEM SOCIAL), Capítulo II, SEÇÃO II, (DA SAÚDE), da Constituição de 1988, fica estabelecido que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado e as Leis 8. 080 e 8. 142 de 1990, estabelecem os princípios legais para o funcionamento da rede assistencial que compõe o Sistema Único de Saúde. Como parte desse processo de mudanças legais, em 1991, com a reforma administrativa, a área da saúde (INAMPS) é integrada ao Ministério da Saúde fazendo parte do Sistema Único de Saúde - SUS e o Instituto Nacional de Seguridade Social - INSS, passa a integrar o Ministério do Trabalho e Previdência Social, que coordena os órgãos ligados às atividades previdenciárias.

Essas mudanças representam significativo avanço em termos de reconhecimento legal do direito universal à saúde. No entanto, no que diz respeito a prática assistencial, ocorreram muito poucas mudanças. Os interesses do setor privado e dos defensores do modelo de mercado, associados à crise financeira do Estado e às políticas neoliberais que restringem o papel do Estado, implantadas no país, a partir dos anos 90, resulta em mudanças muito pequenas: não avança a universalização do acesso a todos os níveis de complexidade da assistência de saúde e organização e o consumo dos serviços de saúde mantém-se dentro da lógica do mercado que comercializa as doenças e legitima a

desigualdade de acesso. As denúncias dos reais problemas do SUS são aproveitadas por estas forças para um trabalho de desvalorização do serviço público e dos trabalhadores do serviço público e para defender a ilusão da eficácia do setor privado.

Os meios de comunicação denunciam diariamente a grave crise do setor saúde e, só neste ano, assistimos à divulgação de: morte de mais de 90 idosos por negligência em clínica no Rio de Janeiro; morte de 60 pacientes que se submeteram a tratamento de hemodiálise em Caruaru - Pernambuco, por negligência em relação ao tratamento da água usada na terapia; morte de mais de 30 recém-nascidos, por infecção hospitalar, em maternidade em Roraima só para citar algumas das situações mais denunciadas. Ao mesmo tempo, as empresas de medicina de grupo explodem no Brasil. Há 8 anos atrás, 10 milhões de pessoas, cerca de 10 % da população da época, tinha plano de saúde. Hoje, a rede de planos de saúde atinge 40 milhões de brasileiros. De 300 empresas passa a 870, com um faturamento anual em torno de 10 bilhões de reais, maior do que o de grandes empresas como a Volkswagen e a Ford somadas ou o dobro do faturamento da IBM (Varella, Pastore, 1996). Os convênios de saúde envolvem empresas de planos de saúde, cooperativas médicas e as empresas de seguro de saúde<sup>30</sup>. Elas remuneram os atendimentos médicos e de outros

---

<sup>30</sup> - Na **cooperativa médica** - UNIMED. Os associados têm acesso a serviços oferecidos pela cooperativa. Podem ser atendidos por médicos credenciados e ter acesso a hospitais e laboratórios credenciados. Existem vários tipos de plano com acesso a determinados serviços conforme os critérios de cada plano. Os **planos de saúde** - oferecem um leque de médicos, hospitais e laboratórios predeterminados. Os hospitais e laboratórios podem ser próprios da empresa de medicina de grupo, tendo médicos e demais funcionários como assalariados da empresa. Mas podem também credenciar hospitais, médicos e laboratórios que o cliente pode usar conforme a especificação do seu plano. Os **seguros-saúde** - possibilitam a livre escolha, o cliente escolhe o especialista, paga e depois é reembolsado pela empresa dentro de determinado

profissionais de saúde, exames de laboratório e serviços hospitalares. Tem diversos planos de pagamento que são feitos com base em pesquisas sobre a epidemiologia das doenças, por faixa etária e região do país, de modo a possibilitar o melhor retorno financeiro. Organizam-se como empresas que buscam, essencialmente, a remuneração do capital. Jogam para ganhar, para obter lucro. "Os planos de saúde lidam com o bem mais subjetivo do mundo, que é a vida, e com os dados mais objetivos do mundo, que são os da pura matemática" (médico, consultor da Booz, Allen & Hamilton. *In: Varella, Pastore, 1996, p. 55*).

O sucateamento da rede pública e o aumento dos custos dos serviços de saúde, de modo que apenas uma parcela muito pequena da população pode pagar diretamente por eles, fizeram com que, cada vez mais pessoas recorressem às diversas modalidades de convênios de saúde, provocando o "boom" de crescimento (Campos, 1992). O pagamento às empresas de convênio de saúde não garantiu à clientela o atendimento às suas necessidades. Além disso, as enormes distorções do sistema com contratos que cerceiam direitos e com reajustes abusivos, fizeram com que, nos últimos anos, estas empresas se tornassem as recordistas de denúncias no PROCON.

### **Processo de trabalho em saúde no Brasil neste final de século**

Do pós Segunda Guerra, até meados dos anos 80, a tendência dos

---

limite de valor. Como cobram mais, geralmente remuneram melhor os médicos e mantêm acordos com serviços e hospitais de melhor qualidade. Mas há planos que permitem livre escolha e há seguros com rede de médicos, laboratórios e hospitais credenciados.

hospitais é de ampliação da complexidade, de especialização em departamentos, serviços ou unidades. A superespecialização pode ter permitido um aprofundamento do conhecimento específico, mas resultou em um efeito perverso, que foi o parcelamento do homem, dificultando o entendimento da totalidade do seu funcionamento biológico e desconsiderando-o como determinante e determinado por relações afetivas, experiência de vida e como parte de uma totalidade social. A especialização da medicina chegou a criar uma nova modalidade de trabalho que se completa em si mesma, os *procedimentos*, resultando que, ao término do procedimento, o trabalho pode se concluir sem que seja necessário dar continuidade do tratamento (Campos, 1992).

Nos hospitais privados, muito poucos médicos são assalariados, grande parte utiliza o hospital para internar, ou realizar determinados procedimentos com os pacientes. O pagamento pelo serviço prestado é feito, diretamente, pelos clientes ou através de convênios (pagamento por procedimento ou pelos atendimentos realizados). Os demais profissionais de saúde são, na sua amplíssima maioria, assalariados.

Segundo Campos, 2/3 dos médicos em exercício profissional no país, dividem o seu tempo entre emprego assalariado e atividades típicas da pequena produção: "consultórios, cooperativas, membros autônomos de corpos clínico, etc." (Campos, 1992, p. 48). O mesmo autor diz que existem variações em relação ao exercício do trabalho autônomo mas que isso não lhe dá a condição de residual com tendência à extinção (Campos, 1992, p. 55).



O trabalho assistencial em saúde é majoritariamente institucionalizado, realizado no espaço ambulatorial ou hospitalar, e resulta de um trabalho coletivo no qual o médico é o elemento central, que detém o controle do processo assistencial e delega atividades a outros profissionais de saúde.

Segundo Campos (1992) o trabalho institucional manteve certo grau de autonomia profissional para os técnicos de nível universitário, não ocorrendo uma completa separação entre concepção e execução.

Os médicos se integram ao "hospital-empresa ou a instâncias dos serviços de saúde, conservando boa parte de seus atributos de produtores autônomos" e a incorporação de tecnologia não produz uma completa dependência do trabalhador à máquina ou à instituição empregadora. Os médicos determinam o *como fazer* e sem o seu trabalho, as máquinas não podem funcionar (Campos, 1992, p. 58).

Nos hospitais públicos, a maioria dos médicos como, praticamente, a totalidade dos demais profissionais de saúde são assalariados, e tanto no espectro público quanto no privado, todos os profissionais que trabalham nas instituições, mesmo com diferenciações, em função do caráter da relação trabalhista, sofrem constrangimentos das regras de funcionamento das instituições e, das regras vigentes sobre o exercício profissional. Essas restrições são mais efetivas sobre o trabalho assalariado e menores em relação ao trabalho médico, mesmo quando é um trabalho assalariado, porque os médicos e suas organizações têm mais poder de influenciar a política de gestão das

instituições<sup>31</sup>. Os médicos têm ocupado, majoritariamente, os altos cargos de direção das instituições, sendo a categoria, dentre os profissionais de saúde que mais tem representação nos espaços legislativos e nos espaços de decisão das políticas de saúde no país. Além disso, não existe restrição legal à atuação dos médicos em qualquer ramo das atividades de saúde, o que não ocorre com as outras profissões.

Nos últimos 10 anos, concomitante com o processo de reestruturação das empresas da produção material, verifica-se, nos hospitais privados, uma tendência de inverter o sentido da verticalização para o caminho da horizontalização, com formação de redes assistenciais, terceirizando partes do trabalho assistencial.

Nos hospitais públicos a tendência de terceirização é bem mais incipiente, uma vez que a política vigente, pós Constituição de 88, é de garantia pelo Estado de assistência integral e universal a toda a população, em todos os níveis de complexidade. Ao mesmo tempo, a pressão por redução de custos é menos premente no serviço público do que no serviço privado. No serviço privado, se as despesas forem maiores do que a receita, o serviço fecha. O setor público, pode ser sucateado, mas a decisão de fechar depende de decisões políticas.

---

<sup>31</sup> - Segundo Campos (1992) os médicos diminuem a influência do poder dos empresários e dirigentes governamentais na gerência das instituições de saúde, criando até duas linhas de comando: uma, é a da administração do hospital, e, outra, é a do corpo clínico, que representa os interesses da categoria médica.

## **PARTE II**

### **AS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS**

A segunda parte deste trabalho, trata da pesquisa de campo. Analisa o processo de trabalho em saúde no cenário deste final de século, apontando: a sua especificidade, os elementos que o identificam com o modelo tradicional de organização e gestão capitalista do trabalho, e os elementos que o identificam com as mudanças recentes.

O primeiro capítulo faz uma caracterização dos hospitais estudados e destaca o impacto da terceirização no setor saúde; o segundo capítulo trata das características da força de trabalho, analisa o processo de trabalho em saúde e a divisão do trabalho, confrontando o hospital público com o hospital privado, e o terceiro capítulo aborda as conseqüências da introdução de novas tecnologias para o emprego e processo de trabalho em saúde, destacando a opinião dos profissionais de saúde.

## CAPÍTULO 1 - A ESTRUTURA DAS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS

### 1.1 CARACTERÍSTICAS GERAIS

O quadro abaixo mostra, de forma esquemática, algumas características das instituições.

#### QUADRO 1- CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS -

1995

Instituições	Propriedade	Tempo / funcionamento	Número de leitos 1995	Média Internações / mês / 1995	N.º de trabs. assalaria-dos	Trabalhadores de enfermagem	Estrutura da empresa	Acesso aos serviços
H. privado São Paulo	Associação civil "sem fins lucrativos"	mais de 70 anos	165 Ls.	675 internações / mês	829 funcionários	353 37,11% enfermeiros 11,33% atendentes de enf.	rede assistencial com predomínio da terceirização	só quem pode pagar
H. público Santa Catarina	Governo do Estado de Santa Catarina - integra o SUS	quase 30 anos	136 Ls. em atividade	480 internações / mês	1007 funcionários	356 17,42 % enfermeiros 30,06 % atendentes de enfermagem	verticalizada, estrutura tradicional	universal a todos os serviços e à grande maioria das unidades

#### 1.1.1 O HOSPITAL PÚBLICO

O hospital foi fundado em novembro de 1966, completando 30 anos no final deste ano.

Trata-se de um hospital geral, público, que garante acesso universal à população maior de 14 anos. É um órgão descentralizado da Secretaria Estadual de Saúde subordinado, administrativa e financeiramente, à mesma. É

propriedade do governo do Estado de Santa Catarina e integra o Sistema Único de Saúde, sendo um hospital de referência estadual. Na região, atende emergências, pacientes ambulatoriais e os que necessitam de internação hospitalar. É referência para o atendimento de algumas especialidades médicas, como neurologia, traumatologia, nefrologia e para a realização de alguns exames sofisticados, como tomografia computadorizada.

Anteriormente, seu caráter jurídico-legal era "fundação pública" integrando a Fundação Hospitalar de Santa Catarina - FHSC. Pela lei estadual, n. 8.245 de 1991 passa a ser um órgão descentralizado da Secretaria da Saúde do Estado. A política de pessoal é ditada pela Secretaria da Administração e segue os preceitos do Estatuto do Funcionalismo Público Estadual. Tem por finalidade, garantir assistência médico-hospitalar a toda a população; servir de campo de aperfeiçoamento para médicos e demais profissionais da área da saúde, além de proporcionar pesquisas científicas. A passagem do regime fundacional para hospital gerido e administrado pela Secretaria Estadual da Saúde e integrante do SUS - Sistema Único de Saúde atende ao estabelecido na Constituição de 1988 e na lei 8080 de 1990, que cria o Sistema Único de Saúde - SUS. Com essa mudança, o atendimento público é ampliado, apesar de serem mantidos os leitos privados.

Tudo que é arrecadado no hospital, com pacientes particulares ou convênios, vai para a Secretaria da Saúde. A Secretaria da Saúde decide o montante de verba que será destinado a cada hospital da rede e no que será gasto. Existe uma tensão permanente nas direções dos hospitais públicos do

Estado de Santa Catarina, entre o regime fundacional e a administração pública direta. Atualmente, com a crise financeira dos hospitais públicos<sup>32</sup> e as dificuldades de manutenção, surge um movimento dos diretores destes hospitais defendendo a sua auto-administração financeira. Cada unidade hospitalar seria responsável pela arrecadação e manutenção dos serviços e o Estado ficaria com a folha de pagamento do pessoal.

No entanto, apesar de serem justas às críticas aos problemas causados pela centralização administrativo-financeira distante das unidades locais, a alternativa de retorno ao regime fundacional, pode colocar em risco o princípio do atendimento público universal. Para captar recursos, com vistas a um balanço econômico positivo, podem ser utilizadas diversas alternativas como: ampliar os serviços e leitos privados - o que pode, até, melhorar as condições de hotelaria e equipamentos para o atendimento, mas não garante uma melhoria na qualidade da assistência prestada; diminuir custos, diminuindo o investimento em pessoal qualificado - como na enfermagem, por exemplo; diminuir leitos públicos, diminuindo, assim, os já escassos recursos tecnológico-assistenciais à maioria da população que não tem condições de pagar pela assistência de saúde.

---

32 - A crise da rede pública de serviços de saúde no Brasil não é recente, mantendo-se e até agravando-se com a criação do SUS. A crise nos serviços de saúde é de conhecimento público e é denunciada pelos movimentos dos trabalhadores. Uma reportagem da RBS-TV, Rede Globo de televisão, de janeiro de 1996, denunciou problemas no hospital público estudado, como: o uso de material inadequado para a administração de medicamentos; sanitários de pacientes com infiltrações e umidade; área de desinfecção, com mofo, além de piso e paredes em condições deploráveis. Considerando-se que esse hospital é um dos mais importantes do estado, em termos de estrutura para assistência de saúde, bem como é hospital de referência estadual do Sistema Único de Saúde - SUS, localizado na capital de Santa Catarina, numa das regiões mais desenvolvida do país. Isso pode nos dar um idéia do que acontece na rede pública de saúde neste país.

Campos (1992) e Cecílio (1994a, 1994b) demonstram que é possível manter o caráter público do serviço com o acesso universal, com a descentralização administrativa e com a democratização da gestão, que o processo de descentralização e horizontalização não precisa ter a face da privatização.

Em março de 1995, o hospital tinha 136 leitos em atividade e diversas áreas em reforma, sendo que a sua capacidade total, quando a reforma estiver concluída, será de 252 leitos. Em 1994, internou uma média de 480 pacientes/mês. Atendeu a uma média de 2000 pacientes/mês, no ambulatório, e, 340 pacientes/dia, na emergência. Sem computar os atendimentos feitos nas unidades especializadas, como: unidade de rim e ortopedia e os exames nos setores de medicina nuclear; RX; tomografia computadorizada; endoscopia digestiva; arteriografia e mielografia;

O hospital tem uma estrutura arquitetônica verticalizada atendendo, majoritariamente, pacientes do Sistema Único da Saúde - SUS, mas, também, presta assistência na modalidade privada (atualmente tem 12 apartamentos para pacientes particulares, esse número vai aumentar quando a reforma do hospital estiver concluída). Atualmente, está funcionando com uma unidade clínica de 46 leitos, que interna pacientes do SUS, de ambos os sexos, uma unidade está em reforma, outras estão com a reforma concluída, e, não estão funcionando, por falta de pessoal. Dispõe de uma Unidade de Terapia Intensiva, um Centro Cirúrgico e um Centro de Material e Esterilização. Existem um setor de atendimento de ambulatório, uma unidade de rim, uma unidade de radiologia, e uma unidade de

neuro-radiologia e tomografia computadorizada. Conta, ainda, com um serviço de ortopedia e neuro-traumatologia, uma unidade de fisioterapia, e um serviço de atendimento de emergência.

Dispõe de diversos outros serviços, tais como: serviço de nutrição e dietética; serviço social hospitalar e psicologia; farmácia hospitalar; serviço de arquivo médico e estatística - SAME; serviços gerais, que inclui a higienização e limpeza, a seção de manutenção e reparos e a de comunicação e transporte, processamento de roupas, administração e finanças, material e patrimônio, e, também, o serviço de administração de recursos humanos.

Todos esses serviços, unidades assistenciais e de apoio são próprios do hospital, administrados por uma direção específica, subordinada à Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, que é responsável pela manutenção e pela política geral de gestão.

Existem alguns serviços que eram parte das atividades desempenhadas pelo hospital e que hoje são serviços autônomos, de grupos privados ou de propriedade pública, com estrutura de gestão do tipo fundacional. É o caso do laboratório, de um centro de atendimento a pacientes oncológicos e de um hemocentro.

O laboratório é o serviço que foi terceirizado, há mais tempo. Não foi possível precisar a data, mas essa forma de funcionamento autônomo, com prestação de serviço, já existe, no mínimo, há 13 anos. O laboratório é propriedade de um grupo privado e tem um contrato de prestação de serviço com



a Secretaria da Saúde, atendendo, também, a clientes em geral. É responsável pela realização de todos os exames laboratoriais necessários aos pacientes internados no hospital. Os médicos entrevistados mencionaram problemas na relação com o laboratório, como atrasos e erros nos resultados dos exames.

O Centro de Pesquisas Oncológicas e o Hemocentro desenvolvem dois tipos de atividades especializadas no atendimento em saúde, que eram parte da assistência prestada no hospital e que passam a ser realizadas em unidades autônomas, com gestão e administração próprias. Relacionam-se com o hospital, utilizando as suas dependências para internar os pacientes que precisam de acompanhamento mais intensivo, ou, quando precisam se submeter a procedimentos de risco, bem como, pacientes que tiveram alta hospitalar podem continuar o acompanhamento ambulatorial, naquelas unidades.

Outro setor terceirizado no hospital é parte do serviço de portaria, especificamente, a vigilância da portaria. Uma firma é contratada para fornecer pessoal para prestar este serviço. Percebem-se diferenças em relação às condições de trabalho: os funcionários do hospital conquistaram, em uma das greves, nos últimos 5 anos, uma jornada de trabalho de 30 horas semanais, e os trabalhadores contratados pela firma cumprem uma jornada de 44 horas semanais. Os funcionários do hospital são estatutários, e têm estabilidade no emprego, os da firma têm contrato do tipo CLT.

Além desses setores terceirizados, o hospital contrata serviços de manutenção.

A principal relação de trabalho, no hospital, é o trabalho assalariado, inclusive entre os médicos, na qual a grande maioria é assalariada, apesar de contar com alguns credenciados.

### 1.1.2 O HOSPITAL PRIVADO

Hospital privado, localizado em São Paulo. É uma entidade de direito privado, constituída juridicamente como sociedade civil sem fins lucrativos, subordinada ao estabelecido no estatuto, que data de 1941. Em 1995, foi elaborado um novo estatuto, ainda não registrado, e não vigorando, legalmente. O hospital foi declarado de Utilidade Pública Federal e Estadual, segundo publicação no Diário Oficial da União e Estado de São Paulo. É um hospital clínico-cirúrgico, predominantemente cirúrgico e de adultos, sendo que, recentemente, algumas equipes cirúrgicas passaram a operar crianças, no hospital, em número pequeno.

O hospital é propriedade particular de uma Associação. Tem como instância máxima, um Conselho Deliberativo formado por sócios, eleitos por seus pares, especificamente para esse fim. Imediatamente subordinado ao Conselho Deliberativo está o Diretor-Superintendente, que desempenha o papel de diretor geral do hospital. Subordinados, diretamente a ele, e por ele escolhidos, estão: a Gerente dos Serviços de Enfermagem e Apoio, e o Diretor Clínico. O Diretor-Superintendente, junto com dois diretores, de enfermagem e de medicina, constituem a direção real do hospital.

O Diretor-Superintendente presta contas da situação financeira do hospital ao Conselho Deliberativo e aos sócios-proprietários. Os membros do Conselho Deliberativo não são remunerados, e os sócios-proprietários não recebem dividendos pelo gerado no hospital. Não houve acesso à informação sobre remuneração do Diretor-Superintendente, da Gerente dos Serviços de Enfermagem e Apoio e do Diretor Clínico. Mas o trabalho dos primeiros tem características profissionais, exercido em tempo integral, indicando que devem ser remunerados. O Diretor Clínico tem um papel formal de gerenciador do trabalho médico, mas, na prática, funciona muito mais como um representante da categoria médica junto à direção<sup>33</sup>. É um médico "credenciado efetivo", que atua no hospital e desenvolve essas atividades em tempo parcial, mantendo suas atividades médico-assistenciais e, também, o trabalho de ensino médico em outra instituição. Considerando-se o funcionamento do trabalho médico nesta instituição, que é melhor explicado na caracterização da força de trabalho, e que essa atividade é adicional aos seus trabalhos remunerados, a atividade de Diretor Clínico pode não ser remunerada.

Segundo declarações da direção e de algumas chefias, o caráter de "sem fins lucrativos", se justifica porque todos os recursos arrecadados são reinvestidos no próprio hospital. O hospital visa a sua auto-sustentação, e não o

---

33 - Campos identifica "duas linhas de poder nos hospitais, duas hierarquias distintas. Uma tem no topo um diretor ou superintendente, que administra o hospital em seus aspectos financeiros, materiais e controla aqueles profissionais significativamente denominados de 'paramédicos', que, na realidade, constituem a parcela da força de trabalho assalariada [...] . A segunda, que em rigor não poderia nem ser considerada como uma linha de poder, já que a distribuição de direitos e responsabilidades é mais horizontal, seria constituída pelo autodenominado 'corpo clínico' ". A relação com a direção, neste segundo caso, tem um padrão negociado de tomada de decisão (Campos, 1992, p. 59).

lucro para os proprietários. No entanto, esse caráter formal de "instituição sem fins lucrativos", como ocorre com diversas instituições brasileiras que obtêm essa qualificação legal ou filantrópica, não significa que, na realidade, desempenhem um papel de assistência social, ou seja, de servir desinteressadamente a comunidade. Essa caracterização interessa a algumas instituições, em função das prerrogativas constitucionais de isenção de impostos e de isenção de contribuição (da parte patronal) para a seguridade social. No caso da saúde, essas instituições também podem receber recursos do SUS.

A Constituição e um conjunto de leis ordinárias<sup>34</sup>, estabelecem o que é necessário para o enquadramento como entidade filantrópica, ou como entidade sem fins lucrativos, sendo necessário, dentre outros requisitos, que essas entidades sejam reconhecidas por terem um "fim público", presente de modo exclusivo ou predominante, ao invés de apenas um "fim econômico". Que pratiquem assistência social, isto é, façam desinteressadamente coisas que caberiam aos poderes públicos, e, por isso, recebem como contrapartida, certos benefícios, vantagens e privilégios (Carvalho, Santos, 1995).

A instituição estudada, apesar de contar com a prerrogativa legal de ser "sem fins lucrativos", não se caracteriza como tal. Parece que interessa ser

---

34 - A Constituição Federal, artigo 150, VI, alínea "c" garante a imunidade de impostos, sobre patrimônio e renda, a entidades de educação e assistência social, sem fins lucrativos, atendidas as exigências da lei. Lei 8.212 de 1991 e Decreto n. 356 de 1991 - que fixam os requisitos exigidos pela Constituição para isenção de contribuição fiscal. A lei n. 4.506/ de 1964 estabelece que para garantir o reconhecimento de seu caráter filantrópico ou sem fins lucrativos, a entidade deve, dentre outros, atender os seguintes requisitos: não remunerar os seus dirigentes; não distribuir lucros; aplicar integralmente os seus recursos na manutenção e desenvolvimento de objetivos sociais. E, a "assistência social", segundo a Constituição Federal, artigo 203, caracteriza-se por uma assistência prestada a quem necessitar, independente da contribuição à seguridade social, o que significa "uma assistência a quem necessite", diferente de atender só quem pode pagar pelo serviço.

mantida com essa característica para gozar dos privilégios de isenção fiscal e de impostos mas funciona realmente como empresa privada que visa ao lucro. Isso fica claro no funcionamento do hospital e pelos depoimentos, que mostram que a lógica da instituição é de prestar serviços que garantam um retorno financeiro positivo, isto é, superior ao investimento feito. Os serviços que não atendem a esse critério sofrem intervenção racionalizadora para reverter a situação, sendo que podem ser mantidos alguns serviços que não dão lucro direto se, indiretamente, gerarem outros serviços que dão lucro.

Todos os serviços prestados pelo hospital são cobrados - trocados por dinheiro, e existe um processo constante de avaliação para verificar se o serviço está sendo deficitário ou não. O critério central para a implantação de um serviço é o lucro, ou rendimento, que ele possa gerar. Não são feitas pesquisas sobre o perfil epidemiológico da população diante de a recursos assistenciais disponíveis, para definir que serviços poderiam ser implantados, visando ao atendimento das necessidades da população. O objetivo central dos serviços prestados é o retorno financeiro que eles podem gerar, e não a assistência social. No valor do serviço prestado, estão os custos com o investimento e com a manutenção dos meios de trabalho; os custos com o emprego da força de trabalho, e mais um sobrevalor, que permitirá novos investimentos, modernização dos serviços, e a manutenção da vida da empresa.

Segundo um membro da *direção real*, o caráter, *sem fins lucrativos*, é importante, porque a instituição fica isenta do pagamento de alguns impostos, como o predial, e o imposto sobre importações, mas que, o hospital está em dia

com as suas obrigações legais e paga a parte patronal à Previdência Social, não se valendo da prerrogativa legal de isenção .

No momento atual, que o governo quer acabar com a isenção do pagamento da parte patronal à Previdência Social, prerrogativa que gozam as instituições sem fins lucrativos, como creches, hospitais, etc., o hospital não será afetado pois está em dia com essa contribuição, além disso, sempre pagamos à Previdência, a parte relativa à contribuição recolhida dos trabalhadores (Membro da direção "A").\*

O hospital funciona como uma instituição autônoma, prestadora de assistência de saúde, que se auto-mantém. Vincula-se ao Ministério da Saúde, apenas no que diz respeito à "fiscalização e prestação de contas, [...] faz parte do sistema de vigilância epidemiológica e só recebe do SUS o valor relativo ao atendimento de pacientes no serviço de hemodiálise" (membro da direção "A"). Todos os outros atendimentos são privados, pagamento direto pelos serviços prestados. Seja através de seguros-saúde, seja através de pagamento por empresas, como é o caso de empresas que pagam o atendimento dos seus executivos no check-up. Cerca de 98% dos tratamentos de diálise peritoneal e hemodiálise são pagos pelo SUS e, segundo membro da direção do hospital, isso ocorre porque é um tratamento muito caro e de longo prazo, que os convênios de saúde não pagam<sup>35</sup>. O pagamento do SUS não é suficiente para a manutenção do serviço, sendo este, o único setor deficitário do hospital, no entanto, ele é mantido porque, considerando-se o conjunto de outros serviços que ele gera (como internações, cirurgias, transplantes, etc. , que são pagos pelos pacientes diretamente ou através dos convênios), o serviço acaba se auto-pagando.

---

\* - Os entrevistados foram identificados por letras "A", "B", etc. quando a qualificação descritiva não foi suficiente para mostrar que eram informantes distintos.

35 - Os convênios de saúde, em geral, não pagam tratamentos de longa duração como, por exemplo, os tratamentos psiquiátricos e tratamento de pacientes com AIDS.

Nem os funcionários do hospital são atendidos na instituição sem pagar o preço cobrado à clientela.

O hospital foi fundado nos anos 20 e, hoje, tem mais de 70 anos. Dispõe de 165 leitos e a perspectiva de futuro é de continuar crescendo, até, no máximo, 250 leitos. Pretende abrir uma unidade materno-infantil, especializar-se no desempenho de algumas atividades no campo da saúde que o tornem uma referência para os profissionais de saúde e população e de ampliar a terceirização. A especialização seria no sentido de estruturar-se como um hospital de ponta, dispondo de tecnologia sofisticada, prestando uma atenção de saúde personalizada e de muito boa qualidade, para pessoas com poder aquisitivo suficiente para pagar os serviços.

A viabilidade deste hospital, por ser de pequeno porte, é tornar-se um hospital que se diferencia e se mantém pela qualidade da assistência que presta. Sua característica identificadora seria de um hospital de excelência, de primeira linha, em algumas áreas, que atende a problemas específicos e realiza cirurgias de alto poder de resolução. Para isso é necessário um Centro Cirúrgico bom; meios diagnósticos bons; enfermagem muito boa, que é fundamental. Enfim, toda a estrutura do hospital tem que ser boa (Membro da direção "B").

O hospital, agora, está em uma fase de explosão muito grande de crescimento, de crescimento de qualidade. Está em fase de conclusão de um CDI (Centro de Diagnóstico por Imagem) que tem equipamentos e maquinário de última geração, de primeira linha. Estão formando um grupo de cirurgia de base do crânio que não tem no país, estão equipando-se para realizar neurocirurgia que tem pouquíssimos centros no país. Esse é o caminho que o hospital seguirá (Membro da direção "A").

Hoje já existem muitos serviços terceirizados. Funcionam dentro do prédio do hospital ou em prédios construídos no terreno do hospital e que foram cedidos para outros grupos privados que prestam serviço a pacientes internados no hospital e à comunidade.

Minha impressão é que existe uma tendência de ampliação da terceirização, não apenas na área médica mas no hospital, como um todo. Acho que isso é uma tendência mundial em relação aos hospitais. Hoje, por exemplo, fica muito mais fácil lavar toda a roupa do hospital num local especializado nisso, do que o hospital manter uma lavanderia própria. Manter uma lavanderia própria é mais caro, em um país no qual as leis sociais precisam ser reformuladas, no qual existe imposto muito alto - você tem um funcionário que recebe 'x' mas que lhe custa '2 x' por causa dos impostos do governo. Tudo isso, somado a outros aspectos, leva à tendência de terceirizar (Membro da direção, hospital privado "B").

A assistência prestada pelo hospital envolve um **núcleo central próprio** e uma **rede de unidades terceirizadas**.

O **núcleo central** é constituído por uma série de serviços e unidades assistenciais envolvidas no "ato assistencial em si" e uma série de atividades e serviços que não está envolvida na assistência direta mas que são necessárias para garantir o funcionamento do hospital. A área física, material e equipamentos, são propriedade do hospital, e o hospital mantém o salário e os direitos trabalhistas dos "trabalhadores em escritório"<sup>36</sup>; do pessoal que trabalha nos serviços gerais e demais atividades de apoio e dos profissionais de saúde, exceto a grande maioria dos médicos. Pequena parcela dos médicos é plantonista assalariado, e a grande maioria é credenciada do hospital, isto é, funcionam como grupos ou indivíduos autônomos que atendem a pacientes, realizam exames, ou fazem cirurgias no hospital e recebem pelos serviços prestados, diretamente dos pacientes que atendem, ou, através de convênios. O hospital é remunerado pelos clientes, diretamente ou, através convênios, pelas

---

36 - Trabalhadores em escritório - usado em sentido amplo, atividades diversificadas e que fazem parte de toda a estrutura de "apoio" para que a produção do serviço possa se realizar. Inclui profissionais de nível superior, técnico e elementar. Estão entre eles: datilógrafos e digitadores; mensageiros e office boy; trabalhadores do setor financeiro; técnicos em computação; secretárias(os); recepcionistas; pessoal de planejamento e setor de recursos humanos; os que trabalham com arquivos; chefias e administradores intermediários, etc. (Braverman, 1981).



atividades desenvolvidas por todos os outros profissionais de saúde, pela utilização do espaço físico, pelos serviços oferecidos e pelos equipamentos e unidades especiais utilizadas.

Os serviços e unidades próprias envolvidas no ato assistencial são: 9 unidades de internação; centro cirúrgico, incluindo centro de material e sala de recuperação pós-anestésica; centro de terapia intensiva; serviço de nutrição e dietética; serviço de farmácia; serviço de fisioterapia; pronto-atendimento; serviço de hemodiálise e diálise peritoneal; serviço de litotripsia; day clinic<sup>37</sup>.

Outras atividades próprias não envolvidas diretamente no ato assistencial são: o serviço de recepção e portaria do hospital; o serviço de controle de infecção hospitalar; o serviço de avaliação e padronização de materiais; o serviço de engenharia clínica; o serviço de pesquisa, assessoria científica e comunicação; o serviço de educação continuada. Essas atividades incluem, ainda: os serviços gerais, do qual faz parte a higiene hospitalar - somente a parte que entra em contato direto com o paciente, a costura, a lavanderia e rouparia - sendo que parte da lavanderia está em teste para terceirização; os serviços de secretaria e assistência administrativa; a tesouraria; o Centro de Processamento de Dados; o setor de faturamento; o setor de contabilidade; o setor de compras e almoxarifado; o Serviço de Recursos Humanos; o departamento técnico e de manutenção.

---

37 - Day clinic - unidade onde é prestada assistência a pacientes que precisam de um período curto de repouso hospitalar (pós-operatório ou pós-tratamento), não precisando pernoitar no hospital. Os pacientes pagam por hora de permanência.

### **Serviços próprios do hospital nos quais os médicos são terceirizados**

Nesses serviços, a área física, os equipamentos e o material são do hospital. A força de trabalho, exceto os médicos, é assalariada pelo hospital. Esses serviços constam do organograma da enfermagem e têm chefias ocupadas por enfermeiros, que se responsabilizam por toda a administração do serviço e pela realização de alguns exames. O atendimento médico é feito por grupos médicos terceirizados, que prestam serviço e recebem do hospital pelos atendimentos feitos. Um membro da direção do hospital disse que o hospital paga, cerca de 40% sobre o valor de cada exame realizado, para o grupo médico contratado. O grupo médico pode ser uma empresa, do tipo capitalista, ou uma cooperativa, sendo que, cada uma estabelece a forma de pagamento dos médicos. Cada serviço tem um contrato específico e não foi possível obter informações sobre cada um deles.

As decisões sobre terceirização de um serviço são do âmbito do Conselho Deliberativo, o qual representa os proprietários do hospital. O Diretor Superintendente decide que grupo será contratado para desenvolver a atividade, após ouvir o Diretor Clínico.

Esses serviços atendem a pacientes internados e pacientes externos (que procuram o serviço para um atendimento específico). São eles: o Centro de Diagnóstico por Imagem - radiologia, ultra-sonografia, tomografia computadorizada; a Rádio-Oncologia - Instituto de Rádio Diagnóstico; o Serviço de Neurofisiologia Clínica - ( Eletroencefalografia, Polissonografia e Análise do

Sono); o serviço de Check-up - que atende a pessoas da comunidade e pacientes do hospital que queiram fazer um check-up (a maioria, são executivos de grandes empresas).

Estes serviços eram de terceiros, e, devido à má qualidade dos serviços prestados, o hospital optou por administrá-los, mas manteve o trabalho médico terceirizado. Atualmente, está ocorrendo um movimento de retorno à terceirização de toda a mão-de-obra, de alguns destes serviços, como os que compõem o Centro de Diagnóstico por Imagem. Certamente, agora, sob influência da tendência de horizontalização e enxugamento das empresas, com vistas a diminuir os custos.

As áreas físicas, equipamentos, materiais e manutenção continuariam com o hospital mas seriam contratadas firmas ou grupos que prestariam toda a assistência, o hospital pagaria pelos serviços prestados mas o pagamento do pessoal técnico de apoio e profissional seria da firma contratada o que resultaria em um 'alívio' para o hospital que não precisaria mais arcar com direitos trabalhistas (Membro da direção "A").

**Os setores totalmente terceirizados** são: o estacionamento localizado no terreno do hospital que é administrado por uma empresa externa; o banco de sangue; o serviço de segurança e portaria do estacionamento; o laboratório; o laboratório de patologia clínica; parte da limpeza que não entra em contato com paciente; parte da lavanderia - em teste com uma firma; serviço ambulatorial de ortopedia e cardiologia; serviço de endoscopia; serviço de reprodução humana e serviço de anestesiologia. O serviço de anestesiologia é constituído por um grupo de anestesistas que atuam no hospital e cobram seus honorários de modo independente do hospital (relação anestesista-paciente). O hospital credencia

uma empresa médica<sup>38</sup> de anestesistas, para que ela atue no hospital e a empresa garante uma escala para atendimento diário.

## 1.2 A TERCEIRIZAÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

O movimento em direção à horizontalização das empresas, com ajuste do foco e externalização de partes do processo de produção, formando redes envolvidas na confecção de um produto, tem sido uma das tendências atuais de reestruturação das empresas. Essa externalização de partes do processo de produção também é chamada de terceirização.

Nos serviços de saúde, a alternativa de terceirização tem surgido nas discussões e tem sido utilizada, em maior ou menor intensidade. Nas instituições estudadas, o processo de terceirização aparece mais avançado na instituição privada e mais lento na instituição pública.

**O hospital privado, constitui-se num complexo assistencial em saúde, funcionando como uma rede de serviços próprios e terceirizados**, em que convivem diversas formas de gestão, de relação contratual e salarial, aproximando-se do que tem sido chamado de *empresas modernas*, que não crescem como um grande complexo centralizado administrativamente mas fragmentam o processo de produção em diversos processos especializados que são externalizados. O processo de terceirização tem aumentado nos últimos 5 anos, e, a terceirização é apontada, por entrevistados, como tendência a ser

---

38 - Não tive acesso a informações sobre o processo de credenciamento dessa empresa, sobre o caráter jurídico da mesma nem sobre a relação trabalhista com os anestesistas.

seguida pelo hospital.

**No hospital público, a terceirização também é uma realidade mas a sua estrutura aproxima-se mais das empresas verticalizadas do modelo de desenvolvimento fordista.** Neste hospital, excetuando-se o laboratório, o processo de terceirização, também ocorreu nos últimos 5 anos, mas, diferente do hospital privado, esta, não parece ser a perspectiva, da instituição, de investimento para o futuro. A tendência é de continuar com a atual estrutura e, até, de ampliação dos serviços oferecidos, como, por exemplo, a inclusão do transplante de medula e a inclusão do atendimento de fonoaudiologia.

As instituições privadas aproximam-se mais da estrutura empresarial capitalista, são mais pressionadas pela concorrência para modernizar-se e para reduzir custos, de modo a ganhar mais pontos na disputa pela pequena fatia do mercado que pode consumir serviços caros, enquanto os serviços públicos são menos sensíveis a essa pressão. Porque as instituições públicas têm por objetivo o atendimento às necessidades da população, o que nem sempre é uma atividade rentável.

Na esfera pública a decisão de fechar um serviço ou terceirizar, implica em considerar as necessidades da população em relação a esses serviços. Alguns não podem simplesmente fechar. Podem, até, ser sucateados, inclusive expondo a população a riscos, no entanto, o fechamento implica em riscos à credibilidade política dos governos e, além disso, existem os preceitos legais e Constitucionais que não podem ser, facilmente, desconsiderados.

O planejamento das ações de saúde, incluindo as decisões sobre oferta de serviços, deveria resultar da avaliação do perfil epidemiológico da população e de um diagnóstico dos recursos disponíveis na sua área de abrangência. No entanto, nem o hospital público nem o privado, trabalham com planejamento baseado no perfil epidemiológico. No hospital privado o critério central que orienta as decisões sobre oferta de serviços, estrutura da empresa e política em relação à força de trabalho é o lucro. Desse modo, o hospital opta, em cada momento, pela alternativa que proporcione o melhor retorno financeiro sem que a busca do lucro apareça, publicamente, como seu principal objetivo, porque isso resultaria em perda das vantagens concedidas pelo Estado, além de não ter bom impacto social.

Os hospitais públicos também precisam considerar a questão dos custos com a produção dos serviços. As esferas administrativas do Estado pressionam para que, com o menor investimento possível, os serviços produzam um bom resultado. No entanto, as decisões em relação à redução dos gastos, bem como a estratégia escolhida (fechamento de contratações da força de trabalho; congelamento de salários; introdução de máquinas para aumentar a produtividade do trabalho, como a informatização ou a utilização de diversos equipamentos; diminuir a oferta ou fechar serviços; terceirizar com redução da força de trabalho, etc.), resulta do jogo político que é complexo e multideterminado. No hospital público, a pressão para terceirizar vem da esfera administrativa do Estado, com vistas a reduzir custos.

A racionalidade administrativa do hospital público não é a do lucro e, formalmente, é a de estruturar-se para atender às necessidades da população. No entanto, múltiplos fatores influenciam as decisões tomadas em cada momento:

- a) as políticas de Estado, que resultam do jogo político, definindo a visão de cada governo sobre a questão da saúde e a parte do orçamento público que será destinada ao setor;
- b) a situação financeira do Estado, que implica em definir cortes no orçamento, o que está subordinado à política econômico-social adotada;
- c) a correlação de forças representativas das classes sociais que estão presentes nas instâncias legislativas, formulando leis mais ou menos democráticas em relação à área social e decidindo sobre os orçamentos dos governos;
- d) as pressões dos diversos grupos corporativos. Especialmente os interesses da categoria médica e de grupos de especialistas que têm mais ou menos poder para influenciar na esfera administrativa do Estado, pressionando pela inclusão ou exclusão de determinados serviços. Esses interesses podem ter múltiplas determinações, desde a identificação de necessidades da população que não são atendidas pela esfera pública, até interesses econômicos de rendimento, direto ou indireto, para grupos ou médicos privados;

e) problemas de saúde que assumem uma dimensão de risco epidemiológico, fazendo com que a população reivindique pelo serviço ou que o Estado decida enfrentar o problema.

Pelos depoimentos de membros das direções dos dois hospitais e de trabalhadores das diversas categorias profissionais, percebe-se a inexistência de uma reflexão sobre o que é central no processo de trabalho em saúde, o que é possível terceirizar e como coordenar essa assistência prestada por diversas empresas. Não houve discussões sobre o processo de trabalho em saúde - que parte é a essência que deveria ser realizada "na instituição-mãe" e que partes poderiam ser terceirizadas. Também inexistem pesquisas que avaliem, por exemplo, o resultado de determinado trabalho feito da forma tradicional e depois de terceirizado; impacto sobre índices de infecção hospitalar; avaliação de pacientes e profissionais sobre resultados obtidos.

Mais de 90 % dos profissionais entrevistados, nos dois hospitais, ao serem questionados sobre terceirização, tinham conhecimento de algum setor do hospital que era terceirizado, no entanto, poucos fizeram alguma reflexão crítica apontando aspectos positivos ou negativos da terceirização. Algumas dessas reflexões foram:

Sou favorável à terceirização. É melhor o hospital ter parceiros do que ter empregados. Com parceiros, o resultado do trabalho é melhor. [...] Tenho falado, pessoalmente, com os setores que ainda não estão terceirizados e que as vezes a resposta é: 'não queremos. Estamos bem, temos o nosso 13 salário'. Acho que é a acomodação natural da pessoa empregada. [...] A implantação da terceirização não traz qualquer problema, porque os critérios são absolutamente técnicos e as pessoas são treinadas. A prática do hospital é fazer tudo de maneira muito criteriosa e dinâmica, dar um passo, avaliar aquele passo, para depois continuar; se não gostou volta para trás, assim diminuem as chances de erro (Membro da direção, hospital privado "B").



Existe uma conversa sobre terceirizar a seção de higienização e limpeza mas não existe nada de concreto ainda. [...] Não existem estudos aprofundados sobre benefícios ou prejuízos da terceirização para a assistência. Parece que é mais um seguir a moda (Funcionárias, hospital público).

Parece que a motivação central para decidir o que será terceirizado é a busca de redução de custos com vistas a um melhor retorno financeiro, não passando por debates mais aprofundados sobre conseqüências em relação à qualidade dos resultados. No hospital privado, o salão de chá, que funciona como um restaurante, absolutamente comercial, integra o serviço de nutrição e não está nos projetos de terceirização do hospital. No entanto, o hospital pretende terceirizar toda a força de trabalho de outros serviços assistenciais como a rádio-oncologia e a neurofisiologia clínica, por exemplo.

Dentre as críticas feitas à terceirização, encontra-se na bibliografia, que a mesma tem sido usada como tentativa de burlar conquistas trabalhistas das categorias mais organizadas e de enfraquecer movimentos reivindicatórios dos trabalhadores. No hospital público, um exemplo do primeiro caso, é a jornada de 30 horas e estabilidade no emprego, conquistadas pelos funcionários públicos, que os trabalhadores das firmas terceirizadas não têm. Trabalham no mesmo espaço físico e têm direitos diferenciados. Um exemplo do segundo caso, é o tratamento dado pela Secretaria da Saúde do Estado de Santa Catarina aos trabalhadores da saúde em greve (maio de 1996). O Secretário Adjunto da Saúde ameaçou os grevistas, pelos telejornais, dizendo que, se não assumissem imediatamente o trabalho, uma vez que a justiça tinha declarado a greve abusiva, seriam demitidos, e, no lugar deles, seriam contratados novos trabalhadores individualmente ou através de firmas terceirizadas. Valendo, inclusive, para a

enfermagem, que presta assistência direta, sendo impossível uma substituição imediata, sem perda para a qualidade da assistência.

Terceirização na saúde, não significa, necessariamente, melhoria na qualidade da assistência, como se poderia supor pelas justificativas constantes na bibliografia que defende a reestruturação das empresas pelo "ajuste de foco". Ajustando o foco, as empresas, poderiam obter produtos de melhor qualidade, processos de trabalho específicos poderiam ser melhor gerenciados e a empresa ficaria mais lucrativa. Ao mesmo tempo, os processos terceirizados são administrados por empresas que, além de atender à unidade originária, também atendem ao mercado, possibilitando, assim, maior lucratividade.

Algumas situações mostram as nuances e conseqüências da terceirização no setor saúde:

a) nos folhetos, revistas e outros materiais de divulgação do hospital privado, bem como na fala dos funcionários e dirigentes, todos esses serviços "são o hospital". Ao hospital interessa divulgar os serviços disponíveis, como estratégia de "marketing" - um complexo assistencial que dispõe de serviços especializados e de tecnologia de ponta. Para os serviços terceirizados, interessa divulgar que fazem parte do "complexo hospital X", porque isso lhes confere um aval de qualidade. No entanto, esse aval de qualidade não se sustenta em critérios técnicos, o hospital não tem um controle real sobre esses serviços terceirizados, os padrões de qualidade valem, apenas, para o hospital "strito sensu";

b) os laboratórios - prestam serviço aos hospitais estudados e também ao mercado. É possível que se tenham beneficiado de um melhor retorno financeiro, com a ampliação de mercado, no entanto, a terceirização, por si, não garantiu uma melhoria na qualidade dos serviços prestados. No hospital privado, nenhum entrevistado apontou qualquer problema em relação ao serviço prestado pelo laboratório, mas, no hospital público, existem muitas reclamações, de médicos e de enfermeiros, em relação ao serviço prestado pelo laboratório. A terceirização dos laboratórios ocorreu há mais de 10 anos, parecendo não ter muita relação com o processo de reestruturação das empresas que, no Brasil, aparece mais claramente nos anos 90. Considerando-se a história da estruturação dos médicos e dos farmacêuticos como profissões, acho mais provável que a terceirização dos laboratórios esteja mais relacionada à tensão permanente, existente no setor saúde, entre o trabalho profissional do tipo artesanal e o trabalho assalariado. Entre a prática independente e autônoma e a prática em unidades hospitalares e ambulatoriais que envolve o trabalho coletivo, organizado sob influência do trabalho artesanal e da divisão capitalista do trabalho. Essas duas lógicas de organização do trabalho assistencial em saúde têm convivido ao longo do século, sem que nunca uma tenha se sobreposto à outra;

c) nutricionistas do hospital público apontam desvantagens que a terceirização do serviço de nutrição poderia trazer e, no hospital privado, uma entrevistada mostra as dificuldades que estão encontrando no processo de terceirização da lavanderia.

Existiam comentários de que a Secretaria da Saúde tinha um projeto de terceirizar o serviço de nutrição. [...] Os nutricionistas dos hospitais ligados à Secretaria da Saúde, reuniram-se para discutir essa questão. Concluíram que devido à especificidade da dieta de cada paciente, as particularidades relativas a patologias e hábitos, às necessidades de agilidade na adaptação da alimentação frente às intercorrências apresentadas pelos pacientes, terceirizar este serviço, certamente, traria prejuízos à qualidade da assistência (Nutricionistas, hospital público).

A experiência de terceirização da lavanderia está muito ruim, hoje faltou roupa, tem vindo roupa errada, não vem dobrada corretamente, veio roupa de outro hospital, veio roupa de berçário - que não existe no hospital, não vem roupa na quantidade necessária. Esse era um ponto positivo do hospital : ter roupa em quantidade e na hora certa, era só telefonar e as roupas estavam disponíveis (Técnica de enfermagem, hospital privado);

d) na grande imprensa, também têm aparecido denúncias de profissionais de saúde sobre as conseqüências de terceirizar, entregando parte das atividades assistenciais dos serviços públicos ao setor privado. Essas empresas, para obter o máximo de lucro, fraudam o serviço público, atendem mal, e colocam em risco a vida das pessoas. As mortes de 60 pacientes que eram atendidos em Clínica de Hemodiálise, em Caruaru - PE, de fevereiro a abril de 1996 envolveram um processo de investigação solicitado pela Secretaria da Saúde de Pernambuco, concluindo que quase todas as mortes ocorreram por hepatite tóxica, devido ao mau tratamento da água que era usada no processo de hemodiálise<sup>39</sup>. A clínica de Caruaru é da Secretaria da Saúde do Estado que terceirizou o atendimento. Um médico paulista, que foi Secretário da Saúde de São Paulo, e é deputado federal, denunciou, em artigo recentemente publicado pelo Jornal Folha de São Paulo, que a economia de gastos com a água foi a causa das mortes na clínica de Caruaru e que isso ocorreu devido à lógica da privatização que rege a terceirização desse serviço, a qual busca o lucro, em

---

39 - Resultado de auditoria feita pelo Ministério da Saúde em serviços de hemodiálise do país diz que: mais de 50 % dos serviços não fazem controle da qualidade da água que é utilizada no tratamento; muitas máquinas utilizadas estão obsoletas e que não é feita a troca dos filtros usados nas máquinas, na periodicidade adequada (Folha de São Paulo, 11 de outubro de 1996).

primeira instância, "às custas da fraude e do mau atendimento" (Pinotti, 1996 - Folha de São Paulo).

### 1.3 ESTRUTURA ADMINISTRATIVA E POLÍTICA DE GESTÃO

Considerando-se que o processo de reestruturação que está ocorrendo nas empresas da produção material, tem diversas características que foram apontadas no capítulo 2 da primeira parte deste texto, verifica-se que os hospitais estudados estão sendo afetados por estas mudanças, mas de forma muito insipiente.

No que diz respeito à estrutura empresarial, o hospital privado está mais afetado pela terceirização e organiza-se como uma rede articulada de serviços terceirizados. O hospital público tem uma estrutura mais verticalizada e está muito pouco afetado pela terceirização. No que diz respeito ao uso de tecnologia de ponta, o hospital privado vem investindo bastante, e aponta como perspectiva de futuro, se apresentar no mercado como referência pelo uso de tecnologia avançada em áreas específicas. O hospital público usa intensivamente tecnologia de ponta em alguns setores mas não tem claramente uma definição de tornar-se referência pelo uso de tecnologia.

Nas duas instituições não existe, claramente articulada, uma política de gestão. O poder é centralizado e, nem os trabalhadores ou suas representações nem representações dos usuários, participam das instâncias decisórias, bem como não existem indicativos de mudanças significativas no processo vigente de administração e gestão. O poder é predominantemente masculino - a maioria dos

cargos da administração superior, inclusive o de diretor, é ocupada por homens, apesar da importância do feminino na composição da força de trabalho dos dois hospitais.

O hospital privado que responde apenas às diretrizes definidas pelos proprietários, é menos sensível às reivindicações dos movimentos sociais, uma vez que não está organizado para atender às necessidades assistenciais da população e sim para atender àquela parcela da população com poder aquisitivo para consumir serviços privados. O hospital público é mais sensível à pressão dos movimentos sociais e movimento sindical dos trabalhadores de saúde porque as diretrizes que orientam a sua organização e funcionamento são definidas em fóruns de representação política. A luta sindical está mais presente no hospital público do que no hospital privado, porque no primeiro hospital os trabalhadores são funcionários públicos, têm estabilidade no emprego, tendo mais margem para negociar do que os trabalhadores do hospital privado, que quando não atendem aos interesses da administração, são demitidos. Os critérios de ocupação dos cargos de direção são mais democráticos no hospital público do que no hospital privado, uma vez que existem alguns critérios definidos e aprovados pela Assembleia Legislativa do Estado.

Em relação à questão da avaliação da qualidade da assistência e da satisfação da clientela, não se verificam mudanças significativas. Como medidas insipientes em direção a uma ruptura com o modelo tradicional, podemos apontar:

- a) o hospital público fez contatos recentes com uma fundação ligada à Universidade Federal de Santa Catarina, com vistas à implantação futura de um programa de controle da qualidade da assistência prestada, e algumas iniciativas desarticuladas de avaliação da satisfação dos usuários;
- b) no hospital privado, a Gerente dos Serviços de Enfermagem e a Chefe de Enfermagem do Centro Cirúrgico, no momento da pesquisa, estavam participando de curso sobre qualidade total, na Fundação Getúlio Vargas, com o objetivo de instrumentalizar-se para aplicação desses princípios no âmbito do hospital; a Gerente dos Serviços de Enfermagem participa, através do Conselho Federal de Enfermagem, de discussões com enfermeiros de outros estados buscando elaborar parâmetros para avaliação da produtividade / qualidade dos serviços de enfermagem, e, recentemente, o hospital aceitou participar do processo de avaliação dos hospitais, instituído pela Associação Paulista de Medicina, que concede selo de qualidade aos hospitais que forem avaliados positivamente.

### **Hospital Público**

No hospital público, legalmente e na prática, o diretor é a autoridade máxima do hospital. Mas, como se trata de um hospital da rede do Sistema Único de Saúde - SUS, subordinado à política do Ministério da Saúde e da Secretaria Estadual da Saúde, as decisões mais importantes, em termos de estrutura organizacional, financiamento, política de pessoal, tipo de assistência prestada, população-alvo e recursos disponíveis, estão fora do âmbito do hospital.

A centralização burocrática, agravada pela tomada de decisões distante do espaço local, tem trazido enormes dificuldades gerenciais apontadas pela direção, e, também, por diversos profissionais de saúde. Dentre elas estão: a morosidade em resolver problemas que envolvem recursos financeiros; as dificuldades que os setores de compras têm em combinar a especificação técnica necessária com o resultado das licitações, de modo que a compra de material mais barato, por vezes é inadequada, resultando em perdas e gastos maiores; os critérios político-clientelistas influenciando na definição de prioridades e na dotação de recursos. Campos (1992) e Cecílio (1994a, 1994b), apontam que a descentralização e a horizontalização são necessárias ao adequado e eficiente desempenho gerencial.

O hospital público respeita alguns dispositivos legais que estabelecem pré-requisitos para o preenchimento dos cargos diretivos; o mandato e a forma de escolha dos ocupantes dos cargos e as funções que dizem respeito aos mesmos. Essas normatizações funcionam como diretrizes orientadoras da organização da instituição.

A medicina, a enfermagem e a nutrição que compõem a grande maioria dos profissionais de saúde que prestam assistência direta, tem regimentos próprios, sendo que as duas primeiras contam com espaços de deliberação em reuniões gerais ou assembléias gerais, nas quais os pares votam as principais decisões relativas ao desenvolvimento do seu trabalho.



Entre os profissionais de nível superior, da mesma categoria profissional, ocorre um relacionamento mais democrático, mais horizontal de discussão entre pares, mas a relação dos profissionais de nível superior, com os de nível médio, ou elementar, é de subordinação e exclusão do processo decisório.

Não existem espaços democráticos de decisão sobre política de gestão ou assistencial. Profissionais de saúde, trabalhadores da área de apoio, representações associativas e sindicais dos trabalhadores da instituição ou representações de usuários, não participam de instâncias de decisão nem influenciam nas decisões mais gerais relativas à organização do trabalho, estrutura de poder e decisão sobre rumos da instituição.

No entanto, os movimentos reivindicatórios dos trabalhadores da saúde, que surgiram no final da década de 80 no estado, especialmente o movimento dos trabalhadores de saúde da rede pública estadual, têm desempenhado importante papel de denúncia da precária situação dos hospitais e da assistência de saúde no estado. Ao mesmo tempo, esses movimentos têm enfrentado a política governamental de desvalorização dos servidores públicos, que vem sendo adotada pelos governos estaduais de Santa Catarina. Conquistaram algumas reposições salariais e a redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais (para todos os trabalhadores em hospitais da rede estadual de Santa Catarina, exceto para os médicos, que já tinham 20 horas). Os movimentos reivindicatórios dos trabalhadores de saúde, associados às lutas dos trabalhadores em geral e movimentos reivindicatórios de usuários, contribuíram com a mobilização nacional em defesa da universalização do atendimento de

atendimento de saúde e, também, contribuíram para a introdução de princípios mais democráticos na legislação estadual. No final dos anos 80 e início dos 90, com o processo de implantação do SUS, no estado, os trabalhadores da rede pública de saúde passaram a ter estabilidade no emprego.

### **O Hospital Privado**

A partir do final dos anos 70, o hospital estrutura-se para prestar uma assistência de qualidade e implanta uma política de administração e gestão baseada na divulgação de uma visão ideológica de que o hospital constitui-se "numa grande família", na qual todos os membros precisam dar o melhor de si para que tudo funcione bem.

O poder é centralizado, mas todos os funcionários são chamados a trabalhar pelo bem da instituição. Exige-se que trabalhem com competência e, em troca, seus esforços são reconhecidos e recompensados financeiramente, com salários e benefícios diferenciados e superiores aos do mercado.

Até 1992, havia uma certa relação de confiança na direção por parte dos funcionários. Com a saída do administrador, por aposentadoria, a associação proprietária contratou um grupo que prometia fazer uma gestão profissional no hospital. O grupo promoveu mudanças, mas ficou desmoralizado por provocar uma crise financeira na instituição. Foram todos demitidos, no final de 1993. Há cerca de 2 anos assumiu o atual diretor-administrativo, que tem procurado resgatar a forma de gestão implantada a partir do final dos anos 70, mas não conta com a credibilidade do antigo administrador. O chamamento a contribuir

com a empresa continua, mas houve muitas perdas no que diz respeito a salários e benefícios.

A direção do hospital exige que você dê o melhor de si para fazer o melhor trabalho, em troca, a empresa cuidará de você, dará bons salários, diferenciados do mercado, investirá na sua formação profissional. [...] O hospital pede que você dê o melhor de você mas, nos últimos tempos, não está retribuindo em termos salariais (Enfermeira).

Grande parte do poder continua centralizada no **Diretor Superintendente**, que decide sobre questões administrativas diárias, bem como sobre a utilização de recursos financeiros. Não existe, formalmente, definido o papel e espaço de poder do diretor, assim, a gestão, mais ou menos "democrática", depende do que pensa o ocupante do cargo.

Não existem instâncias decisórias formais; os dirigentes e chefes, são cargo de confiança dos chefes hierarquicamente superiores; não existe plano de trabalho periódico, aprovado pelos funcionários ou suas representações, e, não existe plano de carreira explícito para os funcionários do hospital. Trata-se de uma gestão autoritária e centralizadora que provoca incerteza e desconfiança nos trabalhadores<sup>40</sup>.

Muitos serviços estão sendo terceirizados sem que os trabalhadores saibam das conseqüências que isso terá no seu emprego. Há manifestação de insatisfação dos trabalhadores em relação às medidas que estão sendo tomadas pela direção atual, como a mudança do sistema de entrada no hospital (uma

---

40 - São exemplos dessa postura autoritária e centralizadora: o processo de elaboração do novo estatuto, que ainda não está em vigor - feito pelo Conselho Deliberativo com auxílio de advogados e sem qualquer discussão com os trabalhadores da instituição; o ajuste que está sendo feito nos organogramas - centralizado na direção e no máximo nas chefias superiores.

porta para entrada de funcionários e outra para médicos, visitantes e pacientes) sem discussão com os funcionários. Uma entrevistada diz que "as decisões chegam prontas sem que você entenda porque ocorreram, as mudanças acontecem, você não entende o porque e se sente lesada".

O autoritarismo e a falta de transparência, no modo de como é gerido o hospital, também ficaram claros na postura do diretor em relação a essa pesquisa, impedindo o acesso ao estatuto do hospital; ordenando a interrupção da pesquisa porque a pesquisadora estava querendo saber muitas coisas sobre o funcionamento do hospital; dificultando o contato com os médicos para a realização das entrevistas e impedindo o acesso aos setores de informática e financeiro.

Quando a ordem de interrupção da pesquisa ficou explícita, muitas entrevista já tinham sido feitas, e, como não foi barrada a minha entrada no hospital, continuei realizando as atividades que já estavam agendadas. Quanto aos trabalhadores, estabeleceu-se uma relação informal e bastante cooperativa. Identifiquei-me como profissional de saúde que tinha como objetivo a realização de um trabalho de investigação científica do campo das Ciências Sociais, e assumi o compromisso de garantir o sigilo dos informantes. A receptividade foi muito boa, possibilitando a observação das atividades e da maneira como elas ocorriam no cotidiano, fazendo com que as entrevistas ocorressem em um clima de confiança.

A Gerência do Serviço de Enfermagem e Apoio e a Direção Clínica são centrais, constituindo-se, junto com o Diretor Superintendente, o núcleo decisório do hospital. Segundo membro da direção, as demais chefias não ligadas à direção clínica ou ao serviço de enfermagem, são "pequenas", não tendo outras estruturas subordinadas, "são serviços menores, serviços meio, que somam para que esses três possam dirigir bem a instituição". No entanto, fica difícil definir o grau de importância de uma ou outra categoria, pois reporta-se, novamente, à questão da definição de núcleo central do processo de trabalho em saúde. O serviço de nutrição, por exemplo, é bastante abrangente e não parece ser "menor" em termos de peso na estrutura do hospital.

Os médicos participam do núcleo decisório apesar de serem, na grande maioria, credenciados e vistos como "clientes" que utilizam a estrutura do hospital. Não estão envolvidos no dia-a-dia do funcionamento institucional, mas participam das grandes decisões que influenciam o seu trabalho.

Segundo membro da direção e diversos entrevistados, a instituição atende a dois tipos de clientes: os médicos e os pacientes. Os **pacientes** - que irão pagar pelos serviços recebidos e, com isso, manter o hospital como instituição, e o emprego das pessoas e os **médicos** - que captarão os pacientes para o hospital, entendendo que sem eles o hospital não pode funcionar, não pode atender aos pacientes. Os funcionários do hospital têm que trabalhar, para servir a esses dois tipos de clientes. Dos médicos se espera, e, de certa forma se exige, que sejam capazes tecnicamente, para captarem pacientes com bom poder aquisitivo; que prestem um atendimento de qualidade, para que o hospital

mantenha o seu padrão, e possa cobrar bem pelos serviços prestados, e seja uma opção para assistência de saúde de quem pode pagar.

Essa visão de médicos, como "clientes", parece ser a visão da instituição, o que, de certa forma, corresponde ao papel diferenciado dos médicos credenciados (a maioria dentre os médicos) em relação aos demais trabalhadores assalariados. Um trabalhador autônomo que utiliza a instituição como um de seus instrumentos de trabalho. Essa característica muda, totalmente, quando o médico é assalariado, passando a ser um trabalhador que vende a sua força de trabalho enquanto mercadoria, ficando mais submetido às regras da instituição.

A enfermagem constitui-se em todos os serviços de saúde, num grupo fundamental à assistência: parte indispensável do processo de tratamento; é o maior grupo de trabalhadores do setor saúde; é o grupo que assiste nas 24 horas e nos 365 dias do ano, nas instituições hospitalares, e em todos os horários de funcionamento nas estruturas ambulatoriais. No entanto, esse grupo, na grande maioria das vezes, tem pouco poder na estrutura das instituições. Neste hospital, o serviço de enfermagem tem grande peso, e, provavelmente, representa uma estrutura ímpar no conjunto dos serviços de saúde do país. Responsabiliza-se por uma série de atividades, que, na grande maioria dos hospitais brasileiros, deste mesmo nível de organização, está na área de apoio. Parece-me que se pode apontar como explicação para essa situação singular de poder do serviço de enfermagem, nessa instituição, o fato da gerente-chefe ser membro da associação de proprietários e ter características pessoais-profissionais que lhe

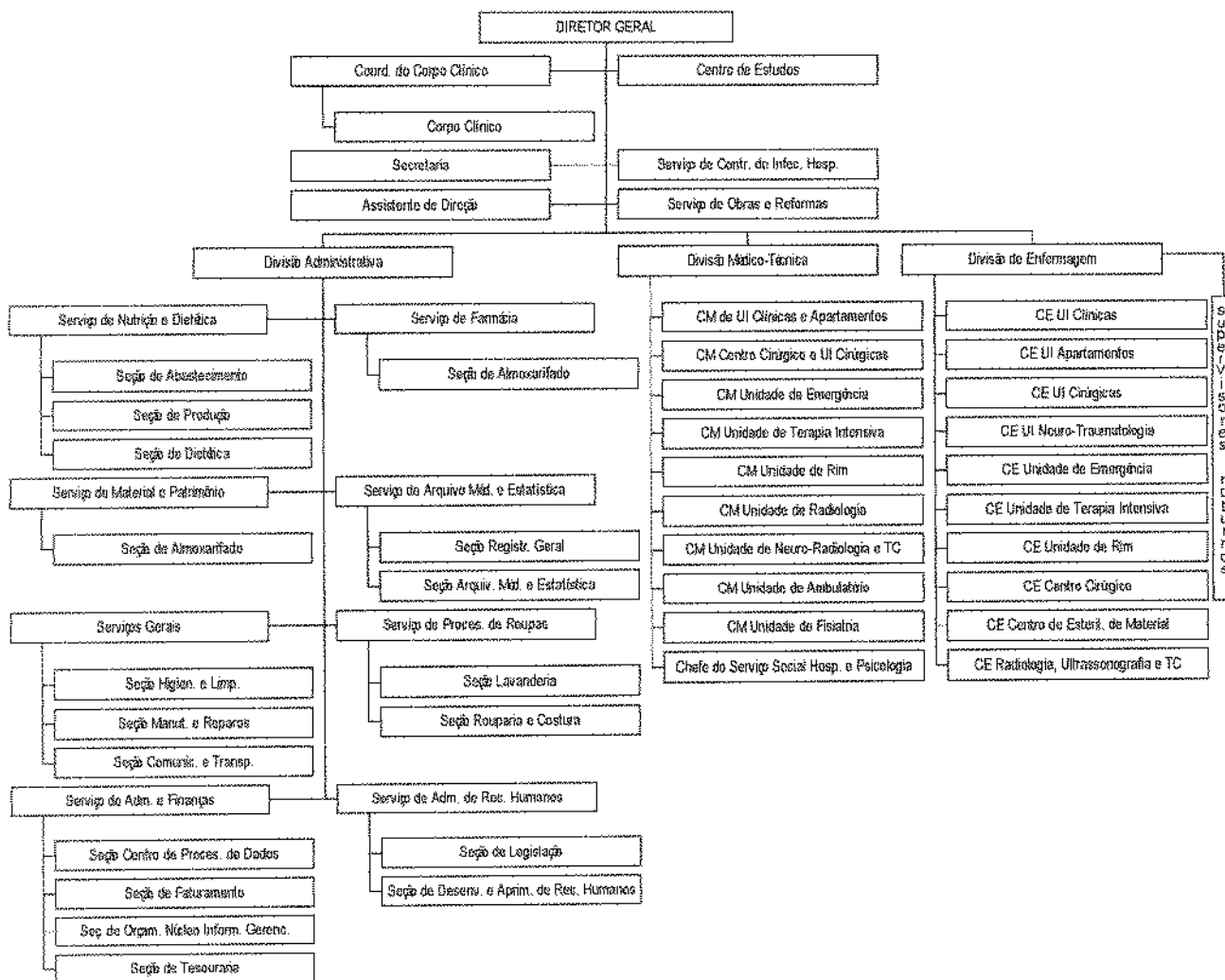
garantem poder e respeitabilidade junto aos demais associados e ao diretor. A enfermagem, como maior grupo e com grande peso no resultado assistencial, dirigida por uma pessoa perfeitamente integrada à estrutura de poder da instituição e com competência técnica, consegue influenciar no gerenciamento geral. Os demais grupos profissionais, mais recentemente estruturados como profissões, têm pouco peso na estrutura gerencial.

O que fica claro é que, neste hospital, a chefia médica e a de enfermagem têm poder e o exercem. Os demais profissionais de saúde e trabalhadores do hospital, também têm importância no resultado assistencial mas não exercem o poder. São consultados antes que seja colocado em execução algum projeto ou modificação no hospital, em aspectos que envolvem o seu trabalho específico, mas não têm poder de vetar decisões já tomadas.

### 1.3.1 ORGANOGRAMA, FORMA DE OCUPAÇÃO DOS CARGOS E PROCESSO DECISÓRIO NO HOSPITAL PÚBLICO

O organograma geral do hospital permite uma visão global do mesmo e do fluxo de poder.

FIGURA 1- ORGANOGRAMA GERAL DO HOSPITAL PÚBLICO



C.M. - Coordenador Médico;

C.E. - Coordenador de Enfermagem;

UI - Unidade de Internação;

TC - Tomografia Computadorizada.

O **Diretor geral** é a autoridade máxima do hospital. É cargo de confiança do Secretário da Saúde e por ele indicado sem qualquer consulta aos quadros de pessoal do hospital. O cargo tem caráter político e o diretor cumpre um mandato de 4 anos, acompanhando o mandato do governador do Estado. Não tem pré-requisitos técnicos para assumir o cargo, podendo ser qualquer pessoa de



confiança do Secretário da Saúde. Neste hospital, o cargo sempre foi ocupado por médico.

O diretor geral escolhe os gerentes ou diretores da Divisão de Enfermagem; da Divisão Médico-Técnica e da Divisão Administrativa e estes os seus subordinados diretos.

Subordinado à **Divisão Administrativa** estão, dentre outros, o **Serviço de Nutrição e Dietética** e o **Serviço de Farmácia**.

Em alguns serviços, os pares participam da escolha das novas chefias, como na nutrição. Segundo as nutricionistas, para a escolha das atuais chefes, houve um certo acordo entre elas, sobre quem deveria ocupar os cargos de chefia, mas os demais funcionários da nutrição não foram consultados, todavia, segundo elas, os demais funcionários da nutrição concordaram com as escolhas feitas, pois, "se não gostassem, eles iam gritar. Eles são até bem questionadores, e, se não concordam com alguma conduta, eles normalmente reclamam".

A **Divisão Médico-Técnica** é chefiada por uma médica indicada pelo diretor geral. Os pré-requisitos legais para ocupar os cargos são: inscrição no Conselho Regional de Medicina, especialização em administração de saúde, residência médica, experiência mínima de 5 anos na área, pertencer ao corpo clínico do hospital. A chefe da Divisão Médico-Técnica é responsável pela organização, supervisão, programação e avaliação das atividades do corpo clínico do hospital. Estão subordinados à Diretora Médico-Técnica, indicados por ela, os **Coordenadores Médicos das Unidades** e o **Serviço Social Hospitalar**

e **Psicologia**, que é chefiado por uma assistente social, também indicada pela diretora médico-técnica.

Subordinado à Coordenadoria Médica do Ambulatório, além das especialidades médicas que lá atuam, existem os fonoaudiólogos que atuam junto aos médicos da otorrinolaringologia. São 2 fonoaudiólogos que iniciaram a trabalhar no hospital em janeiro de 1995 ( há 2 meses, no momento da pesquisa).

Ainda subordinado à Divisão Médico-Técnica está a **Coordenadoria Médica da Unidade de Fisiatria** - que é a estrutura que organiza os fisioterapeutas. A chefia é ocupada por um médico ortopedista e fisiatra. É um serviço recente, criado em janeiro de 1995 (há 4 meses no momento da pesquisa).

As unidades assistenciais organizam-se, basicamente, segundo a lógica das especialidades médicas (unidades de internação clínicas, cirúrgicas, unidade de rim, de fisiatria, neuro-traumatologia) que dizem respeito ao tipo de patologia ou órgãos afetados e segundo o tipo de intervenção realizada (terapia intensiva, emergência, ambulatório, exames complementares).

O Regimento do Corpo Clínico, aprovado pelos médicos em Assembléia Geral, em março de 1995, mostra que os médicos organizam-se, em primeira instância, nas suas especialidades (clínicos, neurologistas, hematologistas, ortopedistas, anestesistas, etc.). Essas especialidades são chamadas de serviços e têm regras próprias de funcionamento, decidindo sobre: organização da escala de trabalho; substituição entre pares (uns têm o nome na escala e outros

substituem); definição da modalidade de divisão do pró-labore (uma espécie de produtividade percebida pelos médicos).

O corpo clínico desenvolverá suas atividades, preferencialmente pelos serviços médicos regulamentados e organizados em: Unidade de Clínica Médica, Unidade de Clínica Cirúrgica e Unidade de Procedimentos Diagnósticos e Terapêuticos.

Os Serviços médicos serão tantos quantos forem necessários, estão subordinados às unidades e desenvolverão regulamentos próprios.

Cada serviço terá um chefe indicado por seus membros, referendado pelo diretor geral, e terá mandato coincidente com o do diretor (Regimento do Corpo Clínico, art. 3).

Cada médico está vinculado à organização da sua especialidade, e as diversas especialidades relacionam-se com os coordenadores médicos das unidades nas quais eles atuam. O coordenador médico de uma unidade assistencial, coordena o trabalho das especialidades médicas que nela atuam. Além de articular-se com a coordenadora de enfermagem da unidade e com as chefias gerais do hospital. O regimento também estabelece critérios para ocupação dos cargos de representação e chefia médica; institui normas democráticas de escolha com indicação pelo grupo, apesar da última palavra ser do diretor geral. Estabelece, também, que a assembleia é o fórum de decisão do corpo clínico.

Cada Unidade será coordenada por um médico efetivo das áreas integrantes, designado pelo diretor geral, a partir de uma lista tríplice de nomes indicados pelos respectivos chefes de serviço (Regimento do Corpo Clínico, art. 3).

Nenhum dos médicos entrevistados questionou a representatividade das chefias médicas. Fizeram críticas ao modo como é desenvolvido o trabalho, apontaram problemas, mas falavam como participantes das decisões que diziam respeito à organização do seu trabalho. O discurso coincide com a prática de

quem tem peso nas decisões e tem certa autonomia de organização, submetendo-se a regras compartilhadas.

Os membros do corpo clínico, que são, basicamente, os efetivos (funcionários assalariados) e os credenciados (que podem prestar assistência no hospital mas não têm vínculo empregatício), têm competência, dentre outras, para:

Opinar sobre a realização de convênios; manifestar-se, através dos seus respectivos serviços, sobre a criação de vagas para médicos em concursos públicos promovidos pela Secretaria Estadual de Saúde e destinados ao hospital; decidir sobre a exclusão de médicos através dos foros competentes (Regimento do Corpo Clínico, art. 13).

Existe autonomia profissional, limitada por um conjunto de regras compartilhadas. Regras para escolha dos dirigentes, definição do processo de deliberação, definição de limites na atuação profissional, formas e tipos de punições (apesar de, na prática, predominar o espírito de corpo e de proteção mútua).

O gerente ou diretor da **Divisão de Enfermagem** é escolhido pelo diretor geral. Legalmente não existe eleição, e o diretor tem autonomia para mudar os ocupantes dos cargos, se desejar. A atual diretora foi escolhida pelos enfermeiros e está acompanhando a terceira direção do hospital. Os demais membros da equipe de enfermagem não participaram do processo de escolha. Existem critérios legais para ocupação do cargo: ser enfermeiro, inscrito no Conselho Regional de Enfermagem - COREn, com experiência mínima de 5 anos de atuação na enfermagem e ser do quadro efetivo do hospital.

A Divisão de Enfermagem conta com três **Supervisores Noturnos** (um por noite), que são responsáveis pela supervisão das atividades de enfermagem, pelo encaminhamento de soluções de problemas com pessoal, material, rouparia, manutenção, comunicações e transporte, durante o período noturno. Funcionam como uma espécie de "diretores do hospital", nesse período.

Subordinado à Divisão de Enfermagem existem os **Coordenadores de Enfermagem das Unidades**, que precisam ser enfermeiros, inscritos no COREn, com dois anos de atuação na área e pertencer ao quadro efetivo do hospital. Os ocupantes dos cargos são indicados pela diretora da Divisão de Enfermagem e não têm mandato.

Durante 25 anos, o hospital só dispunha de 1 enfermeiro supervisor noturno para todo o hospital. A partir de 1991, o hospital passa a trabalhar com enfermeiros nas 24 horas nos serviços de Neurologia, Emergência e na UTI, ficando com 1 enfermeiro plantonista para supervisão das demais unidades do hospital.

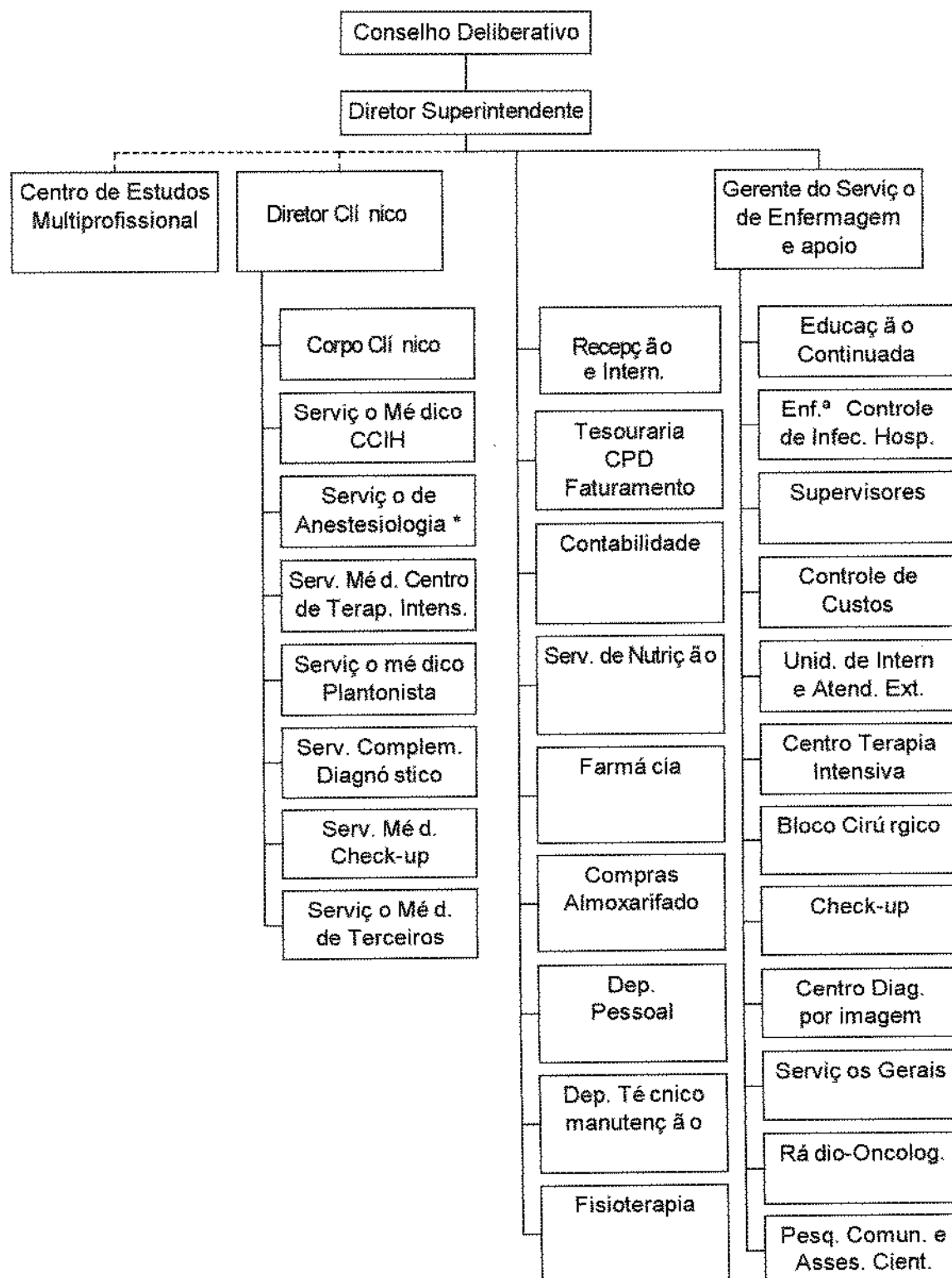
Existe um Regimento Interno da Divisão de Enfermagem, que orienta todo o trabalho da enfermagem no hospital.

### 1.3.2 ORGANOGRAMA, FORMA DE OCUPAÇÃO DOS CARGOS E PROCESSO DECISÓRIO NO HOSPITAL PRIVADO

O organograma geral do hospital e os organogramas de alguns serviços dão uma visão geral do hospital, da relação administrativa dos serviços e da estrutura de poder. O organograma em vigor é de 1989, e está sendo mudado

para adaptar-se ao funcionamento atual. Os da enfermagem e da nutrição correspondem ao funcionamento atual do hospital. As linhas tracejadas (- - - - -) - significam subordinação administrativa; as linhas cheias (\_\_\_\_\_) - significam subordinação técnica e administrativa.

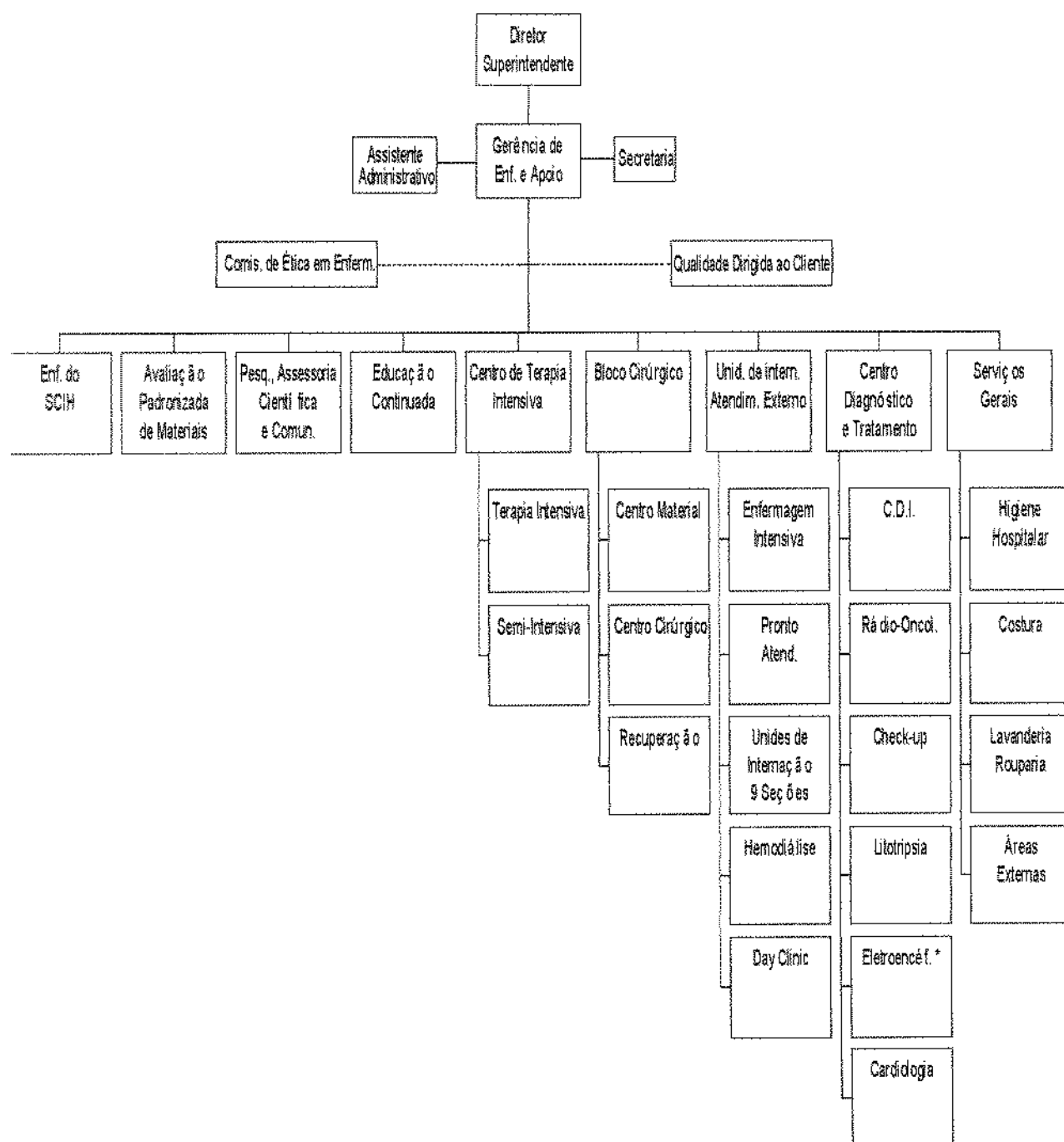
FIGURA 2 -ORGANOGRAMA GERAL DO HOSPITAL PRIVADO



\*O Serviço de Anestesiologia ainda está no organograma, mas é um serviço independente, terceirizado.

CPD - Centro de Processamento de dados; CCIH - Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.

FIGURA 3 - ORGANOGRAMA DA ENFERMAGEM DO HOSPITAL PRIVADO



S. C. I. H. - Serviço de Controle de Infecção Hospitalar

CDI - Centro de Diagnóstico e Imagem

\* Eletroencéfalo - mudou para neurofisiologia clínica



O cargo de **Diretor-Superintendente** é de confiança, escolhido pelos membros do Conselho Deliberativo, não tem mandato. Em toda a história do hospital, nunca foi um profissional da área da saúde. Não existem regras que delimitem o papel do Diretor-Superintendente e na prática diária, ele detém todo o poder.

A **Diretoria Clínica** é subordinada, administrativamente, ao Diretor-Superintendente, e todos os cargos dessa diretoria são subordinados técnica e administrativamente ao Diretor Clínico. O Diretor Clínico é um médico do corpo clínico, escolhido pelo Conselho Deliberativo. No Regimento do Corpo Clínico, recentemente elaborado, está prevista a escolha, pelos médicos dos ocupantes dos cargos da direção clínica, mas a decisão final é do Diretor-Superintendente e do Conselho Deliberativo. O mandato de diretor e vice-diretor clínico, é de 2 anos.

O cargo de diretor clínico, segundo o estabelecido no Regimento do Corpo Clínico, tem funções administrativas de coordenação das atividades médicas desenvolvidas no hospital, mas, na prática, parece ter mais a função, já comentada, de representação dos interesses da corporação junto à direção, o que aparece quando o Diretor Clínico diz que não domina as questões relativas à carga horária contratual e salário dos plantonistas, que estas são questões administrativas. O seu papel, nestes casos, é o seguinte: quando existe algum problema, os médicos o procuram, ele avalia as reivindicações comparando com a situação de outros hospitais do mesmo nível e, depois, encaminha-as à direção. O médico plantonista entrevistado também relatou que esse é o

processo de encaminhamento dos problemas relativos a salário e condições de trabalho.

No hospital público existem dois cargos relativos à organização do trabalho médico: um Diretor Médico-Técnico, que é responsável administrativamente pelo trabalho de médicos e outros profissionais de saúde, como psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais e um Coordenador do Corpo Clínico, que é escolhido pelos médicos e tem a função explícita de representação dos interesses médicos junto à direção.

Existe um Conselho Médico, composto pelo Diretor Clínico e Vice-Diretor Clínico, e por membros efetivos do corpo clínico, indicados pelo diretor clínico. O mandato do conselho acompanha o do Diretor Clínico e tem função de assessoria. Não é uma instância representativa dos médicos, o poder real continua centrado no Diretor Clínico. E, o **Corpo Clínico** é formado por todos os médicos que "utilizam as instalações do hospital para o exercício de suas atividades profissionais" (Regimento Interno do Corpo Clínico, artigo 1, p. 1).

O funcionamento do hospital é decidido pela administração, mas os médicos têm peso na estrutura de poder e participam do núcleo dirigente envolvendo-se, principalmente, com o que diz respeito ao trabalho médico. Os médicos mantêm uma relação especial com o hospital, pois, sem eles, o hospital não consegue atender aos clientes, e a estrutura não funciona. Os médicos dominam os aspectos centrais da tecnologia envolvida na assistência de saúde, dominam a parte nevrálgica do processo de trabalho em saúde. Mas,

principalmente, detêm os direitos legais para fazer os diagnósticos, decidir sobre o tratamento, sobre a internação, e a alta hospitalar, e atestar óbitos.

A empresa-hospital não domina a corporação, que detém o conhecimento especializado. Os médicos precisam do hospital para desempenhar determinadas atividades e o hospital tem a propriedade de alguns instrumentos de trabalho indispensáveis ao seu trabalho. Os médicos não são subordinados a um hospital específico, mantêm certa autonomia, podendo fazer suas atividades em outras instituições e, ao mesmo tempo, têm a garantia legal de que o hospital não pode desenvolver as suas atividades sem o trabalho profissional médico. A relação médico / instituição assistencial em saúde é diferente da relação engenheiros / empresas da produção de bens materiais. No caso da produção material, a empresa pode apropriar-se do conhecimento e da tecnologia; no caso das instituições de saúde, isso não é possível, porque o trabalho envolve o atendimento a individualidades humanas, sendo que, em cada atendimento, é necessária uma avaliação e indicação terapêutica específica.

Quase toda a estrutura necessária para o funcionamento do hospital está sob a direção da gerência geral de enfermagem, bem como, todos os cargos a ela subordinados são ocupados por enfermeiros. A **Gerente do Serviço de Enfermagem e Apoio** é indicada pelo diretor, e não tem mandato. É cargo de confiança da direção. A diretora atual está no cargo há mais de 18 anos. A maioria dos ocupantes dos cargos foi escolhida pela Gerente do Serviço de Enfermagem e Apoio, por ocasião da estruturação da unidade, setor ou comissão. Não existe processo eleitoral para escolha dos cargos nem mandato

"se der certo vão ficando", mas, recentemente, a nova chefe de Unidades de Internação e Atendimento Externo foi escolhida pelos enfermeiros. Uma chefe de enfermagem diz que, existindo vaga para a chefia de unidade, a escolha é feita em conjunto: pela chefe das Unidades de Internação e Atendimento Externo, enfermeira da Educação Continuada e Gerente do Serviço de Enfermagem e Apoio. Para a escolha consideram o envolvimento com o trabalho e com a instituição - "quem coopera com a instituição"; o investimento no aprimoramento científico; quem tem curso de administração hospitalar ou está cursando; a dedicação ao trabalho, e ainda preferem quem tenha mais de 5 anos de formado.

As chefias de enfermagem coordenam o trabalho de todos os trabalhadores de enfermagem: enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem. No entanto, os técnicos, auxiliares e atendentes, apesar da sua importância na equipe e do seu peso no resultado da assistência de enfermagem, estão totalmente alijados do processo de decisão. Uma técnica de enfermagem, entrevistada, diz que o pessoal de enfermagem não participa das decisões, e que nunca são consultados para a escolha das chefias, "ficam só na torcida".

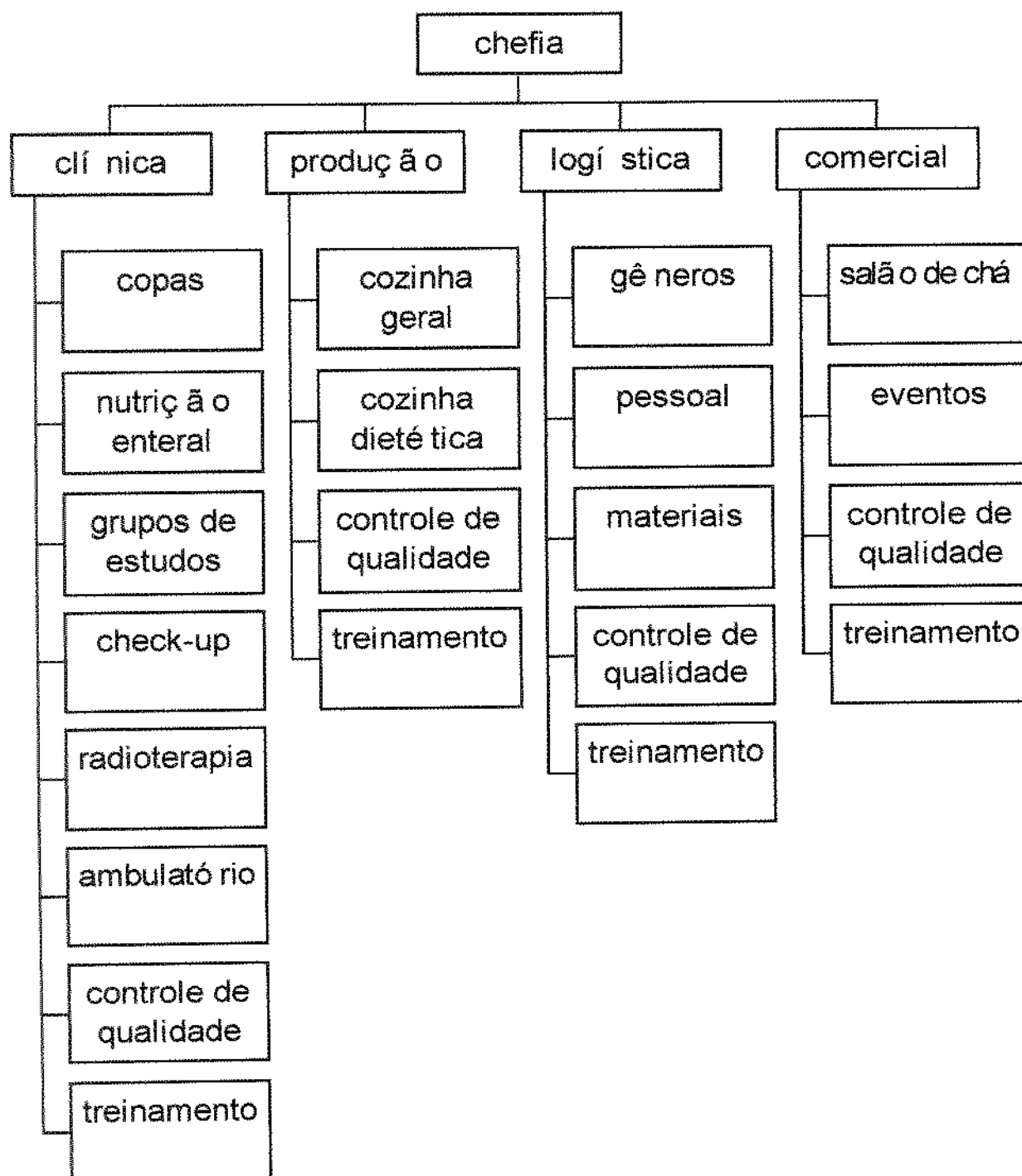
**Os serviços de nutrição e dietética, fisioterapia e farmácia** são ocupados por profissionais das respectivas áreas. São cargos de confiança do diretor superintendente e por ele escolhidos. Não têm mandato. Há regimentos próprios, que dispõem sobre o funcionamento dos respectivos serviços. Os regimentos foram elaborados pelas chefias, algumas vezes com a colaboração de alguns colegas do grupo ou ouvidas as expectativas do grupo, mas sem

qualquer processo de consulta ou aprovação formal dos trabalhadores envolvidos.

Esses serviços são subordinados, diretamente, ao Diretor-Superintendente, mas não participam das decisões gerais relativas ao hospital, tratam de aspectos administrativo-gerenciais relativos ao seu campo específico de atuação, podendo ser consultados sobre decisões que envolvam o seu trabalho direto. Ficam no mesmo nível de outros cargos administrativos, como: tesouraria, contabilidade, recepção, compras e almoxarifado, departamento técnico e de manutenção, departamento de pessoal (estruturando-se recentemente como departamento de recursos humanos). Os ocupantes dos cargos administrativos não são profissionais da saúde, são técnicos ou pessoas treinadas, escolhidas pelo Diretor-Superintendente.

O organograma do **Serviço de Nutrição e Dietética** mostra a sua estrutura básica.

FIGURA 4 - ORGANOGRAMA DO SERVIÇO DE NUTRIÇÃO E DIETÉTICA DO HOSPITAL PRIVADO



O Serviço de farmácia é composto por: uma seção técnico-científica, responsável pelo trabalho com estagiários e grupos de estudos; seção de

compras que se responsabiliza por toda a compra de medicamentos e material de consumo; seção de distribuição e armazenamento; seção de produção semi-industrial, responsável pelo preparo de nutrição parenteral e pesagem de material.

O **Serviço de fisioterapia** é "subordinado administrativamente à gerência geral e, do ponto de vista médico, à direção clínica [...] tem chefia própria, dirigido por fisioterapeuta com autonomia profissional" (Regimento Interno do Serviço de Fisioterapia). Tem uma chefia geral e estruturas subordinadas com chefias próprias: Chefia de Fisioterapia da Unidade de Terapia Intensiva, Chefia de Fisioterapia da Unidade de Enfermagem Intensiva, Chefia de Fisioterapia das Unidades de Internação, Fisioterapeutas das Unidades, Fisioterapeutas Plantonistas de finais de semana e feriados. O regimento também estabelece critérios para ocupação dos cargos, mas não trata da forma de escolha.

No final dos anos 70, o hospital realizou uma série de mudanças para tornar-se um hospital reconhecido pela sociedade como instituição que presta assistência de saúde de boa qualidade. Deu posse a um diretor que ficou 15 anos no cargo (1977/1992) e contratou a enfermeira que gerencia o Serviço de Enfermagem e Apoio até hoje. Na década de 80, o hospital investiu em tecnologia, em pessoal qualificado, em ampliação da área física e dos serviços, estruturando-se a base do que o hospital é hoje: o fluxo de poder; a organização dos serviços; a forma de escolha dos ocupantes dos cargos; a política de pessoal.

## 1.4 A POLÍTICA SALARIAL E TRABALHISTA DAS INSTITUIÇÕES ESTUDADAS

### 1.4.1 OS TRABALHADORES DE SAÚDE FRENTE À POLÍTICA SALARIAL E TRABALHISTA ADOTADA PELO HOSPITAL PÚBLICO

Não existe uma política explícita em relação à força de trabalho. É possível dizer que a política vigente é de buscar, junto à Secretaria da Saúde do Estado, o suprimento, em quantidade e qualidade, de pessoal necessário para garantir a assistência.

O investimento na capacitação da força de trabalho não parece ser uma política central da instituição, apesar de alguns esforços como: o programa de treinamento aos ingressantes e de atualização técnica, coordenado pelo Serviço de Recursos Humanos; os cursos de atualização e padronização de procedimentos, ministrados pela Comissão de Controle de Infecção Hospitalar a todos os funcionários do hospital; os cursos de atualização promovidos pela Divisão de Enfermagem.

O hospital autoriza a participação em eventos e cursos, bem como em cursos de pós-graduação, mas muitas vezes o funcionário precisa repor as horas que esteve ausente, de modo que o aprimoramento profissional significa uma sobrecarga para o trabalhador. A participação, geralmente, depende de iniciativas individuais. Parte do esforço em aprimoramento profissional é reconhecido, pela progressão no Plano de Carreira e pelo pagamento de adicional ao salário-base, por titulação obtida em cursos de pós-graduação. E, a



participação em alguns cursos promovidos pela instituição são remunerados como hora-extra.

Os atendentes de enfermagem, a partir do final dos anos 80, passam a ter a suas atividades redirecionadas em função da Lei do Exercício Profissional de Enfermagem - LEP 7498/86, e alguns são encaminhados pelo hospital para a profissionalização. No entanto, os atendentes de enfermagem têm muitas críticas à sua situação trabalhista, uma vez que depois de todo o esforço empregado para fazer o curso de auxiliar de enfermagem, a sua situação salarial continua a mesma.

### **Salário, regime de contratação e condições de trabalho**

A grande maioria dos funcionários do hospital de todas as categorias profissionais, inclusive os médicos, é assalariada, funcionários públicos estaduais - concursados e efetivos. São estatutários com estabilidade no emprego e submetidos à política salarial e trabalhista do Governo do Estado. O ingresso é por concurso público, e os contratos são individuais.

Existem outras modalidades de contratação, mas que são amplamente minoritárias e não existe, explicitamente, um política de ampliação desse tipo de contratos trabalhistas. Dentre essas modalidades, encontramos: a) os contratados por tempo determinado, isto é, contrato temporário, por um ano, renovável a cada ano, no qual os trabalhadores não gozam dos benefícios dos funcionários efetivos, como, por exemplo, a estabilidade, os triênios e a progressão funcional; b) funcionários públicos estaduais lotados em outras

instituições e que fazem "hora-plantão" no hospital estudado, isto é, recebem como hora-extra. É o caso da maioria da equipe de fisioterapia do hospital. Somente uma fisioterapeuta é funcionária efetiva do hospital, a outra fisioterapeuta, bem como o técnico e o auxiliar de fisioterapia fazem hora-plantão no hospital; c) médicos autônomos que são credenciados para atender alguns pacientes no hospital; d) prestação de serviços eventuais; e) trabalhadores lotados em serviços terceirizados que desenvolvem parte do trabalho assistencial.

Os funcionários efetivos têm o seu salário inicial, definido no **Plano de Carreira** do funcionalismo público estadual. Os enquadramentos são diferenciados de acordo com o grau de escolarização básica, e, segundo alguns critérios relativos, ao tipo de trabalho realizado. O plano também estabelece os critérios para a progressão durante a vida funcional. O funcionário progride na carreira por tempo de serviço e por titulação (participação em cursos de atualização, bem como, pela conclusão de cursos formais de pós-graduação, para os profissionais de nível superior). Além disso, os funcionários efetivos têm direito, a **triênio**, isto é, a cada três anos, recebem um adicional de 3% sobre o salário da tabela, acrescido da insalubridade. Têm direito, também, ao **vale transporte** e à **alimentação**. Esta última é fornecida pela instituição sem ônus para o trabalhador. São respeitados os direitos trabalhistas, como: adicional por trabalho noturno e gratificação por insalubridade.

Em relação à insalubridade, a política é de pagar o estabelecido em lei conforme os graus de exposição ao risco. Os trabalhadores precisam solicitar

individualmente, em função disto, existem médicos que não estão recebendo o valor correspondente ao grau de risco a que estão expostos.

Os funcionários da limpeza e copa, com o recebimento do grau máximo de insalubridade, praticamente, dobram o valor do rendimento mensal. Como o salário é muito baixo, esse acréscimo na renda desses trabalhadores é substancial, podendo tornar "atrativos" os trabalhos que expõem mais a riscos, quando, na verdade, podem tirar um dos bens mais importantes para o ser humano, que é a saúde.

Para remunerar as horas-extra e determinadas atividades de interesse da instituição, a Secretaria da Saúde do Estado adota a modalidade de **hora-plantão**<sup>41</sup>. A hora-plantão vale 50 % sobre o valor da hora normal, e era bastante utilizada na instituição. Grande parte dos trabalhadores (médicos, trabalhadores de enfermagem, nutricionistas, farmacêuticos, funcionários da limpeza e da copa, dentre outros) recebia horas-plantão, variando individualmente, de acordo com o número de horas trabalhadas.

O regime de hora-plantão é utilizado, segundo as chefias, para garantir o funcionamento dos serviços, pela insuficiência de funcionários. Para os

---

<sup>41</sup> - Em 1996, depois de concluída a coleta de dados, o governo amplia os cortes na folha de pagamento do funcionalismo público e, com isso, reduziu bastante as possibilidades de utilização da modalidade de "hora-plantão" para remuneração adicional de atividades.

funcionários é uma espécie de complementação de rendimentos. Podem fazer hora-plantão até completar o máximo permitido pela legislação trabalhista que é de 220 horas/mês. Como a jornada de trabalho dos médicos é menor, eles podem fazer mais horas-plantão que os demais trabalhadores, ampliando a sua remuneração.

Alguns grupos de funcionários, em função do tipo de trabalho realizado, podem receber "**horas de sobreaviso**", que correspondem a 50 % do valor da hora-plantão. Os profissionais de saúde que podem receber "horas de sobreaviso" são os nutricionistas, e os médicos.

A **política salarial** do governo do Estado, do final dos anos 80 até hoje, tanto nos governos do PDS (atual PPB) e PMDB, tem sido de conceder reajustes que não recuperam a perda salarial imposta pela inflação, antes e depois do plano real. Esses governos, ao invés de concederem reajuste salarial, que modificaria os valores da tabela do Plano de Carreira, concederam uma gratificação e só reajustam essa gratificação, de modo que, o salário-base se mantém fixo. Como as progressões, benefícios e a gratificação por insalubridade são calculados sobre o valor do salário-base, os trabalhadores têm uma perda sistemática.

A totalidade dos trabalhadores entrevistados, aponta os baixos salários como um dos principais problemas enfrentado na instituição. Para fazer frente a esse problema, os trabalhadores defendem-se, sob a direção do Sindicato dos

Trabalhadores da Saúde<sup>42</sup>, denunciando, sistematicamente, o significado da política salarial e trabalhista que vem sendo implementada. Em alguns momentos de maior politização, fazem mobilizações e greves<sup>43</sup> pela recuperação do poder aquisitivo dos seus salários, por melhores condições de trabalho, e pela garantia e ampliação dos direitos que o Plano de Carreira estabelece. No dia-a-dia, para garantir a sobrevivência, os trabalhadores buscam saídas individuais. Por exemplo, aceitam fazer hora-extra, remunerada na forma de "hora-plantão", que além de ser uma forma de super-exploração, impede a ampliação dos postos de trabalho.

O comportamento do governo, enquanto empregador, e dos trabalhadores em saúde, em relação à política salarial dos governos, nestes últimos 8 anos, mostra a divergência de interesses, sendo que, o resultado das negociações entre Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Secretaria da Saúde do Estado, algumas vezes foi mais favorável aos trabalhadores e, em outras, praticamente não houve conquistas. A estratégia dos governos tem sido de gastar o menos possível, e a dos trabalhadores a de maximizar os ganhos.

---

<sup>42</sup> - Apesar do Sindicato dos Trabalhadores da Saúde ser majoritário, possibilitando a filiação de todos os trabalhadores de saúde, os médicos, na sua grande maioria não se sindicalizam porque não se sentem como trabalhadores de saúde, do mesmo tipo que os demais. Acham que seus interesses são diferentes, e, por isso, quando se sindicalizam, o fazem no Sindicato dos Médicos. O Sindicato dos Médicos muitas vezes apoia as greves e convoca os médicos a participarem. Alguns médicos afirmam apoiar as mobilizações, mas a participação nas greves é pequena.

<sup>43</sup> - No primeiro semestre de 1996, os trabalhadores dos hospitais da rede pública estadual de Santa Catarina, que inclui o hospital estudado, ficaram em greve por mais de dois meses, reivindicando melhores salários. O Governo Estadual e o Secretário da Saúde ao invés de negociar salário e condições de trabalho, convocaram a polícia para forçar os trabalhadores a sair da greve. Nos anos 90, praticamente uma vez ao ano, os trabalhadores dos hospitais da rede pública estadual, sozinhos ao junto aos demais servidores públicos estaduais, fizeram greves pressionando por um reajuste salarial mais justo.

O Plano de Carreira é sistematicamente bombardeado pelo próprio governo que busca, na artimanha da gratificação, fazer com que os ganhos dos trabalhadores sejam menores do que seria de direito. Os valores-base, estabelecidos no Plano de Carreira, são extremamente pequenos, como se pode ver pela situação dos trabalhadores de nível médio e elementar, que são a maioria dos funcionários do hospital no qual estão mais de 50 % dos trabalhadores de enfermagem (auxiliares e atendentes), que tinham como salário inicial (em abril de 1995) R\$ 76,64, valor inferior ao do salário mínimo que em maio passou para R\$ 100,00. Um percentual ainda maior de trabalhadores, recebe menos do que os 1,9 salários mínimos (R\$ 145,61), que corresponde ao piso estabelecido pelo governo estadual para todos os funcionários públicos. Neste caso, a gratificação é necessária, para efeitos legais, pois o Estado não pode pagar salário menor do que o salário mínimo estabelecido legalmente.

Entre o início e o final de carreira, após 30 anos de trabalho, a progressão funcional, pode atingir, no máximo, um acréscimo de 31,24 % para os profissionais de nível superior, e de 39,56 % para os nível elementar e médio.

### **Contratação, relações hierárquicas e remuneração médica**

Os médicos podem ter, basicamente, dois tipos de relação de trabalho contratada com o hospital<sup>44</sup>: a) **médicos efetivos** - são trabalhadores assalariados concursados e funcionários públicos estaduais como os demais funcionários efetivos do hospital. Têm uma carga horária contratada, que pode

---

<sup>44</sup> - O corpo clínico do hospital, além dos médicos efetivos e credenciados, inclui os que foram agraciados como beneméritos ou honorários e os consultores e convidados.

ser cumprida em regime de plantão. Podem, também, ser credenciados para atender a pacientes particulares no hospital, o que pode ser feito durante o seu horário de trabalho pago pelo Estado; b) **médicos credenciados** - têm autorização para exercer as suas atividades no hospital mas não têm carga horária estabelecida e nem recebem salário. Como autônomos, recebem pelos atendimentos ou procedimentos realizados, diretamente do cliente ou através dos diversos tipos de convênios privados<sup>45</sup>.

O hospital também cobra, privadamente, pelo uso de suas instalações e pelos serviços oferecidos aos clientes que internaram nos leitos privados. O atendimento prestado, pelos demais profissionais de saúde, como, nutrição, serviço social e farmácia, é considerado como parte dos serviços que o hospital oferece. Esses profissionais, só recebem o seu salário do Estado, independente se o paciente atendido internou na modalidade particular ou pelo SUS.

QUADRO 2 - MÉDICOS DO HOSPITAL PÚBLICO

categoria	1995	
	n	%
médicos efetivos	126	65,63
médicos credenciados	66	34,37
subtotal médicos	192	100
médicos residentes	53	-
total geral médicos	245	-

<sup>45</sup> - Seguros Saúde, UNIMED, IPESC, Planos de Saúde.

Todo o trabalho assistencial do dia-a-dia do hospital é feito por médicos assalariados efetivos e por residentes (que estão em processo de formação).

Existe uma hierarquia no exercício do trabalho médico, entre médicos efetivos, chamados de "staffs", e "médicos residentes"<sup>46</sup>. A lógica de organização do trabalho médico é baseada na organização por especialidade, na qual também existe uma hierarquia - os mais antigos têm maior prestígio e mais poder.

Os médicos responsáveis pelo paciente devem, além de avaliar diariamente o paciente, verificar as avaliações e condutas tomadas pelos residentes, como parte das suas atividades formativas. O que acaba acontecendo é que, grande parte do trabalho assistencial, realizado nas unidades clínicas e cirúrgicas, é feito pelos residentes, que apesar de terem a graduação em medicina e receberem uma remuneração pela atividade de residente, assumem grande parte da responsabilidade do trabalho que deveria ser feito pelo médico do paciente.

Alguns colegas deixam o residente prescrever e não checam, deixam mais solto. Nos andares isso é muito pior. Muitos médicos desrespeitam os residentes mas são eles que tocam o hospital, 90 % do serviço que tem residente é tocado por eles (Médico da UTI e clínico do hospital).

Muitos profissionais de saúde, entrevistados, fazem referência à dificuldade de relacionarem-se com os chamados "staffs", que são os médicos do

---

<sup>46</sup> - Médicos residentes - são graduados em medicina e estão fazendo formação teórico-prática em determinada especialidade da medicina. Cada especialidade tem um programa específico, com duração de um, ou mais anos. O hospital estudado, tem residência médica em anestesiologia, cirurgia geral, clínica médica, hematologia e hemoterapia, neurologia, oncologia, terapia intensiva e urologia.



quadro do hospital e responsáveis pelo paciente, porque eles não cumprem horário na unidade, sendo difícil encontrá-los para discutir problemas relacionados ao paciente. A relação hierárquica entre os médicos é clara. O residente não pode mudar uma conduta do médico "titular" ou "staff". Pode consultar, sugerir e, também, levar as sugestões de outros profissionais, mas a decisão final é do médico responsável pelo paciente.

Quase todos os urologistas da casa, atendem a pacientes no ambulatório (SUS e IPESC) e assumem escala de sobreaviso: quando chegam pacientes com problemas urológicos, na emergência, o urologista de sobreaviso é chamado - resolve, atendendo o paciente, clínica ou cirurgicamente. O médico é o responsável pelo paciente [...] Passo diariamente, duas vezes por dia (manhã e noite) para ver os pacientes. Durante o restante do período os pacientes ficam sob a responsabilidade dos residentes, para qualquer intercorrência clínica ou cirúrgica. Os residentes são orientados - cada 2 residentes tem 2 ou 3 preceptores. A responsabilidade sobre o paciente é do médico, para o qual ele internou, apesar dos residentes também terem responsabilidades, porque tem registro no CRM e CFM. Diariamente, é feita uma avaliação da evolução daquele residente. A decisão sobre internação e alta e sobre o tipo de tratamento - é do médico do paciente (Médico "A").

Os médicos, mesmo sendo assalariados e submetidos à mesma legislação e política trabalhista, que os demais funcionários do hospital, têm condições de trabalho especiais e gozam de prerrogativas que lhes permite ampliação da remuneração, diferente dos demais funcionários. Em função disso, o valor da **remuneração mensal dos médicos** varia individualmente e é muito difícil de chegar a um dado mais aproximado do rendimento real dos mesmos. Considerando-se todas as possibilidades de ampliação da remuneração médica e os dados obtidos na pesquisa, é possível afirmar que a remuneração médica pode chegar a um valor **10 ou mais vezes maior** do que o salário-base da tabela ( U\$ 275,35 em abril de 1995). Dentre esses privilégios, estão a possibilidade de receber mais horas-extra que os demais; fazer até 200 horas de sobreaviso; ter **duplo vínculo**, ou seja, dois contratos de 20 horas e o **pró-labore** - que é um

adicional sobre os salários, uma espécie de produtividade, só percebida por médicos e dentistas<sup>47</sup>.

As possibilidades de ampliação da remuneração e a situação especial de assalariamento gozada pelos médicos são motivo de protestos dos demais funcionários do hospital, que os vêem como privilegiados. Mas, como os demais funcionários, 100 % dos médicos apontam como um dos principais problemas de seu trabalho na instituição, os baixos salários e esses privilégios têm efeitos perversos, senão vejamos: a) como não se trata de uma política salarial clara, ela está sempre sob ameaça e o pagamento varia mensalmente, dificultando qualquer planejamento pessoal e estimulando o investimento dos médicos em outros empregos e em outras formas de obter recursos financeiros; b) os valores relativos a pró-labore, sobreaviso e hora-plantão, só são pagos aos médicos que estão efetivamente trabalhando. Nos casos de férias, licença para tratamento de saúde ou aposentadoria, o médico só recebe o salário. Fazendo com que os médicos mais novos se sobrecarreguem, com vistas a proteger-se para o futuro. O mesmo se coloca para os demais trabalhadores da saúde que recebem um ou outro destes adicionais, como a hora-plantão e hora de sobreaviso.

O pró-labore é pequeno mas ajuda no salário, no entanto a forma como ele é pago é problemática, porque, como ele não é vinculado ao salário, quando nos aposentamos o perdemos ( Médico "B").

Em caso de aposentadoria, licença para tratamento de saúde e outras, o médico deixa de receber o pró-labore, isso faz com que os mais jovens, trabalhem muito para fazer o seu pé de meia ( Médico "C").

---

<sup>47</sup> - O valor da consulta, pago pelo SUS aos médicos como pró-labore é irrisório - R\$ 2,04 e está congelado desde o início Plano Real - julho de 1994. Alguns entrevistados mencionaram que os dentistas recebem pró-labore, mas não consegui confirmação desta informação.

Essa política salarial não garante uma diminuição de gastos por parte do Estado, porque os trabalhadores, na luta para conseguir uma remuneração um pouco melhor, juntam várias migalhas e usam de diversas artimanhas que a própria política salarial permite, para conquistar um melhor rendimento.

A política relativa à saúde e aos funcionários públicos, que vem sendo adotada pelos governos federais, e que é reproduzida na instância estadual, é de descompromisso com o setor. Os problemas financeiros do Estado, no âmbito federal e estadual, associados às políticas que foram adotadas, pelo menos, nos últimos 10 anos, não priorizaram a área social, influenciando diretamente na crise do setor. Não têm sido feitos investimentos, significativos, em infra-estrutura, nem em qualificação da força de trabalho e nem em condições de trabalho.

O salário dos trabalhadores do hospital público, que desenvolvem uma atividade essencial para a vida humana e para a vida em sociedade, mostra o quanto eles são desvalorizados. Bem diferente do quadro apresentado pela grande imprensa, pelo governo federal e por muitos governos estaduais, de que os funcionários públicos são privilegiados (como se fosse verdadeiro para a maioria) e responsáveis por grande parte dos problemas financeiros do Estado. Nos momentos de embate político, os governos, federal e estadual, tem adotado uma postura de "apagar o fogo", atendendo a um ou outro setor conforme a força política de quem está reivindicando. No cotidiano mantêm uma situação sem

controle e tão precária que estimula a corrupção<sup>48</sup>.

### **Jornada de Trabalho**

A **jornada de trabalho**, para todos os funcionários, exceto os médicos é de 30 horas/semanais, podendo ser ampliada com o acréscimo de **horas-plantão**.

A jornada de 30 horas semanais, não resultou de proposta governamental, com vistas a reduzir o stress do trabalho cotidiano. Foi conquistada na greve dos trabalhadores da saúde de 1992, depois de um longo processo de lutas por melhores condições de trabalho.

A **jornada de trabalho médica** é de 20 horas semanais, mas os médicos só trabalham na unidade quando têm paciente internado. Não há controle de horário. Devem visitar o paciente diariamente, para avaliação e prescrição, mas os pacientes podem ficar um dia ou mais sem receber visita médica. Nestes casos, a prescrição é feita pelos residentes ou repetida até nova visita médica.

É muito diferente o número de horas trabalhadas no contrato de 80 horas/mês (20 horas/ semanais e 4 horas/dia), por um médico que atende nos andares (unidades de internação) e passa rapidamente para ver o doente e prescrever e o que cumpre efetivamente as horas dentro da UTI ou da Emergência (médico UTI).

Em relação aos trabalhadores de enfermagem, da unidade clínica, 32,5 % têm outro emprego e, segundo a chefia de enfermagem da unidade, muitos fazem

---

<sup>48</sup> - Um exemplo das diversas formas de corrupção que existem nos serviços de saúde é a cobrança ilegal a pacientes atendidos nos hospitais do Sistema Único de Saúde que tem sido feita pelos médicos, e que recentemente tem sido denunciada pela grande imprensa (Jornais e TV / outubro de 1996).

hora-plantão. Na UTI, mais de 20 % da equipe têm outro emprego, e quase 60 % fazem hora-plantão. Considerando-se, ainda que 60 % da equipe de enfermagem são mulheres, e que grande parte tem mais uma jornada de atividades domésticas, o problema da jornada de trabalho, efetivamente cumprida, é bastante grave.

Além da jornada de trabalho acordada entre funcionários médicos e Estado é possível que o médico faça um número maior de horas, incluindo plantões, até atingir o teto das 220 horas, mês.

O contrato normal dos médicos com a instituição, é de 80 horas/mês ( 20h semanais), se ultrapassar essas horas, com plantões, por exemplo, recebe como hora-plantão. Se o médico só faz plantão até 80h/mês, só recebe o salário normal. O máximo de hora-plantão que o médico pode fazer é 140 horas - plantão: 80h/mês + 140h = 220h. Se o médico fizer horas acima das 220h ele não é remunerado por isso. Os médicos, ainda podem fazer horas de sobreaviso e receber por isso. O médico que só faz as 80 horas/mês, ganha um salário miserável. Tenho dois vínculos com o Estado, um neste hospital, como cardiologista, e outro no Instituto de Cardiologia, além disso faço sobreaviso. As horas-plantão, às vezes, são muito necessárias, tem gente que não queria fazer tanto plantão, como na UTI, mas precisa para garantir o funcionamento do serviço. Às vezes até ultrapassam as horas possíveis de serem remuneradas. Quando isso acontece é preciso colocar as horas no nome de outros colegas para que o médico possa receber (Médico coordenador de unidades).

O que acontece, na realidade, é que essas horas não são efetivamente trabalhadas, pois o médico precisaria trabalhar, cotidianamente, mais de 10 horas/dia na instituição (para cumprir as 220 horas/mês mais as 200 horas/mês de sobreaviso), com apenas uma folga semanal. É impossível, assistir a um ser humano em situações de dor, de morte, em situações que precisam de constantes tomadas de decisão, durante 10 horas por dia, sem que isso tenha conseqüências na qualidade do atendimento prestado.

Considerando-se que a grande maioria dos médicos do hospital, com um ou dois vínculos, fazendo horas-plantão e horas de sobreaviso, têm, no mínimo, mais um emprego, é possível ter uma idéia do stress que uma jornada de trabalho deste tipo tem sobre as pessoas.

Acredito que todos os médicos que trabalham no hospital têm, no mínimo, mais um trabalho fora. Alguns têm mais de dois trabalhos fora. Pode ser o consultório particular, a universidade ou outro hospital (médico coordenador de unidades).

#### 1.4.2 OS TRABALHADORES DE SAÚDE FRENTE À POLÍTICA SALARIAL E TRABALHISTA ADOTADA PELO HOSPITAL PRIVADO

A partir dos anos 80, como parte do processo de estruturação para desenvolver uma assistência de qualidade, o hospital adota uma política de investimento na qualificação da força de trabalho<sup>49</sup>. Essa política é destacada, positivamente, por quase todos os entrevistados.

O hospital dá incentivo, pagando parte de cursos de inglês e línguas estrangeiras, cursos de especialização na área em que o profissional atua. Em cursos de mestrado, o hospital libera horas para as atividades do curso, sem que o enfermeiro precise repô-las. Há uma política de estímulo à participação em cursos e à atualização técnico-científica (Enfermeira "B" chefe de unidade, hospital privado).

A exigência mínima para um médico atuar no hospital é que tenha residência e especialização. As iniciativas para fazer mestrado ou doutorado vão depender das iniciativas de cada profissional, tanto para credenciados como para funcionários. Não há auxílio financeiro. Promovemos atividades culturais para propiciar aos médicos o entendimento do que está acontecendo em outras áreas e atualização de modo geral. Também são incentivados os grupos de estudos e palestras ou debates sobre temas específicos, com palestrantes do país ou de outros países para intercâmbio e aprimoramento. O hospital preocupa-se com o aprimoramento e atualização do corpo clínico - estamos programando um curso internacional sobre atendimento de urgência, a programação vem dos EUA, de como atendem-se urgências - trata-se de uma

<sup>49</sup> - As vantagens ou incentivos oferecidos pelo hospital incluem auxílio financeiro para quem está cursando nível superior - a instituição paga 70 % dos custos do curso para os que já estão há mais de 2 anos na instituição. Em relação à pós-graduação (especialização, mestrado, doutorado) e qualquer outro tipo de curso (inglês, atualização) o hospital paga, total ou parcialmente, os custos do curso ou facilita cedendo horas de trabalho. Um entrevistado disse que as facilidades não são gerais pois dizem respeito aos cursos que interessam à instituição.

padronização internacional para atendimentos de urgência, é de acesso multidisciplinar (Médico, membro da direção do hospital privado).

A política de incentivo à capacitação diz respeito mais, diretamente, aos trabalhadores de enfermagem. Parece ser uma conquista da enfermagem e, muito especificamente, da gerência dos serviços de enfermagem e apoio, pelo papel desempenhado pela enfermeira que ocupa o cargo. Os demais profissionais de saúde podem obter algumas destas vantagens, mas em situações especiais, negociadas pelas respectivas chefias.

### **Salário, regime de contratação e condições de trabalho**

No que diz respeito a **salários**, existia um discurso de que os salários pagos eram os melhores em relação ao mercado (considerando-se os hospitais do mesmo nível, em São Paulo). Mas não era uma política definida em acordos objetivos, que pudesse ser considerada como direito adquirido, tanto que ao mudar a direção, a partir de 1992, houve uma grande queda no poder aquisitivo dos profissionais de saúde e os salários ficaram com valores abaixo do mercado.

Em conseqüência, dessa perda no poder aquisitivo, houve um movimento dos enfermeiros, em 1994, pressionando a direção por melhores salários. Nesse processo de reivindicação, os enfermeiros solicitaram a participação do Sindicato dos Enfermeiros de São Paulo. Todos os entrevistados que trataram do tema, informaram que a participação do sindicato foi problemática, devido à sua postura muito agressiva, por isso preferiram negociar com a direção, através de uma representação própria do hospital, sem a participação do sindicato. Com essa

mobilização conseguiram melhorar um pouco os salários apesar deste não ter voltado ao patamar anterior.

É bastante forte, neste hospital, a visão de separação de interesses entre os enfermeiros e os demais trabalhadores de enfermagem de nível médio. Organizam o trabalho na forma de "cuidados integrais"<sup>50</sup>, com vistas a romper com a alienação e fragmentação, proporcionada pela divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho. No entanto, na luta por melhores salários e organização de uma jornada de trabalho menos estressante, fica clara a postura ideológica de diferenciação dos enfermeiros em relação ao grupo. "Os enfermeiros reivindicaram os seus direitos e conversaram com o seu sindicato. Se os técnicos e auxiliares quisessem, poderiam ter-se organizado e usando as entidades que os representam" (enfermeira "C").

A discussão sobre salário parece ser um terreno melindroso. Os trabalhadores não ficavam à vontade para tratar do assunto, e a administração do hospital, forneceu "alguns" dados sobre salários mas não pareceu disposta a facilitar o acesso às informações. Os contratos são individuais, a organização sindical é precária, e a empresa tem todo o poder para admitir, demitir e decidir salário e condições de trabalho.

As decisões sobre **política salarial e condições de trabalho** são tomadas pelo Diretor Superintendente e, dependendo de sua vontade, pode consultar o

---

<sup>50</sup> - O significado de "cuidados integrais" e "cuidados funcionais" está descrito no Capítulo 2, da Parte II, especialmente, quando trato do processo de trabalho nas unidades estudadas.



Diretor Clínico e a Gerente dos Serviços de Enfermagem e Apoio, bem como, fazer outras consultas que achar conveniente.

No que diz respeito às demais categorias profissionais, que trabalham no hospital, as negociações são feitas em separado, com o diretor, quando cada categoria acha necessário. Na negociação, vale o peso político da categoria e de seus representantes, uma vez que, no hospital, não há instâncias decisórias com representação dos trabalhadores e nem de suas entidades associativas e sindicais.

Os salários são definidos pela direção. Ocasionalmente, faço um apanhado geral da situação salarial do serviço e encaminho ao Diretor-Superintendente para negociarmos (Nutricionista).

Existe um piso salarial estabelecido pelo sindicato mas negociamos direto com a direção do hospital, pois o piso estabelecido é o mínimo, o restante é preciso negociar. O salário do hospital é sempre acima dos valores estabelecidos pelo sindicato, assim nunca houve necessidade do sindicato vir ao hospital negociar, pois os seus valores de negociação são muito menores (Fisioterapeuta).

A política salarial é definida pela direção do hospital. Eles fazem um levantamento do mercado de salário, por categoria profissional, em alguns hospitais de São Paulo, de porte semelhante ao nosso e definem o valor dos salários. Quando reivindicamos salário, falo diretamente com o Diretor-Superintendente que é o meu chefe ou com o chefe do setor de recursos humanos [...] Desde que estou no hospital, não houve, movimento reivindicatório da categoria por salário e condições de trabalho (Farmacêutica).

Existem determinadas regras que orientam a progressão funcional, mas não podem ser chamadas de Plano de Carreira. Dizem respeito a pequenos reajustes de salário.

Exceto os médicos, a grande maioria dos trabalhadores é assalariada do hospital, regime CLT, sem estabilidade no emprego.

Na admissão, os enfermeiros recebem um salário inicial e os nutricionistas, farmacêuticos, fisioterapeutas, recebem outro, mas, esse conjunto de profissionais de saúde está submetido à mesma política de progressão funcional. O salário da admissão tem um pequeno reajuste, na efetivação, após 3 meses de experiência. Se o profissional contratado tiver 2 anos de formado, após os 3 meses de experiência, o reajuste é um pouco maior. Após 1 ano de trabalho na instituição, se tiver 5 anos de formado, o salário tem outro pequeno acréscimo. Esses acréscimos totalizam cerca de 20 %. Depois disso, não há progressão, mesmo que o trabalhador tenha 20 anos de trabalho na instituição e/ou que tenha investido em sua capacitação.

Todos os trabalhadores que fazem **plantões noturnos recebem adicional pelo trabalho noturno**, conforme o estabelecido na legislação trabalhista.

Além do salário base, **os farmacêuticos** recebem como hora-extra, as horas usadas para o preparo de nutrições parenterais, quando fazem plantões de final de semana. Fazem escala de sobreaviso, sendo chamados quando necessário, mas não recebem pelo plantão de sobreaviso, só recebem pelas horas que foram trabalhadas efetivamente, no preparo das nutrições parenterais, por exemplo. A chefe da farmácia fica de sobreaviso nas 24 horas, e não recebe nada por isso, só a gratificação de chefia. Não recebem por procedimento.

**As nutricionistas e os fisioterapeutas** recebem o salário mensal e fazem plantões nos finais de semana, recebendo como hora-extra. Não recebem qualquer adicional por produção. Mas o hospital recebe dos pacientes,

diretamente ou através de convênios, pelos procedimentos de fisioterapia realizados.

**Todo o pessoal de enfermagem é assalariado**, alguns enfermeiros, dependendo do tipo de atividade que desenvolvem, podem receber algum tipo de adicional, como: os enfermeiros que trabalham no setor de tomografia computadorizada - recebem adicional por exame realizado, quando estão de plantão; enfermeiros do Centro Cirúrgico - recebem o salário e um adicional por ficarem de plantão à distância. Quando a jornada de trabalho dos enfermeiros ultrapassa as horas contratuais, essas horas são pagas como hora-extra.

Os técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem recebem um salário inicial conforme a categoria. Tem um adicional após cumprir 3 meses de experiência e outro adicional, após 3 anos de casa. Independente de aperfeiçoamento ou de tempo de serviço, o adicional chega, no máximo, até o final da carreira, a 8 % sobre o salário inicial.

Os demais trabalhadores de nível médio, têm salário e regras de progressão funcional diferenciadas por categoria profissional e função.

A instituição oferece uma série de vantagens a todos os trabalhadores assalariados que revertem em benefícios financeiros, diretos ou indiretos, como a concessão de cesta básica mensal a todos os funcionários; o vale transporte a todos que desejarem, descontando 6 % do salário do funcionário, o que torna desvantajoso para os que recebem salários mais altos; o fornecimento de alimentação a preço subsidiado; café da manhã gratuito; convênio com farmácia -

o trabalhador compra e desconta no final do mês; convênio com estacionamento, localizado fora do hospital - o hospital paga 75 % do valor; convênio de saúde. Além de orientação nutricional e dieta especial, quando necessário.

Existe um psicólogo no hospital, contratado recentemente, há menos de 5 anos, lotado no Departamento de Recursos Humanos. Não atua na assistência aos clientes do hospital, faz trabalho de recrutamento e seleção de funcionários.

### **Insalubridade e riscos no trabalho**

Quase nenhum trabalhador do hospital, incluindo, médicos, enfermagem, e os demais, recebe adicional de insalubridade. As exceções são os trabalhadores da lavanderia; da radioterapia; do RX; da oncologia; todos os que trabalham na seção, em que onde é feita "radiomoldagem"<sup>51</sup>, e funcionários da nutrição que entram na câmara frigorífica. Todos os entrevistados, que falaram sobre o tema, disseram que a política do hospital é de investir em medidas de proteção universal e treinamento do pessoal procurando evitar o contato com ambientes insalubres, ao invés de pagar um adicional de insalubridade e que existem equipamentos de proteção de boa qualidade e em quantidade suficiente.

Segundo o diretor do Departamento de Pessoal o hospital foi avaliado, pelo Ministério do Trabalho, como Área de Risco I - que dispensa o pagamento de adicional de insalubridade, enquanto todos os outros hospitais são Área de

---

<sup>51</sup> - Radiomoldagem é um tratamento de radioterapia para paciente com tumor de ovário. Os funcionários tem dosímetro para fazer controle mensal da radiação. A enfermagem só entra no quarto onde é feito esse tratamento para atender às necessidades básicas do doente, durante o período que o mesmo está realizando o tratamento. O quarto é especial, com proteção nas paredes e em volta do leito, protegendo o funcionário que atende ao paciente.

Risco III. O hospital diz que a opção pela política de proteção dos seus funcionários não foi por racionalização de custos, uma vez que o valor gasto com as medidas de proteção é maior do que o pagamento da insalubridade.

No entanto, o investimento do hospital em medidas de proteção não se dá, unicamente por uma opção política de proteção dos trabalhadores, como, ideologicamente, o discurso da direção quer fazer parecer. Na realidade, o hospital não está perdendo, economicamente, por ter optado pelo investimento em medidas de proteção do trabalhador; além disso, ter um laudo do Ministério do Trabalho de que o hospital tem grau de risco mínimo, significa, também, que o hospital investe em boas condições de trabalho e em atendimento de qualidade, o que o torna mais atraente, no mercado, aos possíveis clientes. É preciso considerar ainda que existem regras de proteção ao trabalhador que precisam ser cumpridas, independente do pagamento ou não de insalubridade; que os trabalhadores pressionam para que o empregador garanta condições mínimas de trabalho; que não é o hospital que paga todo o material utilizado para auto-proteção dos trabalhadores - as soluções, o material descartável, as máscaras, luvas, gorro, etc., são pagos pelo paciente, não fazendo parte dos gastos do hospital; que quanto menos acidentes de trabalho e doenças profissionais haja, menos o hospital perde com absenteísmo, tratamento de trabalhadores doentes e possíveis indenizações aos trabalhadores que tenham sofrido danos.

Todo o material descartável, que é usado pelo paciente ou pelos funcionários para se auto-proteger, o paciente paga separado. Na diária do paciente estão incluídos: leito, roupa de cama e comida. Os cuidados de enfermagem - todos os procedimentos realizados - o hospital cobra do paciente, mas não paga para a enfermagem. Cada higiene que eu faço é anotada e cobrada. Todos os equipamentos usados são cobrados do paciente por hora de uso, como um aluguel. É bastante caro. Em cada aspiração o paciente paga todo o material

usado incluindo uma luva mas, se o funcionário achar que precisa de luva na outra mão, porque o paciente tem hepatite "C" ou é HIV positivo e tem muita secreção, o funcionário usa e o paciente paga. O hospital dá orientações, para o funcionário, sobre precauções universais e o funcionário decide o que ele acha que precisa usar para se proteger. Se precisar de avental ou outra coisa ele tem liberdade de usar. Cada sonda usada é checada e cobrada; frascos descartáveis também. O paciente, nestes casos não tem nenhum poder de intervenção. Já houve caso de paciente reclamar o número de luvas usadas mas nós provamos que foi usado. Numa aplicação de medicação são cobrados a seringa, a agulha, o medicamento e o procedimento (Técnica de enfermagem).

Na realidade, os fatores de risco não estão sob controle. No CTI, por exemplo, os ruídos provenientes do uso dos equipamentos de tecnologia de ponta não foram eliminados. Segundo uma enfermeira do CTI, recentemente, técnicos do Ministério do Trabalho fizeram uma inspeção no hospital e mediram o nível de ruídos no ambiente do CTI - "ficaram impressionados com o excesso de ruído". No entanto, o pessoal que trabalha no CTI, não recebe adicional de insalubridade.

### **Plano de carreira e política de ingresso**

No momento da pesquisa, estava em discussão uma proposta de plano de carreira, para os enfermeiros. O setor de Recursos Humanos estava analisando, considerando a viabilidade e justificativa de sua implantação, bem como a sua aplicação aos outros profissionais de nível superior.

A seleção para trabalhar na enfermagem inclui: análise de currículo e pré-seleção, pela psicóloga do Departamento de Recursos Humanos, que indica os locais que melhor se adequam ao perfil do candidato; prova teórica e entrevista, feita pelo setor de Educação em Serviço da enfermagem e entrevista com a chefia imediata da unidade em que o candidato pretende trabalhar.

Há mais de 5 anos, a enfermagem do hospital montou um sistema de treinamento de pessoal ao entrar no hospital. Inclui : a) uma programação teórica de apresentação geral do hospital e do seu funcionamento, com visita às suas unidades e área física em geral, apresentação dos direitos e deveres dos funcionários do hospital, visão do hospital sobre a assistência, características da população - alvo, dentre outros; b) período de demonstração prática em laboratório; c) período de treinamento supervisionado nas unidades.

A chefe da nutrição diz que o setor de RH faz o recrutamento do pessoal e algumas vezes a chefia indica as nutricionistas ou divulga a existência de vagas. Depois da avaliação prévia da psicóloga, a chefe da nutrição avalia se o candidato se adequa às necessidades. A admissão dos fisioterapeutas era feita pela análise de currículo e, há 4 anos, decidiram incluir prova teórica e entrevista feita pela chefia imediata. Para as duas profissões não existe treinamento formal, os ingressantes são treinados em serviço pelas chefias imediatas.

O sistema de admissão dos médicos, credenciado ou contratado, é por indicação de alguém do corpo clínico. Alguns médicos, pelo reconhecimento que o seu trabalho tem entre os colegas, são convidados a trabalhar no hospital como credenciados. O Diretor Clínico defende o sistema de admissão adotado e justifica dizendo que, raramente, algum médico é demitido deste hospital, o que mostra que o sistema de admissão tem funcionado bem.

O critério de concurso é muito relativo, a minha experiência de 30 anos de professor universitário me diz que quando sei a origem da pessoa , quem são os pais, quem está indicando me dá muito mais solidez na escolha do que um eventual concurso. Um sujeito brilhante e que fez uma prova muito bonita, às vezes a gente se engana redondamente com essas pessoas, entram indivíduos difíceis, rebeldes, problemáticos, inteligente mas indisciplinado,

essas coisas depõe contra a escolha por concurso. Acho democrático mas democrático entre aspas. É melhor saber quem é a pessoa, como é a sua prática, a parte moral da pessoa, tudo isso se leva em consideração aqui. Em geral, a pessoa que vem trabalhar aqui, como contratado, já tem um passado no hospital, já trabalha aqui, já pertence a equipes (diretor clínico).

O Diretor Clínico avalia a indicação e apresenta o candidato à Diretoria Administrativa que é quem decide. É considerado o conhecimento técnico do candidato e as credenciais de quem o está indicando.

Não existe treinamento específico, após o ingresso aprendem em serviço com acompanhamento de colegas mais antigos e algumas orientações do diretor clínico.

### **Remuneração, contratação médica e relações hierárquicas**

Os **médicos**, na grande maioria, são **autônomos**, não recebem salário do hospital, e, sim, por procedimento, pago pelo paciente de forma direta ou através dos diversos convênios de saúde. Não têm jornada contratada, fazem seu próprio planejamento para atender aos pacientes e para desenvolver atividades administrativas. Utilizam o hospital e suas instalações para realizar procedimentos assistenciais de saúde e para internar os pacientes que precisam de cuidados profissionais mais intensivos ou de equipamentos médico-hospitalares que requerem um controle profissional.

O trabalho médico é organizado em pequenos grupos (clínicas/especialidades) que têm regras próprias para atuação na instituição. Essas regras, junto com as constantes no Regimento do Corpo Clínico, definem critérios para o credenciamento dos médicos e orientam o modo como o trabalho é



desenvolvido. Uma delas é a exigência de sua visita diária ao paciente para avaliar o quadro clínico e prescrever a terapêutica.

O paciente paga o médico, a taxa de ocupação do hospital e tudo que é utilizado para a sua assistência na instituição.

Segundo o Diretor Clínico, os médicos credenciados dividem-se em: a) **credenciados atuantes**, são os que atuam com mais frequência no hospital, correspondendo a 17,05 % do total; b) **credenciados eventuais**, 9,15 % do total, são os que atuam, só eventualmente, no hospital. No momento da pesquisa, o hospital estava fazendo uma avaliação do credenciamento dos médicos e 73,80 % do total dos médicos credenciados, estavam nesta condição. Pelo Regimento do Corpo Clínico - RCC, do hospital, os credenciados que desenvolvem prioritariamente as suas atividades na instituição há, pelo menos, 10 anos e integram-se a serviços e setores do hospital, passam à condição de **membros efetivos** podendo ocupar cargos no hospital.

O fato de ser credenciado significa, apenas, que esses médicos são aceitos para atuar no hospital, não significando que estão em pleno exercício.

Os **contratados** são os médicos assalariados, regime CLT, como os demais funcionários. São 32 médicos que atuam como plantonistas no setor de Pronto-Atendimento, no Centro de Terapia Intensiva - CTI e médicos que desenvolvem algumas atividades específicas no hospital.

QUADRO 3 - MÉDICOS HOSPITAL PRIVADO - CATEGORIA / NÚMERO

médicos /categoria	número	
	1995	%
<b>credenciados</b>		
cred. atuantes	220	
cred. eventuais	118	
em processo de recredenciamento	952	
<b>subtotal</b>	1290	97,58
<b>contratados</b>		
CTI	14	
plantonista	12	
pediatra	2	
médico do trabalho	1	
infectologista	1	
med. coordenador do check-up	1	
med. radioterapia	1	
<b>subtotal</b>	32	2,42
<b>médicos residentes</b>	0	
<b>Total</b>	1322	100

Este hospital não desenvolve atividades de formação dos médicos.

Além das duas modalidades básicas de vinculação empregatícia: credenciados e contratados, ainda existem os serviços médicos que são terceirizados.

Um médico pode pertencer a mais de uma categoria do corpo clínico. Por exemplo, pode ser contratado como plantonista e também ser credenciado, podendo internar, no hospital, os pacientes sob sua responsabilidade.

Os médicos assalariados recebem um valor básico mensal mais um adicional por atendimento. O salário difere de acordo com o tipo de atividade médica desenvolvida na instituição e o valor da produtividade é difícil de calcular porque é variável, depende da demanda e tipos de atendimentos realizados.

Os médicos, mesmo os assalariados, são diferenciados dos demais trabalhadores: recebem por produtividade; têm a possibilidade de atuar como credenciados e, apesar de terem uma jornada de trabalho contratada, têm maior flexibilidade para decidir, no grupo corporativo, a carga horária que será efetivamente cumprida.

Os plantonistas do Centro de Terapia Intensiva recebem pelo número de plantões realizados. Durante o plantão não recebem por procedimentos realizados mas se vierem ao CTI, fora do seu plantão, realizar algum procedimento que não é feito pelo plantonista do momento, então, recebem pelo procedimento feito<sup>52</sup>.

---

<sup>52</sup> - Melhor explicado no Capítulo 3, Parte II, quando trato do uso de tecnologia de ponta.

O médico-chefe do CTI é um médico credenciado, antigo no hospital e que está há mais de 10 anos na chefia do CTI. É responsável pela escala e participa pouco do dia-a-dia do trabalho, só desenvolve atividades assistenciais, excepcionalmente. Não tem jornada de trabalho a ser cumprida<sup>53</sup>.

Os plantonistas atendem aos pacientes, enquanto estes precisam ficar no CTI, mas o médico responsável pelo paciente continua sendo o médico que o internou. Mesmo quando o paciente está no CTI, vale a decisão terapêutica do médico do paciente.

O médico plantonista do CTI, também pode ter outro vínculo com o hospital, ser credenciado e fazer parte de uma equipe clínica ou cirúrgica. Mas, como contratado assalariado, presta assistência no período em que está trabalhando no CTI, avalia os pacientes, prescreve medicações e procedimentos, e atua nos momentos de emergência, mas fica subordinado ao médico do paciente.

Quando os plantões são no período noturno, os médicos recebem, como os demais trabalhadores, o adicional por trabalho noturno.

O hospital ainda tem um esquema de plantão à distância (também chamado de sistema de sobreaviso). Diariamente existe uma equipe, de cada especialidade médica que atua no hospital, que está de sobreaviso. O chefe da equipe recebe uma remuneração fixa por estar de sobre aviso, conforme as horas utilizadas (número de plantões/mês), os demais só são remunerados se forem

---

<sup>53</sup> - Não foi possível apurar se o cargo é remunerado.

chamados para algum atendimento, recebendo do paciente, ou do convênio, pelo atendimento feito. O chefe da equipe tem o poder de decidir quem fará o atendimento - ele pessoalmente ou outro colega, por sua delegação.

Esse esquema de plantão à distância consiste num sistema de retaguarda, de "apoio" ao plantonista do pronto atendimento, segundo o Diretor Clínico e um sistema de controle de qualidade do atendimento médico, segundo o médico plantonista. O paciente é atendido no Pronto Atendimento, se o médico plantonista achar que ele precisa ficar internado, é acionada a equipe que está de plantão para interná-lo, caso ele já não tenha um médico definido. O médico do sobreaviso, faz nova avaliação do paciente.

Os plantonistas só são responsáveis pelo paciente no pronto-atendimento, quem é responsável pela internação e cirurgia do paciente, se necessária, é o médico da equipe do plantão à distância. O plantonista, pode também ser credenciado, mas procuramos evitar que o mesmo que avaliou o paciente no Pronto Atendimento avalie na internação, para não interferir no sistema de avaliação do trabalho médico (Médico plantonista).

Parece que os diversos atores têm visões diferenciadas sobre o significado do sistema de sobreaviso. Para o médico plantonista, é um sistema de controle de qualidade, e, para a instituição, conforme se pode perceber na entrevista do Diretor Clínico, parece que serve, mais, como uma forma de reduzir custos, liberando os médicos, mais antigos, do plantão.

Com o salário que pagam aqui eu não posso contratar um professor ou um médico muito bem sucedido em seu consultório particular para dar plantão, não tem sentido e eles não vem. O sujeito que se sujeita a ser plantonista está em início de carreira, não tão no início, mas ainda não tem uma grande experiência, por isso o hospital mantém uma equipe de retaguarda, em todas as especialidades, para dar assessoria a ele (diretor clínico).

A relação de trabalho mais importante dos médicos com o hospital é o trabalho autônomo. Os assalariados são vistos como tendo menos valor, "se

sujeitam a fazer plantão"; ainda não possuem um padrão de reconhecimento na carreira capaz de garantir-lhes a sustentação financeira sem que tenham de fazer plantões.

Existe uma relação hierárquica entre os médicos, dentro das especialidades, e entre os credenciados e os plantonistas, assalariados. Os credenciados têm mais prestígio. A base de organização do trabalho médico se dá no âmbito das especialidades, como no hospital público. Em cada equipe de especialistas, os mais antigos e mais titulados têm mais poder e reconhecimento no grupo e geralmente assumem a chefia da equipe.

Um médico-plantonista, entrevistado, tem outra percepção sobre o papel do médico plantonista, assalariado, dizendo que não existe esse significado, de ter menos valor o fato de ser plantonista.

Ao contrário, é motivo de disputa entre os colegas não plantonistas. Alguns criticam o trabalho feito, a conduta tomada, mesmo que ela esteja correta, com o objetivo de desmoralizar o colega e assim abrir uma vaga para que os que estão de fora possam entrar. O plantão é visto como um emprego - uma fonte de renda razoavelmente segura, pois não está muito fácil ter tanta clientela no consultório particular que seja suficiente para sobreviver, por isso o plantão é disputado (Médico plantonista e credenciado).

### **Jornada de trabalho**

Os enfermeiros e pessoal de enfermagem não têm jornada de trabalho especial, fixada em lei, apesar de ser uma antiga reivindicação da categoria. Nesta instituição, conquistaram uma jornada de 36 horas semanais, exceto as chefias de enfermagem, que cumprem jornada semanal de 40 horas, recebendo por isso um adicional de 10 %, e mais 20 %, como adicional de chefia.

Os fisioterapeutas têm jornada de trabalho de 30 horas semanais, estabelecida em Lei<sup>54</sup> e os médicos, já há muitos anos têm uma jornada de trabalho fixada em lei de 20 horas semanais, sendo que, no hospital, a jornada contratada dos pediatras é de 120 horas/mês, que corresponde a 30 horas semanais.

Os farmacêuticos e nutricionistas cumprem jornada de 40 horas semanais.

As copeiras e pessoal da limpeza cumprem jornada de trabalho de 44 horas semanais, com uma folga semanal remunerada, respeitado um domingo por mês conforme a legislação trabalhista.

A escriturária cumpre jornada de 40 horas semanais e 8 horas diárias.

A jornada de trabalho dos médicos é flexível. Os que são lotados no CTI precisam cumprir 96 horas contratuais por mês, o que corresponde a 20 horas semanais, com mais 4 horas de descanso semanal remunerado. Enfermeiros do CTI dizem que cada médico cumpre no mínimo 12 horas semanais, o que significa que a jornada de trabalho de 20 horas nem sempre é cumprida. O grupo faz arranjos, uns dando cobertura a outros de modo a garantir os dois plantonistas por período e a cobertura nas 24 horas.

No Centro de Terapia Intensiva - CTI, a escala dos plantonistas, é feita pelo chefe do Serviço Médico do CTI, que é um médico credenciado e que pouco participa do dia-a-dia do CTI. A escala existe para garantir, pelo menos 2

---

<sup>54</sup> - A Lei n. 8.856 de 01 de 03 de 1994 - fixa a jornada de trabalho dos profissionais de fisioterapia e do terapeuta ocupacional.

médicos plantonistas realizando o trabalho de intensivista durante as 24 horas mas, normalmente, eles fazem arranjos entre si. São feitas trocas para cobrir necessidades particulares; para que possam realizar outras atividades, como cirurgias, por exemplo. Nestes casos, o grupo faz os acordos financeiros entre si.

## **CAPÍTULO 2 - O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE**

Grande parte da atenção à saúde, prestada à população urbana do planeta, neste final de século, desenvolve-se em serviços de saúde institucionalizados, que organizam o seu funcionamento e processo de produção, dentro de determinadas sociedades e sob influências diversas, como: as regras resultantes do jogo político entre interesses divergentes; os modelos administrativo-gerenciais hegemônicos adotados pelas empresas; a tecnologia disponível e aplicável na área; o paradigma hegemônico de produção de conhecimentos científicos e as características intrínsecas ao processo específico de produção do ato assistencial em saúde.

O trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e é parte do setor de serviços. É um trabalho da esfera da produção não-material, que se completa no ato da sua realização. Não tem como resultado um produto material independente do processo de produção e comercializável no mercado. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço - assistência de saúde - pode assumir formas diversas como a realização de uma consulta; uma cirurgia; um exame-diagnóstico; a aplicação de medicação; uma orientação nutricional, etc. Envolve,



basicamente, a realização de uma avaliação clínica seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica.

O ato assistencial, em si, envolve um trabalho do tipo profissional, isto é, realizado por trabalhadores que dominam os conhecimentos e técnicas especiais para assistir ao indivíduo ou grupos com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o objetivo de reabilitação, quando o indivíduo ou grupo social não pode fazer por si mesmo ou sem essa ajuda profissional. A assistência de saúde foi desenvolvida, historicamente, de diversas maneiras, mas sempre foi considerada uma atividade especial, realizada por pessoas com dotes e conhecimentos especiais no grupo. Quando realizado em nível institucional, o ato assistencial envolve: *o diagnóstico ou identificação dos problemas; a decisão sobre o tratamento; a realização dos cuidados ou procedimentos; a avaliação dos resultados e a decisão da alta hospitalar ou de conclusão da assistência.*

Esse trabalho é realizado, cotidianamente, no mínimo, por médicos das diversas especialidades; por enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem<sup>55</sup>; por nutricionistas e pessoal da copa

---

<sup>55</sup> - Atendente de enfermagem - usarei sempre essa designação genérica quando tratar do trabalhador que desenvolve atividades de enfermagem sem ter uma qualificação formal para o seu exercício, tendo sido treinado em serviço para a realização de determinadas ações de enfermagem. É lotado na equipe de saúde, geralmente no grupo de enfermagem, e pode ter designações diferenciadas nas diversas instituições de saúde, como: agente de atividades de saúde, no hospital público e agente operacional, no hospital privado. A Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, n. 7498/86, que vigora até hoje, apesar dos problemas em relação à reafirmação de um modelo fragmentado de assistência de enfermagem, foi produto de uma longa luta da enfermagem pela profissionalização dos trabalhadores de enfermagem, com vistas à melhoria da qualidade da assistência de saúde, uma vez que a enfermagem é responsável por mais de 50% do conjunto das ações de saúde exercidas nas instituições estudadas e demais instituições do país. A lei estabelece que, este ano, 1996, se esgota o prazo para que só exerçam a enfermagem: enfermeiros; técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem. No entanto

e, conforme a necessidade e dependendo da instituição, por psicólogo, fonoaudiólogo, assistente social e fisioterapeuta, bem como por técnicos e outros profissionais de nível superior que realizam exames complementares. O trabalho dos farmacêuticos e farmacêuticos-bioquímicos é parte do trabalho assistencial mas pode se desenvolver sem um contato direto com os clientes.

Existe, ainda, um grupo diversificado de trabalhadores que desenvolvem atividades que não são específicas do trabalho em saúde, mas que são fundamentais para que a assistência institucional possa se realizar, as quais estou denominando de "atividades de apoio". São atividades importantes, tanto para o funcionamento da instituição hospitalar, quanto para o funcionamento de outras instituições da área da produção material ou de serviços como hotéis, restaurantes, bancos, escolas. Estão nesse grupo: o pessoal da limpeza; os escriturários das unidades assistenciais; todos os "trabalhadores de escritório"; o pessoal da cozinha; os que trabalham na área de segurança e portaria, etc. Como o foco central, deste estudo, é o "ato assistencial em saúde" e, essas atividades são múltiplas, envolvendo processos de trabalho específicos estou, propositadamente, deixando-as fora da análise.

---

isso está muito longe de acontecer. Apesar de algumas instituições terem deixado de contratar novos "atendentes de enfermagem", aumentando o número de pessoal qualificado, muitas só trocaram o nome deste trabalhador, investiram pouco na profissionalização dos que já estavam atuando na profissão e continuaram admitindo pessoal para o exercício de algumas atividades, consideradas "mais simples". No final dos anos 80, o hospital público estudado, deixa de contratar atendentes e os que existem estão se qualificando ou exercem algumas atividades específicas como: limpeza de material; auxílio na deambulação, recreação, higiene e conforto dos pacientes e no preparo para cirurgias e exames; auxílio na limpeza do quarto do paciente; verificação de sinais vitais. No hospital privado estudado, esses trabalhadores deixam de ser contratados a partir de 1984, os que existem são chamados de "agentes operacionais" e desenvolvem atividades como: limpeza de materiais e auxílio na higiene e conforto dos pacientes. No entanto, a gerência de enfermagem, do hospital privado, diz que pretendem continuar contratando os agentes operacionais para continuar desenvolvendo tais atividades, que ela considera não típicas do trabalho de enfermagem.

O hospital público estudado, conta com os diversos profissionais de saúde citados acima, já, no hospital privado, não trabalham psicólogos nem assistentes sociais. Em outros hospitais inclui-se, por exemplo, o biomédico e, dependendo do porte, da capacidade financeira e do tipo de assistência prestada, a equipe<sup>56</sup> pode ser mais ou menos restrita.

**O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade** - a ação terapêutica de saúde; **como objeto** - o indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, necessitando medidas curativas, preservar a saúde ou prevenir doenças; **como instrumental de trabalho** - os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e **o produto final** é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida.

Os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como resultado, como produto, a assistência de saúde. Tratam-se de atividades diferenciadas, que estudadas na sua especificidade, permitem identificar produtos distintos.

O ato assistencial, pode ser realizado de forma independente, numa relação direta profissional de saúde-cliente, mas diante da complexidade dos problemas, dos conhecimentos acumulados no campo da saúde e dos

---

<sup>56</sup> - Equipe de saúde - dá a idéia de trabalho coletivo, formado por profissionais, no sentido da interdisciplinaridade, em que os diversos profissionais contribuem com avaliações específicas e diferentes abordagens para o entendimento da totalidade. No entanto, na prática assistencial em saúde, a equipe é um grupo de profissionais de saúde que desenvolvem atividades parcelares e, na maioria das vezes, desarticuladas.

instrumentais envolvidos na assistência, grande parte da assistência de saúde desenvolve-se em instituições públicas e/ou privadas, com estruturas e níveis de complexidade diversas. O trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde e diversos profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional.

A complexidade dos problemas em saúde exige conhecimentos profundos em cada área, possibilitando que atividades ou campos do conhecimento organizem-se em novas profissões de saúde. Mas para entender a totalidade é preciso que haja um inter-relacionamento entre essas áreas e profissões.

Os trabalhos profissionais em saúde, apesar de suas especificidades de conhecimentos e de prática, são parte do conjunto, que resulta na assistência à seres humanos, que são totalidades complexas. Como as instituições assistenciais não refletem sobre o processo de trabalho que as especifica - o "assistir em saúde"; não trabalham com planejamento e não têm uma prática de participação dos trabalhadores no pensar e organizar o trabalho, perdem a riqueza da percepção dos diversos grupos profissionais, bem como não fazem a integração interdisciplinar, a qual possibilitaria um salto qualitativo no patamar de conhecimento e da prática assistencial em saúde. Desse modo, a especialização do conhecimento, ao invés de possibilitar avanço, gera fragmentação e alienação.

Para resolver os conflitos que surgem na prática institucional, com a estruturação de novas profissões, mantém-se o modelo em que o médico é o elemento central da assistência, e os demais atuam como práticas auxiliares. Portanto, em situações de conflito, o médico dá a última palavra, independente da sua decisão estar certa ou errada.

Vários fatores explicam o porquê da manutenção desse modelo tradicional de assistir em saúde, seja na prática institucional pública, seja na prática privada. Dentre eles, é possível apontar: a inexistência de mecanismos de controle da qualidade da assistência prestada; a história da organização das profissões de saúde; o tratamento de quem recebe a assistência de saúde como "paciente" e não como cliente"; a influência da organização capitalista do trabalho no setor saúde, e o modelo hegemônico de produção de conhecimentos em saúde.

A história da organização das profissões de saúde mostra o processo de institucionalização da medicina, como detentora legal do saber de saúde, e elemento central do ato assistencial. E, apesar do controle médico sobre as demais profissões, em termos de formação e de regras para o exercício profissional ter se relativizado, neste século, com a organização profissional independente, os médicos continuam, até hoje, com o poder legal de exercer qualquer ramo, do ato assistencial em saúde. No entanto, os demais profissionais de saúde não podem desenvolver atividades que são privativas dos médicos, como a realização do diagnóstico clínico-cirúrgico, a decisão sobre a terapêutica, e a decisão sobre a internação e alta hospitalar.

Os conhecimentos em saúde têm um detalhamento técnico, que é de difícil acesso a toda a população, e a sociedade não dispõe de mecanismos de controle sobre o funcionamento das instituições assistenciais, propiciando que elas funcionem como "instituições totais", que se auto-gerenciam. Essas instituições se organizam sob regras rígidas, que auxiliam no distanciamento dos trabalhadores das características humanas do seu objeto de trabalho, ao mesmo tempo que propiciam a defesa dos interesses corporativos, em oposição à reflexão sobre a globalidade do processo assistencial.

Outro fator, fundamental para a manutenção do modelo tradicional, é a perpetuação do papel de "paciente" ao indivíduo que recebe o atendimento.

**O objeto de trabalho dos profissionais de saúde é um "paciente" e não um "cliente"**

Nenhum dos dois hospitais estudados se organiza ou está realizando mudanças significativas em direção a um serviço voltado para o cliente. Essa situação corresponde ao verificado na amplíssima maioria das instituições assistenciais em saúde no Brasil e, certamente, é encontrada em grande parte das instituições assistenciais em saúde no mundo todo.

Nos hospitais públicos e na grande maioria dos hospitais privados do país, o entrar na instituição significa perder a identidade e aceitar as regras impostas.

Em alguns hospitais privados, que atendem à faixa da população de alto poder aquisitivo, a relação se diferencia e o "paciente" é mais "cliente". O cliente é mais ouvido, tem mais direitos de decidir sobre seu corpo, e de interferir na

assistência, porque o hospital precisa considerar a satisfação da clientela para captar consumidores no mercado.

O mesmo ocorre com os médicos autônomos, os quais, apesar de decidirem sobre seu ritmo e jornada de trabalho, assumem a responsabilidade do atendimento ao paciente/cliente, avaliando e acompanhando-o durante toda a internação. Diferente de parcela significativa dos médicos assalariados, que têm uma jornada de trabalho a cumprir, no entanto, prestam um atendimento precário, criticado por pacientes, por outros profissionais de saúde, e pela sociedade em geral. Pode-se apontar algumas explicações para essa situação:

- a) na relação médico autônomo-cliente, está diretamente envolvida a satisfação do cliente - se o médico não atender adequadamente, nada obriga o cliente a continuar sendo atendido por aquele médico e a remunerá-lo por um serviço prestado de forma insatisfatória;
- b) se os pacientes têm muitas queixas da qualidade do atendimento médico, o hospital pode rescindir o credenciamento do médico, para preservar a imagem do hospital no mercado;
- c) se o médico não atender adequadamente, ele pode perder o cliente e, além de não ser remunerado, sua imagem no mercado fica arranhada, perdendo clientes para os concorrentes;
- d) os médicos assalariados, especialmente dos hospitais públicos, são mal remunerados e se sentem descomprometidos com o atendimento. Boa parcela deles, como muitos dos demais profissionais de saúde, reagem ao problema

das más condições de trabalho, com uma postura de irresponsabilidade frente à clientela, e, algumas vezes, com autoritarismo. A opção de enfrentamento da política salarial, com lutas organizadas pela valorização do serviço, é muito pouco utilizada pelos médicos, seja no hospital público seja no hospital privado. Médicos e profissionais de saúde, dos hospitais públicos, não são afetados, direta e imediatamente, por uma reação do cliente diante das negligências e do mau atendimento. Os pacientes / clientes podem intervir e defender os seus direitos, mas, em relação ao serviço público, não têm poder para produzir mudanças imediatas. Como não têm poder aquisitivo para deixar de consumir o serviço que não gostam, optando por outro tipo de atendimento, e como os problemas de saúde que os afetam, geralmente, precisam de cuidados mais ou menos imediatos, não podendo esperar por uma mudança institucional, isso os torna mais vulneráveis e impotentes. Apesar dessas críticas não dizerem respeito a todos os profissionais assalariados, elas correspondem ao peso que a desconsideração dos direitos de cidadania tem no cotidiano da prática assistencial.

### **A compartimentalização da assistência**

Nos dois hospitais, não existe coordenação da assistência prestada pelos diversos grupos de profissionais de saúde. Não existem instâncias de planejamento nas quais se decida: que atividades e conhecimentos estão envolvidos na assistência que a instituição pretende prestar; que profissionais são necessários para realizar o trabalho mais adequadamente; que papel cada um deve desempenhar; como as diversas atividades podem integrar-se. Também



não existem espaços conjuntos de avaliação da assistência prestada, de avaliação dos resultados.

O trabalho é compartimentalizado, cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços, e, até, tomando atitudes contraditórias.

Não é viável ter um único coordenador por unidade, pois as atividades dos diversos profissionais são muito distintas. O papel central de integrador da assistência prestada pelos diversos profissionais é do médico - ele deve estar atento aos diversos aspectos, desde o aspecto médico em si, de diagnosticar e ver o tratamento necessário, não só medicamentoso, mas de atenção psíquica, quanto de cuidados de enfermagem - perceber os cuidados necessários e prescrever. A idéia central da coisa é toda do médico. Essa é uma maneira um pouco antiga de pensar a respeito disso, pois atualmente a coisa está um pouco separada. Mas acho que o médico deve orientar o procedimento de todos aqueles profissionais, que vão atuar no caso, desde a enfermagem, nutricionista, assistente social. É proibido qualquer outro profissional fazer prescrição, mesmo em emergências. Se o paciente apresentar vômito e não tiver plasil prescrito, a enfermeira não pode mandar aplicar o plasil, porque não está prescrito pelo médico (Médica - hospital público).

Os diversos profissionais não se reúnem para fazer uma avaliação conjunta do paciente. Todos os profissionais de saúde lutam pela sobrevivência e como a área da saúde é muito mal remunerada, assim, muitas vezes, não temos tempo para nos reunir para esse tipo de conversa. Hoje, o médico trabalha aqui pensando no outro emprego. Os enfermeiros e técnicos têm mais de um emprego. Continuo sonhando que um dia se consiga isso (Médico "A" - hospital público).

Não existe espaço conjunto de avaliação e planejamento assistencial, a integração da assistência é feita de forma mais informal, e através do prontuário do paciente (Membro da direção - hospital privado).

Os diversos profissionais da equipe de saúde fazem as suas avaliações do paciente, mas essas avaliações são feitas em separado, não existe espaço nem instância conjunta de avaliação e planejamento da assistência (Médico "A" - hospital privado).

É muito difícil fazer reunião multiprofissional, porque o corpo clínico é aberto, os médicos usam a estrutura do hospital, mas não têm hora para visitar os pacientes. Neste hospital, as informações são centralizadas no enfermeiro, pois é o profissional que está 24 horas na unidade, e que responde pelo setor (Enfermeira "B" - hospital privado).

Como não existe planejamento assistencial, as decisões relativas à qualificação profissional necessária, para prestar a assistência de saúde, não

são tomadas, considerando-se o perfil epidemiológico da população-alvo, e suas características sócio-culturais. A quantidade de pessoal necessário por categoria profissional, é decidida considerando-se os parâmetros internacionais e nacionais da relação profissionais de saúde X leitos, de acordo com a demanda por serviços, e de acordo com as características das unidades assistenciais disponíveis.

No hospital privado, a questão da avaliação entre investimento e retorno financeiro, é fundamental para a definição de instalação de equipamentos, criação de serviços, ou contratação de profissionais. Nos hospitais públicos, a questão do retorno financeiro não determina diretamente as escolhas sobre disponibilidade e qualidade dos equipamentos públicos.

As decisões, em relação à disponibilidade e qualidade dos serviços públicos, seja na saúde ou na educação, dependem, prioritariamente, de decisões políticas, que são resultantes de um conjunto de forças, como: necessidades sentidas pela população e reivindicadas junto às instâncias públicas de decisão; avaliações dos técnicos que atuam na burocracia estatal; pressões dos diversos grupos de profissionais de saúde.

Sabendo-se que é um hospital geral no qual se desenvolvem diversas especialidades, como, por exemplo: ortopedia, neuro-cirurgia, cirurgia vascular, urologia, ginecologia, começa-se a definir os especialistas, que tipo de profissionais e a quantidade que você precisa para atuar naqueles respectivos serviços. Existem dados da OMS que estipulam, de acordo com o número de leitos, quantos profissionais da área de enfermagem são necessários para atuar naqueles leitos, essa referência é usada em diversos países e também no Brasil, estes dados são bem definidos. Quanto ao número de médicos, define-se de acordo com as necessidades. Não existe uma definição, no hospital, de que só posso ter 3 cirurgiões vasculares, por exemplo, se o hospital, de repente, tiver condições para passar a atuar em dobro naquela especialidade, terei que aumentar o número de profissionais (Membro da direção - hospital público).

Nem todos os colegas e direção do hospital entendem a importância de ter um número de pessoal de enfermagem adequado para prestar uma assistência de qualidade. Existem estudos definidos pela AMB, que seguem os padrões internacionais, estabelecendo o número de pessoal adequado para o atendimento na UTI. Acho importante manter esse número para ter um bom atendimento e um bom relacionamento. Não dá para exigir que o pessoal de enfermagem faça o que é impossível com um número excessivo de pacientes e poucos funcionários. Quando isso ocorre a qualidade cai. Acho importante, para trabalhar bem, haver entendimento entre a equipe, um bom relacionamento e confiança de que cada um faz realmente o seu papel (Médico UTI - hospital público).

Não existem, no hospital, instâncias para discussão e decisão de que tarefas cabem a cada grupo profissional, assim, cada grupo vai batalhando pelo seu espaço. Existe o Regimento Interno do Serviço de Fisioterapia, elaborado pelos fisioterapeutas do hospital, que define qual é o papel da fisioterapia no hospital, e, também, teve como objetivo impedir que os médicos trouxessem fisioterapeutas de fora para atuar no hospital, como ocorre em outros hospitais em São Paulo (Fisioterapeuta - hospital privado).

O médico é o elemento central do processo assistencial em saúde em nível institucional. Os demais profissionais participam da assistência, subordinando-se às decisões médicas, mas cada categoria profissional mantém certa autonomia de avaliação e tomada de decisões.

Neste hospital, não existe discussão multidisciplinar. Eu tive uma experiência de trabalho com excepcionais, que foi muito boa neste sentido, porque a gente tinha reuniões semanais com a equipe: psicólogo, pedagogo, professor de educação física, fisioterapeuta, fonoaudiólogo. A gente conseguia fazer um bom trabalho; todos ficavam sabendo do trabalho um do outro. Era muito interessante e bem melhor, com certeza. Isso eu sinto falta. Ficamos sem saber o que o outro está fazendo, o que poderíamos fazer para ajudar. O trabalho fica muito centrado nos médicos. O médico prescreve a fisioterapia, mas quem decide os procedimentos é o fisioterapeuta (Fisioterapeuta - hospital público).

As tarefas de cada um estão estabelecidas em rotinas, mas não há reuniões conjuntas para decidir a quem cabe determinados tipos de tarefas. Acho que vem da tradição, aquilo é função do médico, aquilo é função do enfermeiro. O enfermeiro era muito burocrático, acho que continua sendo em outros setores. Aqui melhorou um pouco, os enfermeiros tocam mais no paciente, além de orientar os técnicos e auxiliares eles põem a mão no paciente. Acho que mudou. O médico prescreve a dieta e a nutricionista decide como vai preparar. Não discutimos em conjunto porque é uma coisa muito dinâmica. Se a nutricionista achar que a prescrição está errada, por exemplo, está muito concentrada, então eles orientam a gente (Médica "B" - hospital público).

O médico que atende o paciente tem toda a liberdade, tem todo o direito de fazer o que quiser, o paciente é dele. Acho um detalhe muito importante, porque existem pacientes que têm muitos problemas, de várias áreas, começa a ter muitos médicos atendendo, muita coisa envolvida e você acaba sem saber quem é o médico do paciente ou o médico do paciente fica de fora. O

médico só pede parecer para outros colegas se ele quiser, e para outros profissionais também. Em princípio, quando mando um paciente para o CTI, quem cuida do paciente são os médicos do CTI mas vou lá e sugiro condutas. Em situações de dúvida ou de conflito o que prevalece é a posição do médico do paciente, se ele tiver a certeza de que está com a razão. No final a responsabilidade sobre o que aconteceu ou não ao paciente é do médico do paciente (Médico "A" - hospital privado).

Como cada profissional faz a sua avaliação em separado, e pode tomar decisões em função da mesma, é possível que ocorram situações de conflito. Quando existe conflito por decisões divergentes, institucionalmente prevalece a decisão médica, mas, informalmente, dependendo das características pessoais dos profissionais envolvidos, é possível que ocorram momentos de troca e de tomada de decisões conjuntas.

Existem algumas situações de conflito, por exemplo, eu prescrevo uma fisioterapia respiratória e o fisioterapeuta avalia e diz que o paciente não precisa, mas se eu acho que precisa, insisto na prescrição, e ele acaba fazendo o que eu solicito. Se prescrevo uma dieta laxativa e a nutricionista diz que o paciente está com diarreia, e ela não vai fornecer tal dieta, mas eu continuo achando que o paciente precisa desta dieta, ela acaba tendo que atender a minha indicação. Mas tenta-se decidir os conflitos com o diálogo. O relacionamento entre médico e equipe paramédica tem que ser um relacionamento cordial, pois sempre vai se precisar da nutricionista, da fisioterapia. Neste hospital, o relacionamento entre médico e equipe é muito bom. Esse tipo de deterioração da relação acontece nos hospitais públicos, nos quais, se eu prescrever uma fisioterapia às 3 horas da manhã, o fisioterapeuta diz que não vai atender e escreve que não vai fazer, fica irritado e 'xinga' o médico. Neste hospital, não, atendem de boa vontade, porque querem preservar os seus empregos, não tendo esse tipo de atrito, o relacionamento aqui é bom. Tenho a impressão, não só aqui, de que o médico é o centro da tomada de decisões, assim, se prescrevo uma fisioterapia respiratória e motora e o fisioterapeuta acha que o paciente não precisa da motora, assim mesmo ele deve seguir a orientação médica. Quanto à enfermagem, geralmente cumpre as prescrições médicas, se prescrevo um absurdo, ela pode se recusar a fazer, por exemplo, se eu prescrever um soro glicosado, e a enfermagem constatar que o paciente está diabético, ela avisa pelo telefone e eu mudo a prescrição. A enfermagem aqui tem esse tipo de liberdade, de não cumprir alguma prescrição, ao avaliar que o paciente não está necessitando, por exemplo, avisa: não dei o aldomet das 10 horas porque o paciente está com a pressão baixa. Aqui, sempre fomos abertos a esse tipo de discussão, porque a enfermagem tem um nível muito bom, elas não discordam por discordar, se discordam, é porque têm justificativa técnica, mas se eu achar que tem que prescrever e que está na prescrição elas têm que seguir. A decisão é do médico mas está aberta à discussão (Médico "B" - hospital privado).

Existem alguns espaços que poderiam ser usados como instrumentos ou momentos de integração, mas que são precariamente utilizados, como o prontuário do paciente, e as visitas dos profissionais de saúde aos pacientes.

O "prontuário do paciente" ou "prontuário médico" é um documento que identifica o paciente/cliente, na instituição, ao mesmo tempo que deveria constituir-se em uma instância de integração da assistência que lhe é prestada. No entanto, essa integração não ocorre. Nem tudo que acontece com o paciente é registrado, nem todos os profissionais de saúde lêem, sistematicamente, as anotações existentes no prontuário.

As avaliações são feitas em separado e registradas em separado, portanto, desintegradas, duplicando esforços e sem troca entre a equipe multiprofissional. No CTI do hospital privado, a forma de utilização do prontuário é ainda mais significativa da fragmentação. O prontuário é desmembrado e as partes ficam em locais distintos, dificultando o acesso ao todo.

Acho que os médicos não lêem as nossas avaliações, pois eles nunca vêm comentar. A enfermagem vê o que a gente faz no quarto e algumas vezes perguntam alguma coisa (Fisioterapeuta - hospital público).

Eu leio as anotações da enfermagem e acho que os médicos lêem. Há alguns anos atrás o pessoal de enfermagem só checava a medicação mas depois que fiz uma reclamação, quando fui diretor da Divisão Médico-Técnica, isso mudou e eles passaram a anotar. As vezes deixam de fazer, porque o trabalho é muito intenso e as enfermeiras são poucas (Médico - hospital público).

Eu leio as anotações dos outros profissionais. [...] Todo o dia mudamos de paciente, por isso, é necessário ler a evolução anterior para ver o que aconteceu com o paciente, e, o que está sendo feito. Na prática diária, a enfermagem lê mais a prescrição do dia. A nutricionista não anota no prontuário, só checa a dieta e não tem o hábito de ler as anotações contidas no prontuário (Técnica de enfermagem - hospital privado).

A integração entre os diversos membros da equipe de saúde é feita por conversas informais e pelo prontuário. Nesta unidade, o prontuário tem anotações médicas e de enfermagem na mesma folha, quando o médico vai

fazer a sua anotação, já vê os cuidados de enfermagem que foram feitos. Os médicos lêem o histórico de enfermagem, pois ali têm todas as informações sobre o paciente, medicações que está tomando etc. Quanto à qualidade das anotações médicas, depende de cada médico, têm uns que não anotam, pois, como é um hospital privado, o médico tem as anotações no seu consultório, o prontuário fica pobre (Enfermeira - hospital privado).

Nos dois hospitais, não são feitas visitas conjuntas dos diversos profissionais de saúde para avaliação do paciente.

A visita médica deveria ser acompanhada pela enfermeira e muitas vezes isso não acontece, são poucos que adotam esse sistema. Mas se você for em outros países mais adiantados, primeiro mundo, a visita médica diária é acompanhada pela enfermeira. A enfermeira sabe de tudo o que acontece com o paciente. Aqui no hospital ainda existe muita resistência, acho que isso aí é uma resistência, é algo cultural, há muitos anos trabalham de determinada forma, adquirem vícios de conduta, de postura, ficando, às vezes, difícil de mudar. Talvez possa até ser uma filosofia nova de trabalho a ser adotada, que se consiga ao longo desta administração que se inicia, mudar esse comportamento, fazer com que as pessoas vejam sob esse outro aspecto que é muito importante (Diretor do hospital público).

### **O modelo hegemônico de produção dos conhecimentos em saúde e de organização do trabalho**

A organização dos serviços segue a lógica das especialidades, que é a lógica da fragmentação, do parcelamento do homem e correspondente ao modelo biológico positivista de entendimento das doenças. Esse modelo tem dado sinais de esgotamento, tanto para o entendimento da manifestação das doenças no homem e do seu comportamento epidemiológico, quanto tem sido insuficiente para determinar medidas terapêuticas eficazes.

A lógica da organização dos serviços de saúde e dos serviços no hospital, segue a lógica das especialidades médicas e deve ser assim. Tem alguns probleminhas mas eles são contornáveis e solucionáveis, o caminho é por aí. [...] Concordo que esse modelo parcela o homem mas, como médico especialista, tive antes uma formação geral para depois a da especialidade e deve ser assim, pois os médicos ou enfermeiros que tem apenas a visão da

especialidade, ficam com uma visão falha (Membro da direção do hospital privado).

O aumento das especialidades na área da saúde, apesar de ficar mais visível em relação ao trabalho médico ocorre, também, com os demais profissionais de saúde. A especialização do conhecimento e do trabalho em saúde é, ao mesmo tempo, resultado do fenômeno de especialização do conhecimento humano, mas resulta também da concepção de ciência positivista e da parcelização do trabalho.

No entanto, a produção do ato assistencial em saúde envolve um conhecimento sobre o processo que não é dominado pela administração da instituição e nem existe uma equipe de técnicos e gerentes que determinam qual é a tecnologia assistencial que será empregada e qual o papel de cada trabalhador, como ocorre nas empresas da produção material. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional. Os médicos, ao mesmo tempo que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Esses profissionais executam atividades delegadas mas mantém certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional. Tomam decisões, desde que elas não contradigam as decisões médicas, salvo por acordo entre as partes. Em caso de conflito, a última palavra é do médico.

No espaço institucional, convivem características do trabalho assalariado e da divisão parcelar do trabalho com o trabalho profissional do tipo artesanal.

As relações hierárquicas se manifestam na maioria das relações de trabalho, que se estabelecem nas instituições estudadas. Hierarquia dos médicos em relação aos demais profissionais de saúde; dos profissionais de nível superior sobre os de nível médio e elementar; dos chefes sobre os subordinados, de médicos que têm mais poder sobre os que têm menos poder, e dos profissionais de saúde sobre os clientes.

Os médicos chefes das especialidades são os que têm mais poder, geralmente são os mais antigos, que têm mais experiência e conquistaram um reconhecimento, no grupo e na sociedade. No hospital privado essa relação fica mais explícita - os médicos credenciados e mais antigos na especialidade são mais experientes e considerados como mais "qualificados", sendo mais valorizados que os contratados assalariados. São os primeiros que assumem os cargos de chefia e administração do trabalho médico, têm mais títulos e suas decisões prevalecem sobre as dos plantonistas, tanto no Pronto Atendimento quanto no Centro de Terapia Intensiva - CTI - o que pode gerar conflitos, também, entre os médicos.

Parece que os médicos que se "submetem" a fazer plantões e prestar contas como funcionários assalariados às instituições, são os médicos mais jovens, que ainda não têm uma clientela suficientemente grande. Essas atividades são vistas como um degrau inicial na carreira.

As prescrições do CTI são feitas pelo intensivista mas o paciente tem como responsável por ele, em última instância, o seu médico, pela característica, deste hospital, de ser um hospital particular. As condutas as vezes são divergentes e é comum situações de conflito. Por exemplo, nos casos de transplante de fígado, quem faz a prescrição é a equipe de transplante de fígado e não o intensivista mas quem cuida e controla é o intensivista. A



enfermagem fica numa situação delicada. Existem situações em que o paciente precisa de alguns cuidados especiais e o intensivista não poder tomar a atitude necessária. Ele telefona para o médico do paciente que diz para não realizar determinada conduta, neste caso prevalece a opinião do médico do paciente. A decisão do médico do paciente vale para todos os profissionais de saúde mas acho que quem mais sofre são os médicos, que vivem situações terríveis (Técnica de enfermagem - hospital privado).

No hospital público, os intensivistas<sup>57</sup> da Unidade de Terapia Intensiva - UTI, detêm o poder sobre a decisão terapêutica, bem como decidem sobre a possibilidade do paciente ficar ou não internado na UTI, o médico do paciente, teoricamente é o responsável pelo paciente mas na prática ele não intervém na conduta tomada pelos intensivistas. No hospital público, identifica-se uma relação hierárquica, entre os médicos chefes das equipes de especialistas e os demais membros do grupo; entre médicos contratados e residentes. No entanto, entre os médicos funcionários, a relação predominante é de "respeito entre iguais", algumas vezes, competitiva em termos de quem vai conseguir fazer prevalecer a sua decisão técnica.

### **A organização tradicional do trabalho em saúde e indicativos de mudança**

No cenário atual de reestruturação das empresas da produção material, um dos elementos deste processo são as mudanças na organização do trabalho que rompem com o modelo fragmentado da produção taylorista. No setor saúde, a organização do trabalho assistencial tem poucas mudanças em relação ao modelo tradicional. Pode-se dizer que o "modelo tradicional" de organização do trabalho assistencial em saúde segue duas lógicas básicas: a lógica do trabalho

---

<sup>57</sup> - Intensivistas - médicos que trabalham em serviços de terapia intensiva. Nos últimos anos constituiu-se em uma especialidade formal da medicina.

profissional do tipo artesanal e a lógica do trabalho parcelado da divisão manufatureira do trabalho. Essas duas lógicas convivem no mesmo espaço físico. As ações são compartimentalizadas, com muito poucos espaços de integração. O trabalho profissional convive com a divisão parcelar e pormenorizada do trabalho e com relações hierárquicas de comando.

O trabalho parcelado se verifica, mais explicitamente, nas atividades de apoio e no âmbito do exercício de profissões como a enfermagem, fisioterapia, nutrição e farmácia.

Nas profissões da saúde, o profissional de nível superior detém o poder e os conhecimentos relativos à profissão, e delega tarefas específicas a trabalhadores de nível médio ou elementar.

O pessoal da limpeza limpa o quarto. O técnico ou auxiliar prepara a cama e recebe o paciente, além disso prestam cuidados integrais, desde higiene e conforto (com a ajuda dos atendentes) até a administração das medicações e prestação dos cuidados necessários como, por exemplo: curativo, higiene oral, troca de curativo de traqueostomia, etc. Os curativos mais complexos são feitos pela enfermeira, se ela não tiver condições de fazer, eu forneço os dados - condições do ferimento, secreções - e eu mesmo faço (Técnica de enfermagem da UTI).

Na enfermagem<sup>58</sup>, que é o grupo majoritário, no conjunto das profissões de saúde, percebe-se uma possibilidade de mudança na fragmentação do trabalho com a implantação dos "cuidados integrais", em que as tarefas são realizadas no contexto da assistência e não como tarefa que pode ter um fim em si mesma. Possibilita um trabalho mais criativo e para desenvolvê-lo é preciso profissionais qualificados. Essa forma de organização do trabalho, há muito tempo vem sendo

---

<sup>58</sup> - A designação enfermagem inclui todos os trabalhadores de enfermagem: enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem.

desenvolvida nas Unidades de Terapia Intensiva e, a partir do início dos anos 90 foi implantada em todas as unidades assistenciais do hospital privado. Nas Unidades de Terapia Intensiva são atendidas pessoas em situações de risco de vida, que precisam de uma assistência de profissionais capazes de avaliar continuamente a sua evolução e de adaptar-se às mudanças de atitude necessárias, o que não é possível ser alcançado com a divisão parcelar do trabalho.

As mudanças na organização do trabalho, implementadas no hospital privado, podem ser explicadas, em parte, pela iniciativa da enfermagem de enfrentar o problema da fragmentação, buscando uma forma de organização do trabalho que fosse mais satisfatória para os seus exercentes (Moneta, 1993). Ao mesmo tempo, a implantação dessa mudança, mostra que as instituições privadas estão interessadas em iniciativas que, não implicando em aumento dos custos ou em risco para a sua margem de lucro, melhorem a qualidade da assistência prestada. Porque a prestação de serviços de boa qualidade, credencia as instituições privadas na disputa que as mesmas travam entre si pela pequena parcela da população que pode pagar pelo atendimento de saúde.

Apesar do trabalho assistencial em saúde continuar sendo, prioritariamente, compartimentalizado, sem espaços de planejamento coletivo e de debate das diversas avaliações profissionais sobre o paciente, algumas situações práticas observadas, e informações obtidas nos dois hospitais, quebram o modelo de compartimentalização das ações e indicam a possibilidade de um trabalho do tipo cooperativo como:

- a) a observação de um procedimento - retirada de tubo endotraqueal e colocação de sonda nasogástrica em uma paciente, na UTI do hospital público. O trabalho foi feito, em conjunto, pelo médico e pela enfermeira. Os dois profissionais dividiram a realização do procedimento, o apoio emocional ao paciente e a observação da evolução do paciente;
- b) a formação de equipes de profissionais de saúde para o tratamento de problemas específicos ou para a realização de procedimentos especiais, no hospital privado - médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros profissionais trabalham cooperativamente na avaliação, na realização de procedimentos e na orientação de pacientes;
- c) a formação de grupos de estudos multidisciplinares, no hospital privado, (grupo da dor; de nutrição parenteral; de transplante de fígado; de oncologia; de ostomia; de hemodiálise, de nefrologia; de cardiologia ; de transplante de medula óssea) que podem incluir médicos, enfermeiros, nutricionista, farmacêutico e tem por objetivo o aprimoramento profissional;
- d) a implantação da folha unificada de registro, na unidade clínico-cirúrgica do hospital privado. Todos os profissionais de saúde anotam na mesma folha, o que coloca visível e de fácil acesso as avaliações feitas pelos diversos profissionais. Essa modalidade de registro não ocorre nas demais unidades do hospital, por resistência dos enfermeiros e dos médicos. O diretor clínico está propondo a sua implementação em todo o hospital;

e) o papel desempenhado pelos Serviços de Controle de Infecção Hospitalar - SCIH e as Comissões de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH. Nos dois hospitais estudados os serviços são bem estruturados, têm uma composição multidisciplinar, participando trabalhadores dos diversos setores do hospital; têm reconhecimento dos diversos profissionais de saúde pela sua atuação, bem como suas determinações têm um peso de normatização a ser cumprida em toda a instituição<sup>59</sup>.

No entanto, é preciso mais do que isso. É preciso repensar o modelo de organização dos serviços de saúde; os serviços oferecidos; a base teórica para a fundamentação das pesquisas e o modelo de prática.

A complexidade dos problemas exige, cada vez mais, um trabalho cooperativo multiprofissional, do tipo interdisciplinar, que rompa com a visão fragmentada da superespecialização em que o convencimento se sobreponha à submissão ao poder hierárquico. Acredito que estamos muito longe desta visão, mas o peso que, recentemente, têm assumido os Serviços de Controle de Infecção Hospitalar nos hospitais, é, pelo menos, um indicativo de reconhecimento dos erros e da incapacidade do modelo tradicional de dar conta de uma assistência de qualidade.

---

<sup>59</sup> - Nos dois hospitais, existiam Comissões de Controle de Infecção Hospitalar, há mais de 10 anos. A estrutura atual, dos dois hospitais, com SCIH e CCIH, corresponde à organização indicada na portaria 930, do Ministério da Saúde, de 1992, que obriga todas as instituições hospitalares (públicas ou privadas) terem órgãos e programas de controle das infecções hospitalares, estabelecendo penalidades nos casos de não cumprimento das determinações. Essa normatização atualiza a antiga 196, passando a vigorar depois da morte, por infecção hospitalar, do Presidente Tancredo Neves. As circunstâncias da morte do Presidente da República mostraram que as infecções hospitalares são um problema grave e que o enfrentamento do problema ultrapassa a fronteira da visão reducionista de competência técnica em áreas específicas.

Um conjunto de fatores, como a introdução de tecnologia, no qual os exames diagnósticos são auto-explicativos; o aumento do nível educacional da população e a democratização dos conhecimentos, em que a globalização das informações permite que as pessoas tenham um rápido acesso às informações sobre descobertas no campo da saúde e a informações sobre conquistas de direitos de cidadania em outros países, nos quais, os médicos e instituições assistenciais são processados legalmente por erros cometidos, aponta uma possibilidade de inversão da submissão e dependência dos indivíduos ao poder dos profissionais de saúde e das instituições assistenciais. Melhor informadas as pessoas estarão mais instrumentalizadas para defender os seus direitos e optar em relação a tratamentos e procedimentos. Hoje, mesmo com todas as limitações vigentes na sociedade brasileira, os indivíduos são um pouco menos passivos frente às instituições: lutam por seus direitos, denunciam erros e maus-tratos e conquistaram, pelo menos na lei, o direito a uma assistência de saúde garantida pelo Estado.

### **A força de trabalho**

As condições de trabalho, a relação profissional de saúde / leito e a qualificação profissional são mais favoráveis no hospital privado do que no hospital público.

Mesmo considerando-se que o hospital privado, estudado, representa uma minoria dentre os hospitais privados brasileiros, fica claro que no setor saúde, como na produção material, para obter mais lucros, as empresas não utilizam

sempre a mesma estratégia. Diversas alternativas podem ser utilizadas para racionalizar a produção e maximizar os lucros. Assim, no hospital privado estudado, a opção para reduzir custos não se deu através de uma estratégia de redução da força de trabalho, nem de redução da força de trabalho qualificada. Para reduzir custos, o hospital está investindo: na terceirização; em equipamentos de tecnologia avançada, como forma de conseguir maior rendimento do trabalho e na qualificação dos trabalhadores, com o objetivo de aumentar a resolutividade das ações assistenciais. Essas alternativas aparecem como estratégia empresarial de capacitação para disputa no mercado, não resultando de pressão organizada dos trabalhadores da saúde, uma vez que, praticamente, não existe luta sindical no hospital privado.

O hospital público, apesar dos problemas, considerando-se o conjunto dos hospitais públicos do país, também se destaca positivamente em termos de qualidade da assistência prestada. Apresenta uma situação mais precária em relação à força de trabalho do hospital privado, mas a defesa da qualidade da assistência e a defesa da valorização da força de trabalho, têm se dado, desde o final dos anos 80, pelas lutas sindicais dos trabalhadores da saúde e pelas pressões dos movimentos de trabalhadores pelo direito à saúde.

No hospital público, no qual o objetivo não é a obtenção de lucro, os critérios de rentabilidade não são o mais importante. Assim, as decisões sobre ampliação e/ou manutenção de serviços, bem como a política em relação à força de trabalho, são mais suscetíveis a pressões sociais, pois os equipamentos públicos de assistência à saúde precisam atender às necessidades de

reprodução da vida, no contexto urbano. Parte do trabalho médico da instituição pública, realiza-se na forma privada, com vistas ao retorno financeiro para os médicos e para a instituição. Neste caso, o objetivo é comercial, e esses serviços só seriam produzidos enquanto a receita fosse maior que os custos envolvidos na sua produção. No caso deste hospital, como grande parte das despesas é paga pelo Estado, não é feito esse balanço entre receita e despesas, de modo que os médicos credenciados, praticamente só têm benefícios. A remuneração médica fica assegurada e as despesas com o financiamento do serviço e com o pagamento do trabalho dos demais profissionais de saúde fica por conta do Estado.

## 2.1 CARACTERIZANDO AS UNIDADES ESTUDADAS

### 2.1.1 AS UNIDADES DE INTERNAÇÃO CLÍNICO-CIRÚRGICAS

O quadro abaixo mostra, esquematicamente, as principais características das unidades estudadas.



QUADRO 4 - CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO ESTUDADAS

Unidade de Internação	População Atendida	Problemas de Saúde	N. de Leitos	N. trab. de enf. / leitos /diurno	Direito à visita e acompanhante	Área Física do Posto de Enfermagem
Hospital Público	Adultos, ambos os sexos. Grande maioria pacientes do SUS.	Predomina atendimento clínico. Grande incidência de pacientes com problemas oncológicos e neurológicos.	46 leitos	1 trab. enf. para 6 ou 7 leitos.  Enfermeiro durante o dia.  12,5 % da equipe de enf. são enfermeiros	Visita em horário restrito e acompanhante só em situações especiais	Razoavelmente ampla
Hospital Privado	Grande maioria são adultos, de ambos os sexos, eventualmente crianças. Exclusivamente pacientes particulares.	Atendimento geral clínico-cirúrgico	15 leitos	1 trab. de enf. para 3 leitos.  Enfermeiro nas 24 horas.  29,41 % da equipe de enf. são enfermeiros	Visita é livre e tem direito a acompanhante com acomodações junto ao paciente	Muito restrita sem espaço para pequenos repousos

As unidades, clínica e clínico-cirúrgica, estudadas, assemelham-se nos seguintes aspectos: são unidades básicas, no sentido de que desenvolvem o trabalho assistencial sem a dependência direta de equipamentos de tecnologia de ponta; atendem, quase que exclusivamente, a adultos de ambos os sexos; prestam atendimento geral, predominando o atendimento de algumas especialidades, no hospital público.

No entanto, as unidades estudadas são bastante diferentes, no que diz respeito aos seguintes aspectos:

- a) a relação, trabalhadores de enfermagem / leitos<sup>60</sup>, considerando-se a disponibilidade de pessoal para prestar a assistência e a qualificação desses trabalhadores, é muito mais favorável, no hospital privado do que no hospital público. No hospital público existe um (1) trabalhador de enfermagem para cada seis (6) ou sete (7) leitos, nas 24 horas, sendo que 12,5 % destes trabalhadores são enfermeiros (profissionais de nível superior), enquanto que, no hospital privado, existe um (1) trabalhador de enfermagem para cada três (3) leitos, nas 24 horas, e 29,41% destes são enfermeiros. No hospital privado existe enfermeiro lotado na unidade, prestando assistência nas 24 horas e no hospital público só existe no período diurno. Nos dois hospitais, a proporção de profissionais qualificados é muito melhor que a média nacional, na qual, 8,5 % da equipe de enfermagem são enfermeiros (COFEn / ABEn, 1985). Sendo que, o hospital privado dispõe de uma proporção de trabalhadores de enfermagem, qualificados, melhor do que o preconizado pelo Conselho Federal de Enfermagem (COFEn, 1996), para a realização do trabalho assistencial nestes tipos de unidades. O parâmetro recomendado pelo COFEn, é que, os enfermeiros devem corresponder a 27 % da equipe de enfermagem;
- b) no hospital público, o horário de visitas é restrito, o paciente não tem direito a acompanhante, e os familiares têm muita dificuldade em obter informações

---

<sup>60</sup> - A relação, trabalhadores de enfermagem / leitos, é significativa porque, entre os profissionais de saúde, são estes trabalhadores que garantem a assistência nas 24 horas, além de ser o grupo majoritário na equipe de saúde.

sobre os pacientes<sup>61</sup>. No hospital privado, as visitas são livres, e os pacientes têm direito a ter acompanhante, além de ter telefone disponível no quarto;

c) o hospital privado parece ter melhores condições de trabalho, considerando-se o valor dos salários e a disponibilidade de equipamentos de proteção, mas, na unidade clínica, do hospital público, as instalações para comodidade e exercício do trabalho, são melhores do que no hospital privado.

### 2.1.2 AS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

QUADRO 5 -CARACTERÍSTICAS GERAIS DAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA ESTUDADAS

Unidades de Terapia Intensiva	População Atendida	Problemas de Saúde	N. de Leitos	N. trab. de enf. / leitos / diurno	Direito à visita e acompanhante	Área Física
Hospital Público	Adultos, ambos os sexos. Grande maioria pacientes do SUS. Não há leitos reservados para pacientes particulares.	Atendimento geral. Maior incidência de pacientes com traumatismo crânio-encefálico e politraumatizados.	10 leitos em atividade	1 Enfermeiro para cada 5 leitos e 1 trab. de enf. para 2 leitos. Enfermeiro nas 24 horas. 27,27 % da equipe de enf. são enfermeiros	Visita em horário restrito. Não existe qualquer espaço para estar de familiares.	Ampla e iluminada. Boas acomodações para pacientes e para o trabalho da equipe de saúde.
Hospital Privado	Grande maioria são adultos, de ambos os sexos, eventualmente crianças. Exclusivamente pacientes particulares.	Atendimento geral. Alta incidência de acompanhamento pós-operatório.	14 leitos	1 trab. de enf. para cada 1 ou 2 leitos. Enfermeiro nas 24 horas. 44,90 % da equipe de enf. são enfermeiros	Visita em horário restrito. A direção está estudando a liberação do horário de visitas. Boas acomodações para familiares em área contígua ao CTI.	Ampla iluminada e boas acomodações para pacientes e trabalho da equipe de saúde.

61 - Os profissionais de saúde, que atuam nas unidades assistenciais, são proibidos dar informações sobre o estado clínico dos pacientes, por telefone. A telefonista deve passar as ligações ao Serviço Social, que, periodicamente, solicita uma listagem da situação dos pacientes para os profissionais das unidades para prestar informações aos familiares.

As unidades de terapia intensiva, estudadas, assemelham-se, mais, entre si, do que as unidades básicas. Assemelham-se em relação ao uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta, à área física, ao número de leitos, sendo que, ambas, prestam atendimento geral e, quase que exclusivamente, a adultos. No hospital público predomina o atendimento a pacientes com traumatismo crânio-encefálico e politraumatizados, e, no hospital privado, há alta incidência de acompanhamento de pacientes em pós-operatórios. As visitas têm horário restrito às duas unidades, mas, enquanto no hospital público há uma série de limites burocráticos no acesso às informações sobre os pacientes, o hospital privado está estudando a possibilidade de liberar o horário de visitas no CTI (Centro de Terapia Intensiva), bem como, existem boas acomodações para os familiares junto ao CTI. Em relação à força de trabalho, a relação trabalhadores de enfermagem / leitos, é semelhante, e, ambas, têm enfermeiro, lotado nas unidades para prestar assistência nas 24 horas. Diferenciam-se em relação à qualificação da força de trabalho. No hospital público a proporção de enfermeiros, na equipe de enfermagem, é de 27,27 % e no hospital privado é de 49,90 %.

## 2. 2 O PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

### 2.2.1 A FORÇA DE TRABALHO NAS UNIDADE DE INTERNAÇÃO

QUADRO 6 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM NA UNIDADE  
CLÍNICA DO HOSPITAL PÚBLICO

categoria	1995		sexo				renda bruta / inicial / mês / na inst. / U\$ *	jornada contratada
	n	%	m	%	f	%		
enfermeiros	5						578,24	
técs. enf.	7						344,93	
auxs.enf.	14						180,83	
atend. enf.	14						180,83	
<b>enfermagem subtotal</b>	<b>40</b>	<b>55,55</b>	<b>16</b>	<b>40</b>	<b>24</b>	<b>60</b>		<b>30h /semanais</b>
médicos efetivos	25	34,72	18	72	7	28	578,24	20h /semanais
nutricionista	1	1,39			1	100	578,24	30h /semanais
fisioterapeuta	2				2		(1) 578,24	(1) 30h /semana
téc. e aux. fisiot.	2		2					
<b>fisioterapia** subtotal</b>	<b>4</b>	<b>5,55</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>2</b>	<b>50</b>		<b>Os demais fazem hora-plantão na instituição</b>
assistente social	2	2,78			2	100	578,24	30h /semanais
<b>Total</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>36</b>	<b>50</b>	<b>36</b>	<b>50</b>	<b>-</b>	<b>-</b>

\* Renda bruta / inicial / mês = salário inicial por categoria, constante na tabela do plano de carreira + a gratificação de 110 %. Convertido para dólar - valor de abril de 1995 (1U\$ = R\$ 0,89).

\*\* Fisioterapeutas e profissionais de fisioterapia de nível médio são a equipe de fisioterapia do hospital. Só atendem na unidade sob solicitação médica. Num dado momento, pode ter de 0 a 4 profissionais atuando. Só 1 (um) fisioterapeuta é funcionário do hospital. Dados de abril / 1995.

QUADRO 7 - TRABALHADORES QUE DESENVOLVEM ATIVIDADES DE  
APOIO - UNIDADE CLÍNICA - HOSPITAL PÚBLICO

categoria	1995		sexo			renda bruta / inicial / mês na instituição/U\$*	jornada contratada
	n	%	m %	f %			
escriturários	3		1	2		344,93	30h/semana
copeiras	9			9		165,16	30h/semana
peçoal da limpeza			varia conforme escala				30h/semana
	3					165,16	
<b>Total</b>	15	100	1	8,3	11	91,67	-

\* Renda bruta inicial / mês = salário inicial da categoria, constante na tabela do plano de carreira + 110 % de gratificação. Dados de abril de 1995.

QUADRO 8 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE - UNIDADE CLÍNICO-CIRÚRGICA  
HOSPITAL PRIVADO

categoria	1995		sexo				renda bruta/ inicial/mês na inst. / U\$**	jornada contratada
	n	%	m	%	f	%		
enfermeiros	5				5		1 404,51	
técs. enf.	3		2		1		920,40	
auxs. enf.	9		4		5		808,77	
atends. enf*	0	-	-		-		-	
<b>enfermagem</b>								
<b>subtotal</b>	17	94,44	6	35,29	11	64,70	-	36h/semana
nutricionista	1	5,55			1	100	1 276,85	40h/semana no hospital - visita pacientes na unidade
<b>Subtotal</b>	18	100	6	33,33	12	66,66	-	-
fisioterapeuta	12 no hospital				-		1 276,85	30h/semana no hospital - atende conforme solicitação
médicos	indefinido				-		-	visitam "seus" pacientes diariamente

\* Não tem atendente de enfermagem atuando na unidade.

\*\*Valor do dólar de abril de 1995 (1 U\$ = R\$ 0,89).

Dados referentes a abril de 1995.

QUADRO 9 - TRABALHADORES QUE DESENVOLVEM ATIVIDADES DE APOIO  
UNIDADE CLÍNICO-CIRÚRGICA - HOSPITAL PRIVADO

categoria	1995		sexo				renda bruta / inicial / mês na instituição/US*	jornada contratada
	n	%	m %	f %				
escriturária	1	14,28		1			617,35	40h/semana
copeiras	4	57,14		4			422,74	44h/semana
peçoal da limpeza	2	28,57		2			407,94	44h/semana
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>0</b>	<b>7</b>	<b>100</b>		-	-

\* Valor do dólar de abril de 1995 (1 US\$ = R\$ 0,89).

Dados referentes a abril de 1995.

As duas unidades prestam atendimento geral, predominantemente a adultos sem o uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta. Contam com uma equipe de profissionais de saúde e trabalhadores que desenvolvem atividades de apoio, que diferem em termos de quantidade e de qualificação profissional, que estão submetidos a condições de trabalho bastante díspares e atuam em estruturas físicas e condições institucionais diferenciadas.

Em relação à força de trabalho, verifica-se que:

- a) para a assistência de saúde nas 24 horas do dia e durante os 365 dias do ano, de **46 pacientes internados**, inclusive cobrindo férias e eventuais licenças, a unidade clínica do hospital público dispõe de 40 trabalhadores de enfermagem



- organizados em equipes por turno de trabalho e, para realizar as atividades "de apoio", conta com 3 escriturários; 9 copeiras e 3 funcionários da limpeza;
- b) as **equipes de trabalho diurno** funcionam com um (1) trabalhador de enfermagem para atender a 6 ou 7 pacientes. As **equipes de trabalho noturno** contam com um (1) trabalhador de enfermagem para atender de 11 a 12 pacientes. À noite, não tem escriturário e, para atender a todo o hospital, existe uma pessoa de plantão na copa e uma na higienização e limpeza;
- c) para atender aos **15 pacientes internados** na unidade clínico-cirúrgica do hospital privado, **nas 24 horas e 365 dias do ano**, cobrindo férias e eventuais licenças, estão lotados na unidade 17 trabalhadores de enfermagem. E para desenvolver as atividades de apoio existem uma escriturária, 4 copeiras e 2 trabalhadores da limpeza;
- d) basicamente, **a assistência de saúde é prestada pela equipe de enfermagem**, com uma avaliação diária do paciente feita pela nutricionista e pelo médico do paciente;
- e) as **equipes de trabalho diurno** funcionam com um (1) trabalhador de enfermagem para atender a 3 pacientes. As **equipes de trabalho noturno** contam com um (1) trabalhador de enfermagem para cada 5 pacientes; uma copeira até as 22 horas e um (1) funcionário da nutrição, para todo o hospital, à noite toda;

- f) a limpeza tem uma pessoa de plantão para atender ao Centro Cirúrgico e CTI, e outra, para atender ao restante do hospital;
- g) no hospital privado, a relação numérica profissional de enfermagem / paciente, em termos de qualificação profissional, está mais próxima do recomendado pelo Conselho Federal de Enfermagem do que no hospital público<sup>62</sup>;
- h) a equipe de enfermagem do hospital privado conta com profissionais mais qualificados do que o hospital público: 29,41 % são enfermeiros, 17,65 % são técnicos de enfermagem, 52,94 % são auxiliares de enfermagem, e não existe atendentes de enfermagem atuando nesta unidade assistencial, além de manter enfermeiro nas 24 horas. No hospital público, 12,5 % da equipe de enfermagem são enfermeiros, 17,5 % são técnicos de enfermagem; 35 % são auxiliares de enfermagem, e 35 % são atendentes de enfermagem. No hospital público não tem enfermeiro lotado na unidade, no período noturno;
- i) nos dois hospitais, outros profissionais de saúde prestam assistência direta e diária aos pacientes internados, mas não são lotados na unidade, atendendo, também, a outros setores do hospital. São os médicos, os nutricionistas e os fisioterapeutas. O hospital público conta ainda com o trabalho de assistentes sociais, e muito esporadicamente, inclui-se o atendimento do psicólogo.

---

<sup>62</sup> - A Resolução n. 189 de 25 de março de 1996, do Conselho Federal de Enfermagem, estabelece "parâmetros para dimensionamento do quadro de profissionais de enfermagem nas instituições de saúde". Para o atendimento em unidades de internação, onde as necessidades assistenciais do cliente são de grau intermediário, como nas unidades básicas estudadas, é necessário, para 20 leitos, durante as 24 horas: 24,7 trabalhadores de enfermagem, sendo que 27 % do grupo devem ser enfermeiros e 73 % técnicos e auxiliares de enfermagem. A unidade clínico-cirúrgica, do hospital privado, para atender 15 pacientes, deveria dispor de 18,5 trabalhadores de enfermagem e dispõe de 17. A unidade clínica do hospital público, para atender 46 pacientes, deveria dispor de 56,81 trabalhadores de enfermagem e dispõe de 40.

- j) nos dois hospitais, os **fisioterapeutas** só atendem mediante solicitação médica. Portanto, nos diversos momentos, pode ter um ou mais profissionais atendendo na unidade ou nenhum. No hospital público tem 2 fisioterapeutas - 1 do quadro do hospital e 1 que faz hora-plantão no hospital. Tem, também, 1 técnico e 1 auxiliar de fisioterapia, que fazem hora-plantão no hospital. No hospital privado são 22 fisioterapeutas 10 lotados no CTI, garantindo assistência nas 24 horas e 12 **fisioterapeutas** atendendo a todas as unidades clínicas do hospital;
- k) nos dois hospitais, os trabalhadores de enfermagem são mais de 50 % da equipe de saúde<sup>63</sup> e é o grupo que responde pela assistência aos pacientes nas 24 horas;
- l) nas unidades clínica e clínico-cirúrgica dos dois hospitais, cada médico atende a um ou mais pacientes, conforme o número de internações a ele designado, de modo que o número de médicos atuando nas unidades é variável a cada momento. Os médicos, que atuam na unidade clínica do hospital público, são funcionários públicos assalariados, e, no hospital privado, são credenciados autônomos;
- m) o **hospital público** conta com um (1) **nutricionista para 22,6 leitos**, e o **hospital privado** com um (1) **nutricionista para 20,6 leitos**. A relação nutricionista / leito é mais favorável no hospital privado. Nos dois hospitais,

---

<sup>63</sup> - Os dados dos Censos Demográficos do IBGE - 1970 -1980, citados por Médice (1987, p. 45), mostram que, em 1980, os trabalhadores de enfermagem eram 53,14% do conjunto dos trabalhadores de saúde.

- existe uma nutricionista que atende à unidade clínica e à de terapia intensiva;
- n) nos dois hospitais, o escriturário faz as atividades burocráticas e trabalha no período diurno. Nos horários que não tem escriturário, as atividades que ele desenvolve ficam a cargo da enfermagem;
- o) nos dois hospitais, observando-se a distribuição da força de trabalho por sexo, entre os profissionais de saúde, verifica-se que a força de trabalho feminina é, no mínimo, 50 % do grupo e entre os trabalhadores de apoio é mais de 90 %. No hospital público, mais de 70 % dos médicos que podem atuar na unidade são homens;
- p) os salários percebidos dos trabalhadores do hospital privado, superam, em duas ou mais vezes, os salários dos trabalhadores do hospital público. No entanto, excetuando-se os médicos e os fisioterapeutas, que têm jornada definida em lei, a jornada de trabalho de todos os demais trabalhadores, do hospital privado, é maior do que a dos seus pares, no hospital público.

### 2.2.2 A ORGANIZAÇÃO E DIVISÃO DO TRABALHO NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO

O trabalho assistencial em saúde, realizado em hospitais e nas unidades estudadas, **é um trabalho coletivo**, isto é, depende da contribuição de vários profissionais de saúde e de diversos trabalhadores que desenvolvem "atividades de apoio". O médico é o elemento central da assistência e detém o controle do processo de trabalho em saúde.

Para que ocorra a internação hospitalar, é necessária uma indicação médica. Os médicos avaliam o paciente, elaboram um diagnóstico e prescrevem todas as medidas terapêuticas, realizadas por eles e por outros profissionais de saúde, além de decidirem sobre a alta hospitalar.

No hospital público, o paciente "interna para o médico" designado no dia, pela escala de sobreaviso. A escala é feita por especialidade médica e elaborada pelo chefe do serviço. O paciente também pode ser internado para o médico de sua escolha, independente da escala de sobreaviso, se o pagamento dos honorários e das despesas hospitalares for feito através de convênios privados ou pagamento direto. Neste hospital, a grande maioria dos pacientes é internada pelo SUS e não escolhe o médico que vai atendê-lo. Os pacientes que já tiveram internações anteriores, podem "internar para" o mesmo médico que, antes, os estava acompanhando.

Um médico, do corpo clínico do hospital, fica responsável pelo paciente desde a internação até a alta. Deve visitar os "seus" pacientes diariamente, avaliar e prescrever as condutas necessárias. Decide sobre a terapêutica; realiza alguns procedimentos especiais; delega atividades ou solicita avaliações e cuidados de outros profissionais, quando acha necessário, e decide sobre a alta. Seu trabalho e decisões influenciam, fundamentalmente, no trabalho dos demais profissionais de saúde.

Estudando-se uma amostra<sup>64</sup> dos prontuários de pacientes internados na unidade clínica do hospital público, percebe-se, pelas prescrições feitas, o papel central do médico na assistência e sua influência no trabalho dos demais profissionais de saúde. As prescrições, nos prontuários estudados incluíram a indicação de atividades a serem executadas por outros profissionais, como, enfermagem, nutrição, bioquímicos e técnicos de laboratório. Faziam parte dessas prescrições: a solicitação de exames - bioquímicos e outros; a prescrição de medicamentos; a definição da dieta; a prescrição de cuidados assistenciais em geral - verificação de sinais vitais (tipo e periodicidade), restrição ou não ao leite, observação e controles especiais, verificação de peso, controle hídrico e de diurese, nebulização, decisão sobre isolamento ou não do paciente, dentre outros.

O médico designado pela instituição, para acompanhar o paciente fica responsável por ele, mesmo que sejam necessários outros tipos de atendimentos especializados, como, por exemplo, o atendimento em uma Unidade de Terapia Intensiva - UTI ou CTI. Toda a atitude decidida em relação ao paciente tem de ser comunicada ao médico responsável por ele.

No hospital privado, se há necessidade de cuidados intensivos de enfermagem, a enfermeira decide e encaminha para a unidade de cuidados intensivos de enfermagem. Se houve um agravamento do quadro ou uma situação de emergência, e o médico do paciente não se encontra no hospital

---

<sup>64</sup> - Mais de 17% do total, escolhidos aleatoriamente.

e/ou não pode atender, de imediato, a enfermeira aciona o plantonista médico e imediatamente avisa o médico do paciente.

No hospital público, na maioria das vezes, o médico responsável deixa o paciente sob os cuidados dos intensivistas, não discute as condutas adotadas, e, nem sequer, visita o paciente na UTI. Há uma espécie de abandono do paciente.

O paciente interna para um médico específico, que é o responsável pelo paciente desde a internação até a alta. Se ele precisou ir para a UTI, ele é atendido pela equipe da UTI, não ficando com um médico específico. O médico do paciente, na maioria das vezes nem entra na UTI, os intensivistas avaliam e atendem como acham correto. Às vezes, nem é o médico do paciente que o encaminha à UTI, é o residente ou o plantonista, que avaliam na enfermaria. Observam que o paciente está com problemas e encaminham. Quando o paciente chega grave na emergência, ele é internado para um médico assistente que nem chega a ver o paciente, e, conforme a gravidade do caso, ele vai direto para a UTI. Quando o paciente tem alta da UTI, eles avisam (Médica UTI, hospital público).

Depois que o paciente é internado na UTI, na grande maioria das vezes, o médico do paciente nem vem ver o que está acontecendo. Os poucos que vêm, orientam a conduta, mas quem toma a decisão é o médico da UTI. O médico do paciente deveria acompanhar e sugerir o tratamento a ser dado na UTI mas isso não acontece (Médico UTI, hospital público).

O médico detém a autoridade legal de controle do processo de trabalho em saúde e o hospital precisa do médico para desenvolver o trabalho assistencial, para utilizar os equipamentos, que são de propriedade da instituição. O trabalho médico é necessário, especialmente, para fazer com que os equipamentos funcionem, sendo, então, capazes de gerar receita; para que o SUS e os convênios de saúde paguem o hospital pelos serviços prestados, como é o caso dos procedimentos fisioterápicos, e de outros, que só são pagos se tiverem sido solicitados por um médico. Ao mesmo tempo, o médico precisa do hospital para realizar uma série de exames e procedimentos terapêuticos que necessitam de instalações especiais, de trabalho profissional e de equipamentos que são de propriedade do hospital.

O trabalho médico na modalidade autônoma, tem muitas das características do trabalho artesanal, no qual os profissionais controlam o seu processo de trabalho. Controlam o ritmo do trabalho, a tecnologia para a sua produção, o preço do produto e parte dos instrumentos de trabalho. Mesmo quando o trabalho médico é assalariado, tendo condições de trabalho, jornada e salário definidas pelo empregador, bem como grande parte dos instrumentos de trabalho é de propriedade do empregador, o médico mantém o controle sobre o seu ritmo de trabalho e domina a tecnologia envolvida na assistência. Mas esse trabalho se desenvolve em sociedades determinadas, sendo influenciado pelas regras gerais que regulam o funcionamento da sociedade, na qual está inserido.

### **O trabalho da enfermagem**

A **enfermagem** é responsável pelo cuidado direto ao paciente/cliente, em toda a sua integralidade, como ser biológico e social. Historicamente, e na prática verificada em todas as unidades e hospitais estudados, o trabalho da enfermagem envolve dois campos de atividades, que estou identificando como, o dos **cuidados e procedimentos assistenciais**, e o da **administração da assistência de enfermagem e do espaço assistencial**. Mesmo não sendo explícito, nas instituições, a preocupação com as necessidades integrais do paciente/cliente, e considerando-se que os hospitais estão organizados para tratar apenas das doenças das pessoas, o fato do indivíduo estar internado não lhe tira essa característica humana de totalidade que se relaciona. Precisa comer, dormir, manter-se higienizado, estar em ambiente confortável e limpo, relacionar-se com outras pessoas e ser nutrido afetivamente. Quando precisa de



um atendimento especial em hospital, ele não deixa de ser um cidadão com direitos sobre a sua vida e sobre o seu corpo (mesmo que em algumas situações clínicas, mais graves, esteja impossibilitado de exercer esse direito). Como a enfermagem é o grupo de profissionais de saúde que assiste ao cliente/paciente, diretamente nas 24 horas do dia, essas características de "totalidade que se relaciona", se colocam no cotidiano do trabalho da enfermagem. Parte das necessidades daí decorrentes é "cobrada" da enfermagem, sendo que muitas delas são assumidas pela enfermagem, como parte de suas atividades. A enfermagem é "cobrada" pelos médicos, pelos pacientes, por familiares e pela administração. No entanto, o seu poder decisório é pequeno, depende de outros setores e as regras de funcionamento da instituição delimitam as suas possibilidades de ação.

No hospital público, a maioria das funções do enfermeiro, chefe de unidade, constantes no Regimento Interno da Divisão de Enfermagem, diz respeito às ações de cunho administrativo, que visam a criar condições físicas e de pessoal para que a assistência de saúde se desenvolva, e, fazem parte das atividades assistenciais da enfermagem, prestar cuidados decorrentes de avaliação feita pelo enfermeiro ou delegadas pelos médicos; administrar os medicamentos prescritos pela equipe médica; prestar cuidados de higiene e conforto; auxiliar na alimentação das pessoas que estão com alguma incapacidade de alimentar-se sozinhas; controlar os sinais vitais (temperatura, pulso, pressão arterial e respiração) geralmente cumprindo solicitação médica; auxiliar os médicos na realização de procedimentos especiais.

O trabalho da enfermagem é realizado por uma equipe ou grupo, formado por: **enfermeiros** - que são profissionais que têm formação de nível superior; **técnicos de enfermagem** - que têm formação técnica após completar o segundo grau; **auxiliares de enfermagem** - que fazem curso específico após completar o primeiro grau; **atendente de enfermagem** - que não tem uma formação profissional específica - foram treinados, geralmente em serviço, para o exercício de algumas atividades de enfermagem. No hospital público, os atendentes de enfermagem fazem parte da equipe de enfermagem e no hospital privado não.

Os trabalhadores de enfermagem têm graus de formação diferenciada e dividem o trabalho, seja nos "cuidados integrais", seja nos "cuidados funcionais", garantindo, ao enfermeiro, o papel de detentor do saber e de controlador do processo de trabalho da enfermagem, cabendo aos demais trabalhadores de enfermagem o papel de executores de tarefas delegadas.

Na unidade clínica do hospital público, a assistência de enfermagem é dividida por tarefas - modelo chamado de "cuidados funcionais". Essa forma de organização do trabalho não é uma peculiaridade desta unidade assistencial, ocorre na grande maioria das unidades assistenciais dos hospitais brasileiros, e nas unidades ambulatoriais. Esse modelo reproduz o que está explícito na Lei do Exercício Profissional da Enfermagem - LEP 7498/86, a qual mantém as características básicas de cisão entre o saber e o fazer, que surgem com a organização da enfermagem enquanto profissão, no final do século passado (Almeida, 1986; Pires, 1989; Silva, 1986). Essa lógica de separação, entre concepção e execução do trabalho e de controle gerencial das tarefas

parcelares, corresponde à divisão parcelar do trabalho, do modo capitalista de produção, utilizada na produção material, e já vigente na época da organização profissional da enfermagem.

A LEP, define atividades privativas do enfermeiro, bem como discrimina atividades dos demais membros da equipe de enfermagem. Dentre as atividades privativas do enfermeiro está a prestação de "cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões". Bem como estabelece que, ao auxiliar de enfermagem, cabe o exercício de "atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de enfermagem sob supervisão". Lorenzetti (1987) faz uma análise crítica da Lei do Exercício Profissional da Enfermagem apontando a concepção estratificada, hierarquizada e autoritária da prática da enfermagem, que se reflete na classificação de competências incluídas na lei.

Na modalidade de "cuidados funcionais", o trabalhador de enfermagem (técnico, auxiliar ou atendente) desenvolve um trabalho rotineiro por tarefas. Não tem uma visão global do paciente que recebe aqueles cuidados, e o entendimento do seu processo de trabalho fica dificultado. A dinâmica da organização do trabalho exige dele que apenas cumpra bem as tarefas que lhe foram designadas. Apesar de que, na unidade clínica da instituição pública, os auxiliares e técnicos fazem rodízio, desenvolvendo todas as atividades, o que lhes permite um treinamento em todas as técnicas, o cotidiano do trabalho é alienante. É a repetição de tarefas específicas e desintegradas. Quem executa o

trabalho se exime do entendimento da totalidade e quem recebe a assistência tem dificuldade de saber a quem solicitar ajuda.

Diariamente a enfermeira verifica a escala, vê quantas pessoas tem e indica o que devemos fazer. Cada dia ou semana a gente tem uma atividade diferente: um dia fica na higiene e conforto; um dia nos curativos; outro no soro e na medicação. Ela faz rodízio, em função do número de pessoas disponíveis para trabalhar e para a gente aprender melhor, para todos saberem todas as atividades. Os funcionários não reivindicam para fazerem determinadas tarefas, o enfermeiro decide e nós executamos (Auxiliar de enfermagem).

O enfermeiro faz a gerência<sup>65</sup> do trabalho dos demais membros da equipe de enfermagem e presta os cuidados privativos do enfermeiro<sup>66</sup>. Domina os conhecimentos relativos ao exercício do trabalho assistencial da enfermagem e tem alguma autonomia para avaliar necessidades assistenciais do paciente, decidindo sobre cuidados, o que o aproxima do trabalho do tipo profissional. Mas o trabalho da enfermagem é um trabalho assalariado, subordinado às regras da instituição e, majoritariamente, é organizado sob a lógica da divisão parcelar do trabalho.

Apesar das normas institucionais e da legislação profissional estabelecerem que técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem só podem realizar tarefas delegadas sob supervisão do enfermeiro, o estudo empírico mostrou que cada trabalhador de enfermagem cumpre as regras quando a instituição lhe dá condições, nas outras situações prestam toda a assistência de enfermagem, independente do seu nível de formação. A lógica da organização do

---

<sup>65</sup> - Gerência - entendida como a coordenação do trabalho coletivo que surge com o modo capitalista de produção. Significa o controle do processo de trabalho que foi expropriado do trabalhador com a divisão parcelar ou pormenorizada do trabalho.

<sup>66</sup> - São consideradas como atividades privativas do enfermeiro, constantes do Manual de Normas Administrativas da Divisão de Enfermagem a realização, dentre outras, de: sondagem nasogástrica, sondagem vesical, curativos complexos, glicemia capilar, punção de port-cath.

trabalho é da divisão parcelar do trabalho, mas não se verifica uma completa expropriação da concepção do trabalho. Essa situação fica ainda mais clara na grande maioria dos hospitais brasileiros, em que o número de enfermeiros é muito menor do que nos hospitais estudados e a maioria do trabalho assistencial de enfermagem é feita por atendentes de enfermagem<sup>67</sup>. Algumas situações encontradas no hospital público, ilustram essa situação:

- a) como não tem enfermeiro à noite, direto na unidade, os técnicos e auxiliares, dividem os pacientes, e fazem todo o trabalho de enfermagem; nesta situação são considerados com competência para realizar toda a assistência de enfermagem;
- b) mesmo tendo enfermeiro na unidade, a administração de quimioterápicos é feita por um técnico de enfermagem. Segundo a chefe da unidade, isso acontece porque o técnico de enfermagem se dispôs a realizar o trabalho. É um trabalho que exige conhecimentos especiais e envolve riscos; no entanto, neste caso, o técnico de enfermagem é considerado com competência para realizá-lo;

---

<sup>67</sup> - A última pesquisa nacional sobre a força de trabalho em enfermagem, realizada pela Associação Brasileira de Enfermagem e Conselho Federal de Enfermagem no período 1982 - 1983 e publicada em 1985, mostra que no Brasil, os enfermeiros representam 8,5% da equipe de enfermagem, os técnicos de enfermagem representam 6,6%, os auxiliares de enfermagem 21,1% e os atendentes de enfermagem 63,8%. Esse quadro nacional pode ter melhorado um pouco, em função da aprovação da LEP 7498/86, mas certamente não foi uma mudança significativa, por diversos motivos: a) não houve um investimento nacional maciço na profissionalização dos atendentes; b) periodicamente surgem iniciativas no sentido de permitir que pessoas treinadas possam realizar a assistência de enfermagem e não apenas os profissionais definidos na lei. Uma dessas iniciativas foi a aprovação da Lei n. 8 967 / 1994 que alterou o parágrafo único do artigo 23 da LEP 7498/86, assegurando a todos os atendentes de enfermagem admitidos antes da vigência da lei, o exercício de atividades elementares de enfermagem; c) os serviços de saúde públicos e privados, para diminuir custos com pessoal, mantém a realização de atividades de enfermagem, por pessoal não profissionalizado - tentam criar novas categorias ou contratam pessoal enquadrando com outro nome.

c) os atendentes de enfermagem, são considerados sem qualificação técnica, e, no entanto, são designados para a realização de atividades que, pela sua natureza e importância, devem incluir uma avaliação técnica. Como: o banho que é um momento importante para avaliação da integridade física do indivíduo e para detectar problemas precocemente; a verificação de sinais vitais que não envolve, apenas, treinamento mecânico, envolve um discernimento técnico em relação às alterações; nos plantões noturnos, só os atendentes entram nos quartos de "todos" os pacientes, portanto a eles cabe uma avaliação da situação dos pacientes.

Trabalho, habitualmente, à noite, e fico responsável pelo preparo e aplicação de medicações. Faço curativos, quando tem. A minha equipe da noite é formada por 1 auxiliar - que fica responsável pelos pacientes de uma ala; 1 técnico - que fica responsável pelos da outra ala e 3 atendentes - que ficam com a higiene e conforto e troca dos pacientes. Não tem enfermeiro coordenando a equipe à noite, e nenhum membro da equipe coordena o trabalho, cada um faz as suas tarefas, sempre da mesma forma, e chamamos o enfermeiro do plantão geral, se houver necessidade. Depois de pegar o plantão às 19:00, cada um já sai para fazer as suas tarefas: o auxiliar vai tirar a medicação da sua ala e o técnico da sua ala. Para isso, consultamos os prontuários. Não visitamos todos os pacientes. Os atendentes chegam no plantão e vão ver os pacientes, verificam sinais vitais - geralmente é de todos os pacientes, assim eles já passam em todos os quartos e já verificam os que precisam ser trocados. Cuidamos da medicação mas, na verdade, somos responsáveis pelo paciente (Técnica de enfermagem).

No hospital público, apesar de formalmente o enfermeiro ser o responsável pelos pacientes, devendo fazer uma avaliação inicial do paciente/cliente e uma avaliação evolutiva diária, na prática, os enfermeiros não visitam diariamente todos os pacientes sob seus cuidados. Visitam, apenas, os que precisam daquelas técnicas especiais prescritas pelo médico e que estão entre as privativas do enfermeiro. Analisando-se os prontuários, observando-se a prática e

ouvindo-se os depoimentos dos trabalhadores de enfermagem, pode-se afirmar que a principal atividade da equipe é a execução da prescrição médica.

No hospital público, não existe uma metodologia assistencial de enfermagem, compartilhada pela categoria, que oriente o trabalho assistencial; assim, as evoluções de enfermagem incluem, basicamente, as intercorrências e os sinais e sintomas apresentados pelo paciente. Segundo uma enfermeira da unidade, "as evoluções são feitas, algumas vezes, quando dá tempo, sendo que priorizamos os pacientes que têm mais problemas". Dos prontuários estudados, na unidade clínica do hospital público, encontrei que: todos tinham prescrição médica, mas alguns não tinham evolução diária; tinham algumas anotações de enfermagem, mas não eram diárias; não havia nenhuma anotação da nutrição, nenhuma do serviço social, nenhuma da psicologia e nenhuma do fisioterapeuta. Somente em 25 % dos prontuários estudados havia evoluções de enfermagem do dia anterior.

Nos dois hospitais, a fisioterapia anota as suas avaliações e evolução em formulário próprio, que é anexado ao prontuário, quando o médico solicita parecer fisioterápico e as nutricionistas, eventualmente, fazem anotações no prontuário - comunicam-se informalmente com os outros profissionais de saúde.

No hospital privado, a organização do trabalho da enfermagem ocorre da seguinte forma:

a) a chefe responsabiliza-se pelas atividades administrativas; pela supervisão geral do trabalho assistencial de enfermagem e pelo acompanhamento dos

recém-admitidos. Também, presta cuidados diretos aos pacientes, dividindo as atividades específicas do enfermeiro com o outro enfermeiro do período. Quando tem dois enfermeiros, no turno, um fica na supervisão geral e o outro divide os pacientes com a equipe, responsabilizando-se pelos cuidados integrais dos pacientes sob seus cuidados;

- b) o enfermeiro da supervisão visita e avalia todos os pacientes e faz as atividades específicas / privativas do enfermeiro, como: preparo e aplicação de quimioterapia; colocação de cateter especial para administração de medicamentos; realização de técnicas mais complexas; auxiliar os membros da equipe de enfermagem nas suas dificuldades; receber o paciente na unidade informando sobre o funcionamento da mesma e do hospital e aplicar a metodologia assistencial de enfermagem;
- c) a enfermagem utiliza uma metodologia assistencial em todo o hospital, que inclui: um histórico de enfermagem - levantamento de dados e informações sobre o paciente, suas doenças, hábitos, características sócio-econômico-culturais; uma análise com levantamento de problemas; uma prescrição de cuidados de enfermagem e uma evolução diária. A evolução diária inclui levantamento de dados, avaliação e atualização da prescrição. Todos os prontuários estudados continham anotações dentro dessa metodologia assistencial. O histórico de enfermagem é feito pelo enfermeiro que recebe o paciente e a evolução diária é dividida entre o grupo de enfermeiros das 24 horas;



- d) diariamente e por plantão, a enfermeira chefe ou a que está na supervisão, divide o trabalho entre a equipe de enfermagem disponível. Define o número de pacientes por funcionário, considerando-se a gravidade e a complexidade dos cuidados necessários e divide, entre os funcionários, algumas atividades burocrático-administrativas<sup>68</sup>, necessárias para o funcionamento da unidade;
- e) os cuidados integrais prestados por técnicos e auxiliares de enfermagem incluem o cumprimento da prescrição médica e de enfermagem, a administração das medicações e o auxílio na alimentação dos pacientes, que não conseguem fazer a higiene e/ou alimentar-se sozinhos. É previsto na equipe, a participação de funcionários do sexo masculino e feminino, para propiciar que os homens sejam cuidados por homens e as mulheres por mulheres.

A maioria do pessoal de enfermagem entrevistada, no hospital privado, se mostrava satisfeita com o seu trabalho na instituição. Destacaram como aspectos positivos, relacionados ao trabalho: a forma de realização do mesmo; as condições materiais e de infra-estrutura propiciadas pela instituição, permitindo desenvolver o trabalho sem maiores dificuldades. Havia críticas relacionadas às mudanças administrativas gerais do hospital, que resultaram em perdas de benefícios e queda no poder aquisitivo do salário.

---

<sup>68</sup> - As atividades burocrático-administrativas incluem, dentre outras, o cuidado do material - limpeza e ida ao Centro de Material; o controle estatístico dos cuidados prestados - número de medicações, banhos, sinais vitais, diurese e controle de peso. Os dados são totalizados e, no final do mês, encaminhados ao setor de contabilidade.

Nos dois hospitais, não existe visita conjunta da equipe de saúde, nem dos enfermeiros com a equipe médica. Não existem espaços de coordenação da assistência de saúde prestada pelos diversos profissionais, nem de planejamento conjunto. Cada grupo profissional faz o seu trabalho separadamente.

Em relação à forma como é organizado o trabalho assistencial de enfermagem, é possível identificar alguns elementos de ruptura, com o modelo tradicional<sup>69</sup> e de aproximação com um trabalho assistencial de melhor qualidade. Senão vejamos:

- a) no hospital privado, a **passagem de plantão** é feita por toda a equipe de enfermagem que sai, para a que chega, é bastante completa e informativa sobre a evolução do paciente no período;
- b) no hospital privado, após receber o plantão, a equipe de enfermagem, **visita todos os pacientes**. Apresentam-se, informam que estão chegando para cuidá-los, ao mesmo tempo que fazem uma observação geral da situação da unidade. Após essa visita, a enfermeira-chefe ou a que fica na supervisão, faz o planejamento do trabalho do período, distribuindo as tarefas entre o grupo, depois visita, individualmente todos os pacientes, para avaliar o estado geral, as condições dos curativos ou outras intercorrências. O enfermeiro tem uma função diferenciada na equipe e, apesar de manter atividades privativas com o mesmo caráter estratificador contido na Lei do Exercício Profissional de

---

<sup>69</sup> - Estou chamando de "modelo tradicional" de organização do trabalho de enfermagem aquele que se estrutura sob o modo de produção capitalista, como parte do trabalho coletivo, e, no qual predomina a divisão entre o trabalho manual e o trabalho intelectual.

Enfermagem, a prática assistencial está mais próxima de um trabalho cooperativo, e a separação entre o "saber" e o "fazer" é menor. Coloca-se a possibilidade de visão do conjunto das necessidades assistenciais e da totalidade do homem, para todos os trabalhadores de enfermagem que assistem ao paciente/cliente;

c) o **prontuário do paciente**, na unidade estudada do hospital privado, tem uma folha única para a anotação das evoluções, feitas pelos diversos profissionais de saúde, diferente das outras unidades do hospital nas quais cada profissional faz a sua evolução em folhas específicas, separadas. A folha única de evolução não garante que todos os profissionais leiam as anotações e avaliações, mas a proximidade facilita a leitura. O Diretor Clínico diz que pretende implantar, em todo o hospital, a "folha única" para anotação das evoluções do paciente. Uma enfermeira coordenadora da enfermagem, defende a medida e diz que esse sistema não é utilizado em todo o hospital, porque muitos médicos não aceitam e que também há resistência entre os enfermeiros;

d) no hospital público, a enfermagem desenvolve algumas iniciativas em busca de uma coordenação do trabalho de toda a equipe, como: as passagens de plantão; as reuniões de equipe, convocadas pela chefia de enfermagem da unidade, com objetivo de reciclagem e de discutir os problemas da prática; as reuniões gerais dos enfermeiros e da enfermagem com a diretora de enfermagem;

e) a assistência de enfermagem em todo o hospital privado e nas Unidades de Terapia Intensiva dos dois hospitais, é organizada na forma dos chamados "cuidados integrais", que rompe, em parte, com a divisão por tarefas. Os trabalhadores de enfermagem ficam responsáveis pelo atendimento integral ao paciente/cliente, prestando todos os cuidados necessários, em cada turno de trabalho.

Elementos que identificam o trabalho em saúde com a forma tradicional<sup>70</sup> de assistir em saúde:

- a) nas unidade clínica e clínico-cirúrgica dos dois hospitais, os profissionais de saúde não fazem visita conjunta aos pacientes. A enfermagem mantém o atendimento junto ao paciente, nas 24 horas, e os demais profissionais de saúde fazem uma visita diária ao paciente, em horários diversos, conforme seu próprio planejamento. No hospital público, os enfermeiros da unidade estudada dizem que, quando possível, acompanham a visita médica mas, em todo o período de observação, isso não ocorreu;
- b) não existe um planejamento assistencial conjunto de todos os profissionais de saúde envolvidos na assistência ao paciente;
- c) o **prontuário do paciente** poderia ser um espaço de registro conjunto das

---

<sup>70</sup> - "Modelo tradicional" de organização do trabalho em saúde, estou chamando, aquele que se estrutura sob o modo de produção capitalista, com o trabalho coletivo, e no qual convivem características do trabalho artesanal e do trabalho parcelado. Essa designação serve como contraste, para mudanças que apontem uma aproximação com o processo de reestruturação produtiva, ou que apontem para melhorias na qualidade da assistência e para a superação dos aspectos negativos do parcelamento do trabalho e da hegemonia do positivismo.

avaliações dos diversos profissionais de saúde e uma forma de buscar a integração entre os diversos olhares profissionais sobre o paciente mas, nos dois hospitais, a leitura das anotações não se dá regularmente pelo conjunto dos profissionais de saúde e nem todos os profissionais de saúde anotam as suas avaliações no prontuário.

### **O trabalho dos demais profissionais de saúde**

Nos dois hospitais, a **nutricionista** avalia todos os pacientes internados nas unidades estudadas e os **fisioterapeutas** só atendem mediante solicitação médica. Esses dois profissionais não são lotados nas unidades estudadas, fazem parte da equipe do hospital. Planejam e executam o trabalho relativo a sua área mas sem interferir ou modificar a conduta médica, além de desenvolver atividades delegadas ou solicitadas pelos médicos.

O **assistente social** não é especificamente um profissional de saúde, mas pode atuar em serviços de saúde, prestando assistência direta aos pacientes-clientes, em problemas sócio-econômicos e familiares que interfiram na sua doença ou que o paciente está, momentaneamente, impossibilitado de resolver. No hospital público, as **assistentes sociais**, que atuam na unidade estudada, avaliam a situação social de cada paciente/cliente. A partir daí, levantam necessidades e problemas, depois adotam medidas para resolvê-los. Acompanham as altas hospitalares, providenciando transporte ou resolvendo outros problemas que a família não tenha condições de resolver; fazem acompanhamento em caso de óbito.

Existe um psicólogo trabalhando no hospital público mas a sua participação na assistência, praticamente não existe. Todos os entrevistados que falaram sobre o trabalho deste profissional apontaram as dificuldades de conseguir a sua participação na assistência. Um entrevistado, qualificou o problema ao afirmar: "o problema da psicologia, neste hospital, não é problema da psicologia, mas um problema do profissional contratado".

A **nutricionista** providencia a dieta prescrita pelo médico e usa seus conhecimentos para decidir como prepará-la em quantidade e qualidade. Os trabalhadores da cozinha preparam as refeições e os da copa entregam aos pacientes, nos horários de rotina. A nutricionista avalia o estado nutricional e hábitos do paciente e planeja a dieta, respeitando a prescrição médica. No hospital público a orientação para a alta é mais eventual e no hospital privado é mais cotidiana. As nutricionistas fazem algumas sugestões ao médico quando acham necessário. O médico pode acatar as sugestões ou não, a decisão final é dele.

O médico prescreve o tipo de dieta ( pastosa, normal, etc.) e a nutricionista decide que tipos de alimentos compõem esta dieta, qual a proporção adequada dos diversos tipos de alimentos. É atribuição da nutricionista prescrever a dieta mas ainda não fazem isso por uma série de problemas, inclusive pelo pouco número de profissionais (Nutricionista "A", hospital público).

A secretária do serviço de nutrição elabora um 'mapa resumo de dietas' de cada andar. Com o mapa subimos para o andar, pegamos o prontuário para nos inteirar da patologia; da história do paciente e da família; das condições sócio-econômicas; dos hábitos alimentares; da idade e estado atual do paciente ( se está tendo vômito ou diarreia, etc.) - com isso temos uma idéia do porquê da dieta. Lemos as anotações do médico e da enfermagem. Depois vamos até o paciente e conversamos sobre a alimentação: investigamos sobre aceitação da dieta; o que está recebendo e a quantidade ingerida. Orientamos por que está recebendo aquela dieta, pois muitas vezes o médico não orienta; levantamos preferências, dentro da rotina do que é cada tipo de dieta e conforme as necessidades fazemos as alterações para aquele paciente. Pegamos os dados antropométricos com a enfermagem e fazemos uma

avaliação clínico-nutricional. Eu visito todos os pacientes, defino prioridades mas visito todos (Nutricionista "B", hospital público).

O médico prescreve a dieta em linhas gerais - dieta para diabéticos ou para hepatopata. A qualidade desta dieta, dentro das classificações que nós temos, quem faz e planeja somos nós (Nutricionista, hospital privado).

O **fisioterapeuta** avalia o paciente e decide como e quando será feito o atendimento. O atendimento é feito pela equipe de fisioterapia.

No hospital público, os fisioterapeutas fazem a avaliação do paciente e delegam algumas atividades ao técnico e ao auxiliar de fisioterapia. A divisão do trabalho é semelhante à que ocorre na enfermagem. Os fisioterapeutas tem o saber e controlam o processo de trabalho no campo da fisioterapia, deixando para os técnicos e auxiliares a execução de tarefas delegadas. Na equipe de fisioterapia existe, também, o médico fisiatra, que é o chefe da equipe.

No hospital privado, os fisioterapeutas dividem entre eles os pacientes conforme as solicitações médicas e cada profissional avalia o paciente, levanta as necessidades, decide os procedimentos necessários e os executa. A divisão do trabalho se dá entre iguais e há uma especialização do conhecimento - uns cuidam de ortopedia, outros de neuro, etc.

O **farmacêutico e o pessoal da farmácia** providenciam os medicamentos prescritos pelo médico e solicitados pelo escriturário que trabalha com a enfermagem da unidade. "Somos responsáveis por toda a parte de medicação: controle de estoque; fazemos os pedidos mensais de medicamentos à Secretaria da Saúde que é quem compra os medicamentos" (Farmacêutica, hospital público). O trabalho da farmácia, no hospital privado, inclui, também, a compra de todo o material para as cirurgias e transplantes.

Na unidade assistencial do hospital privado, a solicitação de medicamentos é mais ágil porque o sistema é informatizado, apesar do sistema de informática do hospital estar insuficiente para as necessidades e bastante lento. A prescrição médica é feita no prontuário, o escriturário ou alguém da enfermagem digita no computador, sendo lido diretamente na farmácia. Os medicamentos são fornecidos na dose exata para cada paciente nas 24 horas, de modo a evitar perdas. A farmácia providencia os medicamentos solicitados; o mensageiro leva o medicamento para as unidades.

Nos dois hospitais, os farmacêuticos passaram, recentemente, a preparar as quimioterapias e as nutrições parenterais que era um trabalho feito pelos enfermeiros. Uma normatização do COFEn - Conselho Federal de Enfermagem, estabeleceu que o preparo de nutrições parenterais não é atividade da enfermagem. Os médicos prescrevem, os farmacêuticos preparam (preocupando-se com a dosagem certa e com a compatibilidade das drogas) e a enfermagem administra nos pacientes.

Para dar conta desta nova tarefa, as farmacêuticas do hospital privado tiveram que ser treinadas pela enfermeira do Serviço de Controle de Infecção Hospitalar e foi preciso contratar outra farmacêutica - o quadro aumentou de 2 para 3 farmacêuticas. Os farmacêuticos do hospital público também precisaram de treinamento, que foi feito em hospital de outro estado e também foi necessário ampliar ao número de farmacêuticos contratados.



O trabalho é praticamente todo realizado dentro do espaço da farmácia sem contato direto, do tipo assistencial com o paciente/cliente. "Quase não temos contato com os pacientes - só vamos aos andares em caso de interesse especial por algum paciente, por exemplo, acompanhar alguma quimioterapia ou nutrição parenteral que preparamos" (farmacêutica, hospital público).

Os exames bioquímicos são realizados no laboratório terceirizado. Os farmacêuticos-bioquímicos, juntamente com os médicos que atuam no laboratório, responsabilizam-se pela análise dos exames bioquímicos.

No hospital público, os **técnicos de laboratório** recolhem os pedidos de exames feitos pelos médicos ou enfermeiros (no caso das rotinas aprovadas pela Comissão ou Serviço de Controle de Infecção Hospitalar) e fazem a coleta de alguns exames. A enfermagem ajuda em algumas coletas. O material é levado até o laboratório no qual é realizado o exame e o **médico do laboratório ou o bioquímico** avaliam e elaboram o laudo. O bioquímico não entra em contato direto com o paciente, pode realizar o exame ou apenas dar o laudo.

O contato com o bioquímico é só para reclamar, por exemplo, se colhe um 'liquor' e o laboratório leva 1 hora para vir buscar, liga-se várias vezes e eles não vêm, então nos obriga a ligar para o bioquímico para reclamar. Também ligamos para o bioquímico, para agilizar exames mas, geralmente quem faz isso, são os médicos. Quando há dúvida sobre o resultado de algum exame, a principal conduta médica é repeti-lo; algumas vezes eles conversam com o bioquímico sobre o problema, por telefone (Enfermeira chefe de unidade, hospital público).

## 2.3 O PROCESSO DE TRABALHO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

### 2.3.1 A FORÇA DE TRABALHO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

As Unidades de Terapia Intensiva, dos dois hospitais, prestam atendimento geral, usam intensivamente equipamentos de tecnologia de ponta, como instrumental básico de trabalho, e assemelham-se em termos de estrutura física, qualidade dos equipamentos disponíveis e número de leitos (hospital público - 10 leitos em funcionamento e hospital privado - 14 leitos). Diferem em relação à população atendida, predominando o caráter público (hospital público) ou atendendo exclusivamente pelo regime privado (hospital privado).

Em relação à força de trabalho, verifica-se que:

- a) a equipe de profissionais de saúde que assiste diretamente aos pacientes/clientes, nas 24 horas, é formada pelos trabalhadores de enfermagem (enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e atendentes de enfermagem) e médicos intensivistas. No CTI (Centro de Terapia Intensiva) do hospital privado a equipe inclui os fisioterapeutas. O trabalho da fisioterapia existe há cerca de 15 anos, no hospital privado, e funcionava com um (1) fisioterapeuta para todo o hospital. A partir de 1990, o trabalho da fisioterapia na UTI, passou a garantir o atendimento nas 24 horas;
- b) no hospital público, os fisioterapeutas, os nutricionistas e os assistentes sociais, também participam da assistência mas não atendem, necessariamente, a todos os pacientes e não são lotados na UTI. A equipe de

fisioterapia presta atendimento mediante solicitação médica e o assistente social, mediante solicitação médica ou da enfermagem. Existe a possibilidade formal de solicitação do atendimento de psicologia mas, na prática, isso não acontece;

- c) outros trabalhadores lotados na UTI, responsabilizam-se pelas atividades de apoio, são os escriturários e o pessoal da limpeza. Nos períodos que não tem escriturário, a enfermagem desenvolve o trabalho a eles destinado. À noite, nos dois hospitais, o plantão geral da limpeza atende também a UTI;
- d) o número de profissionais de enfermagem para o atendimento em terapia intensiva é semelhante nos dois hospitais. **1 trabalhador de enfermagem para, no máximo, 2 pacientes, por turno de trabalho.** No entanto, o hospital privado conta com profissionais de enfermagem de maior qualificação formal: 44,90 % da equipe de enfermagem são os enfermeiros enquanto que, no hospital público, os enfermeiros são 27,27 % da equipe de enfermagem. Os dois hospitais, em termos de qualificação da equipe, estão abaixo dos indicadores do Conselho Federal de Enfermagem<sup>71</sup>;
- e) a relação numérica médico-paciente no CTI do hospital privado, é bem menor do que no hospital público.

---

<sup>71</sup> - A Resolução 189, do Conselho Federal de Enfermagem, de 25 de março de 1996, estabelece que para a assistência intensiva, em unidades de 15 leitos, é necessário 58,5 trabalhadores de enfermagem para garantir a assistência nas 24 horas, o que corresponde a 3,9 trabalhadores de enfermagem por leito. Na equipe, 55,6% devem ser enfermeiros e 44,4% devem ser técnicos e auxiliares de enfermagem.

Os 21 **médicos** lotados na UTI do hospital público, dividem-se de modo a manter na assistência direta: **2 a 3 médicos** por **turno de trabalho diurno de 4 horas** e 2 médicos no plantão noturno. Um médico para cada 3 a 5 pacientes no período diurno e um (1) médico para cada 5 pacientes no período noturno.

No hospital privado, por período diurno, são mantidos 2 médicos intensivistas - **um (1) médico para cada 7 leitos e a noite fica um (1) médico plantonista** para trabalhar, ininterruptamente, 12 horas e atender sozinho a 14 pacientes graves, em numa unidade na qual a taxa de ocupação é de 87 %. Se vários pacientes tiverem intercorrências ao mesmo tempo é impossível que um médico possa atender sozinho. Além disso, é preciso considerar que os plantonistas *não* são os médicos mais antigos, mais titulados e mais experientes, "pois estes não se submetem a receber baixos salários e nem a fazer plantões", o que torna a situação ainda mais difícil. Parece que esse médico serve mais para que a instituição se apresente no mercado como dispondo de médico nas 24 horas, no entanto, quem realmente garante a assistência em situações emergenciais são os profissionais de enfermagem;

- f) a jornada de trabalho da enfermagem, nutricionista e pessoal de apoio, no hospital privado, é maior do que a jornada de trabalho, destes trabalhadores, no hospital público;
- g) todos os profissionais de saúde e demais trabalhadores lotados nas unidades de terapia intensiva, dos dois hospitais, são assalariados.

Os intensivistas do hospital público podem ter um vínculo empregatício de 20 horas ou de 40 horas com o hospital, exercendo-os na UTI, ou, um dos períodos, pode ser utilizado para a realização de outras atividades no hospital, geralmente na sua especialidade. Podem, também, fazer hora-plantão ou hora de sobreaviso fora da UTI. Na UTI, para garantir o atendimento nas 24 horas e cobrir finais de semana, feriados, férias e licenças, os médicos fazem hora-extra e recebem por hora-plantão. Na UTI não tem sobreaviso.

O pró-labore pago pelo SUS aos médicos da UTI, do hospital público, é dividido no grupo de acordo com o número de horas trabalhadas. E, o valor recebido pelo atendimento feito a pacientes particulares ou convênios, fica no serviço, sendo utilizado pelos médicos para fazer melhorias no ambiente de trabalho e para investimento na atualização profissional<sup>72</sup>;

h) a jornada de trabalho dos médicos é cumprida na UTI, do hospital público, pois o médico precisa estar presente para realizar procedimentos e para fazer constantes avaliações e ajustes na prescrição. Considerando-se que, os médicos da UTI, cumprem a carga horária e não ganham adicional por esse tipo de trabalho, proporcionalmente, eles ganham menos do que os que atuam nas unidades clínico-cirúrgicas. E, considerando-se as características do trabalho, que grande parte dos intensivistas tem extensão de jornada e 90 %

---

<sup>72</sup> - Computador, TV, vídeo, assinatura de revistas, livros, lanche e café, disponível nas acomodações dos médicos, foram comprados através de recursos coletivo oriundos dos honorários médicos de atendimento a pacientes particulares.

tem, *pele menos*, mais um trabalho remunerado, constata-se que a jornada de trabalho exercida pelos médicos é extremamente desgastante;

- i) o salário de todos os trabalhadores do hospital privado, de qualquer categoria profissional, é, no mínimo, mais que o dobro do salário pago no hospital público;
- j) como nas unidades clínicas estudadas, a representação feminina é amplamente majoritária na força de trabalho. Os homens são maioria, apenas, entre os médicos;
- k) como nas unidades clínicas, os trabalhadores de enfermagem, são o grupo majoritário, dentre os profissionais de saúde que prestam assistência direta aos pacientes/clientes (mais de 60 % das equipes), sendo que, quanto mais intensiva é a necessidade de cuidados, devido à gravidade do estado clínico do doente, maior é a necessidade de trabalhadores de enfermagem;
- l) nos dois hospitais, a coleta dos exames bioquímicos é feita por técnicos do laboratório e pela enfermagem. Os laudos são feitos pelos farmacêuticos-bioquímicos e médicos do laboratório terceirizado. O CTI e o Centro Cirúrgico do hospital privado comunicam-se com o laboratório através de tubos pneumáticos. Os pedidos de exames e o material coletado são enviados pelos tubos, diretamente ao laboratório, bem como, os resultados dos exames retornam por eles. Não há locomoção de pessoal e a realização dos exames é agilizada;

m) os farmacêuticos, são lotados na farmácia - enviam os medicamentos e preparam as nutrições parenterais e quimioterapias.

2.3.1.1 - A Força de Trabalho na Unidade de Terapia Intensiva do Hospital Público

QUADRO 10 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATENDEM NA UTI DO HOSPITAL PÚBLICO - NÚMERO / SEXO / SALÁRIO / JORNADA

categoria	1995		sexo				renda bruta/ inicial / mês/ na inst. / US\$ *	jornada contratada
	n	%	m	%	f	%		
enfermeiros	12						578,24	
técs. enf.	8						344,93	
auxs. enf.	17						180,83	
atends. enf.	7						180,83	
<b>enfermagem</b>								
<b>SUBTOTAL</b>	<b>44</b>	<b>84,5*</b>	<b>21</b>	<b>47,7*</b>	<b>23</b>	<b>52,4*</b>	-	20h/ semanais
médicos efetivos	21	29,58	11	52,38	10	47,61	578,24	20h/ semanais
nutricionista	1	1,41	0		1	100	578,24	30h/ semanais
fisioterapeuta	2		0		2		(1) 578,24	(1) 30h/semana
téc. e aux. fisiot.	2		2				os demais recebem por hora-plantão trabalhada	Os demais fazem hora- plantão na inst.
<b>fisioterapia**</b>								
<b>subtotal</b>	<b>4</b>	<b>5,63</b>	<b>2</b>	<b>50</b>	<b>2</b>	<b>50</b>		
assistente social	1	1,41			1	100	578,24	30h/semanais
<b>Total</b>	<b>71</b>	<b>100</b>	<b>34</b>	<b>47,89</b>	<b>37</b>	<b>52,11</b>	-	-

\* Renda bruta / inicial / mês = salário inicial por categoria, constante na tabela do plano de carreira + a gratificação de 110 %. Convertido para dólar - valor de abril de 1995 (1US\$ = R\$ 0,89).

\*\* Fisioterapeutas e profissionais de fisioterapia de nível médio, são a equipe de fisioterapia do hospital. Só atendem na UTI sob solicitação médica. Num dado momento, pode ter de 0 a 4 profissionais atuando. Só um (1) fisioterapeuta é funcionário do hospital.

Dados de abril/ 1995

QUADRO 11 - TRABALHADORES DA UTI QUE DESENVOLVEM ATIVIDADES  
DE APOIO NO HOSPITAL PÚBLICO - NÚMERO / SEXO / SALÁRIO / JORNADA

categoria	1995		sexo				renda bruta / inicial / mês na inst. / U\$ *	jornada contratada
	n	%	m	%	f	%		
escriturário	1		1				344,93	30h/semanais
copeiras	9				9		165,16	30h/semanais
peçoal da limpeza	3				3		165,16	30h/semanais
Total	13	100	1	7,69	12	92,31	-	-

\* Renda bruta / inicial / mês = salário inicial por categoria, constante no plano de carreira + 110 % de gratificação. Convertido para dólar - valor de abril de 1995 ( 1U\$ = R\$ 0,89).

Dados de abril de 1995



## 2.3.1.2 - A Força de Trabalho no Centro de Terapia Intensiva do Hospital Privado

QUADRO 12 - PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE ATENDEM NO CTI DO  
HOSPITAL PRIVADO - NÚMERO / SEXO / SALÁRIO / JORNADA

categoria	1995		sexo				renda bruta/ inicial / mês/ na inst. / U\$ *	jornada contratada
	n	%	m	%	f	%		
enfermeiros	22						1 404,51	
técs. enf.	11						920,40	
auxs. enf.	11						808,77	
atends. enf.	5						556,77	
<b>enfermagem</b>								
<b>subtotal</b>	<b>49</b>	<b>66,22</b>	<b>15</b>	<b>30,61</b>	<b>34</b>	<b>69,38</b>	-	36h/ semanais
médicos plantonistas	14	18,92					2 589,84	20h/ semanais
nutricionista	1	1,35	0		1	100	1 276,85	40h/ semanais
fisioterapeuta	10	13,51	6	60	4	40	1 276,85	30h/semanais
<b>Total</b>	<b>74</b>	<b>100</b>	<b>21</b>	<b>35</b>	<b>39</b>	<b>65</b>	-	-

\* Renda bruta / inicial/ mês = salário inicial por categoria convertido para dólar - valor de abril de 1995 (1U\$ = R\$ 0,89).

Dados de abril/ 1995

QUADRO 13 - TRABALHADORES DO CTI QUE DESENVOLVEM ATIVIDADES DE APOIO NO HOSPITAL PRIVADO - NÚMERO / SEXO / SALÁRIO / JORNADA

categoria	1995		sexo				renda bruta / inicial / mês na inst. / US\$ *	jornada contratada
	n	%	m	%	f	%		
escriturário	6	50	1		5		617,35	40h/semanais
copeiras	4	33,33			4		422,74	44h/semanais
peçoal da limpeza	2	16,66	1		1		489,52	44h/semanais
Total	12	100	2	16,66	10	83,33	-	-

\* Renda bruta / inicial / mês = salário inicial por categoria convertido para dólar - valor de abril de 1995 (1US\$ = R\$ 0,89).

Dados de abril de 1995

### 2.3.2 - A ORGANIZAÇÃO E DIVISÃO DO TRABALHO NAS UNIDADES DE TERAPIA INTENSIVA

O trabalho assistencial na UTI é, essencialmente, um trabalho coletivo, que envolve diversos profissionais de saúde e trabalhadores da área de apoio.

A assistência prestada à pacientes graves com risco de vida e em situações de crise aguda, precisa da intervenção de profissionais de saúde de forma contínua e de equipamentos "auxiliares diagnósticos" e/ou "auxiliares da manutenção das funções vitais". Considerando-se a complexidade do trabalho profissional envolvido e da tecnologia necessária, para que esse tipo de assistência se realize, ela só pode ser prestada em unidades especiais do tipo hospitalar.

Na UTI, o médico, também, é o elemento central do processo de trabalho em saúde. Cada um dos outros grupos profissionais mantém certa autonomia para avaliação das necessidades dos pacientes, relativas a sua área; mantém certo controle do seu processo de trabalho, seja exercendo-o individualmente ou dividindo a assistência entre seus pares, seja delegando tarefas a pessoal treinado para a sua execução.

Características da divisão parcelar do trabalho, com separação entre trabalho manual e intelectual, são encontradas no trabalho da enfermagem; da fisioterapia do hospital público; da farmácia e bioquímica e da nutrição. Apesar de que, nas unidades de terapia intensiva, o parcelamento das tarefas é muito menor do que nas unidades básicas.

Ao mesmo tempo, essas profissões mantêm uma relação de subordinação ao trabalho médico - os médicos decidem sobre a internação e a alta e prescrevem a assistência global, inclusive determinando a realização de atividades que se constituem no campo de atuação dos outros grupos de profissionais de saúde. Diferente da unidade clínica, na qual o trabalho é mais compartimentalizado e sem coordenação, o trabalho médico nas unidades de terapia intensiva, aproxima-se mais de um gerenciamento global da assistência.

Não existe planejamento interdisciplinar da assistência, não há passagem de plantão ou visita conjunta dos diversos profissionais e os registros são feitos em espaços separados e até guardados em locais separados. Mas como todos os profissionais de saúde que atuam nestas unidades, ficam bastante próximos

em função da disposição física do espaço, e, uma vez que, a situação de gravidade do paciente exige agilização das ações, ocorre troca de informações oralmente, com alguma integração das diversas avaliações profissionais feitas sobre a situação do doente. É um trabalho mais cooperativo, também, entre os médicos, uma vez que a cada turno de trabalho muda o médico responsável, assim é preciso que os médicos troquem entre si para chegar a um acordo sobre a conduta a ser adotada. Essa prática permite um certo controle da qualidade da assistência prestada.

No hospital privado, os registros sobre o paciente, exames, avaliações e informações gerais são arquivados no "Prontuário do Paciente". Faz parte do prontuário uma série de formulários padronizados, alguns preenchidos pela enfermagem, outros pelos médicos. Os fisioterapeutas fazem uma evolução do paciente a cada período e anotam em fichas que são guardadas na sala dos fisioterapeutas. São anexadas ao prontuário, somente por ocasião da alta do paciente. A nutricionista não anota no prontuário, só em casos especiais, faz registro próprio que vai com ela, não fica no CTI. Os registros médicos e de enfermagem são detalhados mas ficam dispersos. A fragmentação impossibilita uma visão de conjunto do paciente ou dos diversos olhares profissionais sobre os problemas do paciente. No entanto, essa dispersão de anotações e a compartimentalização da assistência não foi apontada pelos entrevistados como problema. "Acho que, apesar de parecer disperso, o sistema funciona, auxiliado pela comunicação oral" (técnica de enfermagem do CTI).

Nos dois hospitais, a maioria dos profissionais de saúde não lê as anotações feitas por toda a equipe.

Acho que os médicos não lêem as evoluções de enfermagem, às vezes lêem o histórico para saber que medicações o doente tomou e está tomando, mas é só isso. Os médicos vão lá e fazem tudo de novo, perguntam tudo de novo, fazem exame físico também. Os enfermeiros lêem as anotações e evoluções dos médicos. Os fisioterapeutas lêem só as dos médicos, da enfermagem não. A enfermagem dificilmente lê as anotações dos fisioterapeutas - nunca pensei muito porque não costumamos ler. Costumamos perguntar para o fisioterapeuta a opinião dele sobre o paciente, ao invés de ler (Enfermeira CTI, hospital privado).

Anteriormente as evoluções da fisioterapia ficavam no prontuário do paciente mas dava problemas, pois precisávamos do prontuário e o mesmo estava sendo usado por outros profissionais. Além disso, avaliamos que os outros profissionais não liam as anotações e decidimos deixar na sala da fisioterapia. Eu leio as anotações médicas e de enfermagem (Fisioterapeuta do CTI, hospital privado).

O médico que internou o paciente é o responsável por ele, mesmo quando são necessários cuidados de terapia intensiva. No hospital público, os pacientes que estão na UTI não são acompanhados pelo médico responsável ao contrário do hospital privado, em que essa prática é cotidiana.

No hospital privado, após a alta no CTI, a enfermeira e o médico do paciente fazem uma avaliação, segundo alguns critérios preestabelecidos, para ver as condições de ser atendido na unidade clínica ou se o mesmo precisa ir para uma unidade em que existe uma estrutura para cuidados mais intensivos de enfermagem. Essa decisão é mais da enfermagem.

Quando entra médico novo, há algumas situações de conflito. Por exemplo, ele decide que o paciente precisa ir para a enfermagem intensiva, a gente questiona e ele não gosta. Porque mandamos para a enfermagem intensiva, com critérios após uma avaliação, damos pontos para esse doente (Enfermeira do CTI).

Como a internação na unidade de enfermagem intensiva ou de terapia intensiva envolve mais gastos para o cliente é importante que a decisão para

receber determinado tipo de cuidado seja exclusivamente técnica, baseada nas necessidades assistenciais do paciente. Assim, parece que a existência de critérios para avaliar os pacientes e decidir sobre a internação em unidade de enfermagem intensiva pode ser considerada como instrumento positivo de controle técnico, para evitar gastos desnecessários para o paciente/cliente.

Os residentes também atendem aos pacientes, no hospital público e o seu trabalho, formalmente, não substitui o dos intensivistas, apesar de, na prática, alguns médicos dividirem o trabalho com os residentes.

O residente avalia o doente e prescreve, depois, eu também avalio e discuto a prescrição com o residente - se eu achar que está errado, ele muda. Mas tem médico que não faz isso, deixa o residente prescrever e não checa (médico UTI).

A chefia médica coordena o trabalho médico, a chefia de enfermagem o trabalho de enfermagem e as outras chefias os seus respectivos grupos profissionais.

### **O trabalho da enfermagem**

Nas duas unidades de terapia intensiva, o modelo assistencial adotado é o dos "cuidados integrais" que possibilita uma visão mais global das necessidades do paciente/cliente, tornando o trabalho, potencialmente mais criativo.

Os **enfermeiros** prestam assistência direta aos pacientes; gerenciam a assistência de enfermagem prestada pelos auxiliares ou técnicos de enfermagem e responsabilizam-se pelas atividades administrativas da unidade.

Delegam atividades aos técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, bem como ao escriturário e aos funcionários da limpeza.

A assistência direta que os enfermeiros prestam ao paciente, no hospital público, inclui a avaliação-diagnóstica de enfermagem; a elaboração de avaliação evolutiva, a cada turno de trabalho; prestar cuidados considerados mais complexos e que precisam de habilidades e conhecimentos técnicos especiais<sup>73</sup> e auxiliar o médico na realização de alguns procedimentos técnicos e no manuseio de equipamentos de tecnologia de ponta.

No hospital privado os enfermeiros dividem o trabalho entre si em cada turno de trabalho: a) um (1) é o chefe geral que, se necessário, entra na escala de assistência; b) um (1) faz a supervisão geral dos técnicos, auxiliares e ajudantes operacionais. Realiza o trabalho burocrático (alta, pedido de exames, etc.). Faz a evolução de enfermagem dos pacientes que estão com os auxiliares e faz o históricos dos pacientes que internaram no seu plantão; c) os outros enfermeiros prestam a assistência integral aos pacientes que lhes foram designados na escala.

Cada auxiliar ou técnico de enfermagem, responsabiliza-se pelo atendimento integral, realizando todas as atividades assistenciais que cabem à enfermagem<sup>74</sup>, exceto as privativas do enfermeiro. Os atendentes de enfermagem

---

<sup>73</sup> - São considerados, no hospital público, como cuidados mais complexos, dentre outros: colher gasometrias arteriais; trocar traquéias dos respiradores; trocar os curativos dos careters profundos, curativos complexos, **Swan-ganz**, cateters triplo; atender intercorrências como parada cardíaca, arritmias e hemorragia.

<sup>74</sup> - As atividades desenvolvidas pelos auxiliares e técnicos de enfermagem no hospital público incluem: cumprimento da prescrição médica; higiene e conforto; verificação de sinais vitais;

auxiliam na higiene e conforto dos pacientes e cuidam da limpeza e desinfecção do material. Os atendentes de enfermagem, que atuam no CTI do hospital privado, estão cursando algum nível da formação profissional de enfermagem.

O trabalho da enfermagem, no CTI do hospital privado segue a *metodologia assistencial* utilizada em todo o hospital que inclui: histórico de enfermagem; análise da situação do paciente com levantamento de problemas; prescrição de enfermagem e evoluções diárias. Os enfermeiros são responsáveis pela aplicação da metodologia - dividem entre si a realização de todos os históricos dos pacientes que internam, fazendo a avaliação e levantamento de problemas, bem como, diariamente, fazem a evolução de enfermagem e a prescrição dos cuidados que serão realizados pelo próprio enfermeiro que está cuidando do paciente ou pelo auxiliar ou técnico de enfermagem que está prestando os cuidados integrais e algumas atividades privativas como: coleta de sangue para gasometria; manuseio de respiradores, avaliando, em situações que o aparelho alarma, se é problema do aparelho ou se está ocorrendo algum problema com o paciente - o funcionário detecta e avisa o enfermeiro e este decide o que fazer; medidas para avaliação hemodinâmica; manuseio de aparelhos de tecnologia de ponta que os funcionários têm dificuldade; etc.

A passagem de plantão da enfermagem, no hospital privado, é bastante completa, todos os trabalhadores de enfermagem que estão recebendo o plantão

---

aspiração de secreções oro-traqueais; controle de eliminações; observação do estado geral e evolução do paciente; auxiliar médicos e enfermeiros na realização de técnicas complexas.



assistem.

A lógica geral da organização do trabalho da enfermagem nas unidades de terapia intensiva faz uma ruptura com o parcelamento de tarefas, permitindo que o trabalhador de enfermagem tenha um melhor entendimento do significado do seu trabalho; um melhor entendimento do paciente que está sob seus cuidados e de suas necessidades. Mas a lógica da separação entre o saber e o fazer permanece. Os enfermeiros detêm o conhecimento que subsidia as ações de enfermagem e aos demais trabalhadores de enfermagem cabe executar as tarefas delegadas.

Os cuidados que achamos mais complexos são privativos do enfermeiro, como: a ventilometria; avaliações neurológicas; decidir que curativo será colocado em uma escara; curativos especiais com papaína; avaliações hemodinâmicas com *Swan-Gans* porque a maioria do pessoal de enfermagem não consegue entender o porque do procedimento. Acho que a maioria do pessoal de enfermagem trabalha executando procedimentos sem pensar no porquê está fazendo, quando são colocados em situações que precisam decidir, eles não sabem fazer. Tem exceções mas a maioria executa tarefas delegadas (Enfermeira CTI, hospital privado).

Os enfermeiros do CTI criaram tecnologia para o desenvolvimento do trabalho de enfermagem. Organizaram um sistema de padronização do material a ser utilizado em diversos procedimentos, com o objetivo de facilitar o trabalho, torná-lo mais ágil e mais eficiente<sup>75</sup>. Todos os trabalhadores de enfermagem entrevistados, que falaram sobre o assunto, disseram que o sistema facilitou o seu trabalho.

Esse sistema de kits facilitou o trabalho, ajudou muito. Antes quando o médico dizia que ia fazer um procedimento, o funcionário precisava lembrar que material seria necessário, agora é só pegar o pacote. É muito mais fácil e muito mais rápido (Técnica de enfermagem do CTI).

---

<sup>75</sup>- Existe o "kit - PO" ( PO - Pós-Operatório), "kit - internação", "kit intubação" e outros. Cada "kit" contém o material esterilizado, necessário para o procedimento especificado.

A padronização do material para procedimentos cumpre duas funções concomitantes: facilita o trabalho da enfermagem, ao mesmo tempo que aprimora o controle financeiro da instituição, evitando esquecimento de cobrança do material utilizado e atendendo a lógica da instituição de buscar, sempre, maior retorno financeiro.

Os funcionários da limpeza, limpam o ambiente e a cama do paciente. Os funcionários da enfermagem preparam a cama, o material e os equipamentos necessários para receber cada paciente.

### **O trabalho dos demais profissionais de saúde**

As **nutricionistas**, em geral, vêm ver as prescrições e só avaliam alguns pacientes: doentes que solicitaram a visita da nutricionista ou para atender a solicitação médica ou da enfermagem.

O sistema de solicitação de medicamentos na **Farmácia** é o mesmo das unidades clínico-cirúrgicas. No hospital privado o sistema é informatizado .

Desde que foi implantado o atendimento 24 h na UTI, os **fisioterapeutas** passaram a avaliar todos os pacientes decidindo a conduta a ser adotada.

Quando o paciente interna a equipe de saúde do CTI, que mantém plantão nas 24 horas, avalia o paciente (médicos, enfermagem e fisioterapia) - nem sempre vem o médico do doente. A enfermagem recebe o paciente, monitoriza e depois o fisioterapeuta faz a sua avaliação e decide quais os pacientes que deve atender. Com o atendimento 24 h mudou o trabalho da fisioterapia, principalmente, na parte respiratória, os fisioterapeutas têm mais capacitação para tratar de problemas respiratórios. Fazem, também, a parte motora e cuidados na ventilação mecânica. Não existe definido formalmente, o papel do fisioterapeuta e com isso as coisas ficam meio soltas, por exemplo, o desmame da respiração mecânica tem sido feita, nos hospitais mais equipados, pela fisioterapia mas se ocorrerem situações de conflito prevalece a visão do médico, mesmo que a fisioterapia tenha razão. Não está escrito

quem deve fazer determinadas coisas. Com respeito aos respiradores - quem é responsável pela limpeza e montagem do respirador é a enfermagem; a extubação ou é feita pela fisioterapia ou pela enfermagem mas a decisão de poder extubar ou não é do médico (Fisioterapeuta do CTI, hospital privado).

### **CAPÍTULO 3 - IMPACTO DA TECNOLOGIA DE PONTA SOBRE O TRABALHO EM SAÚDE**

Do conjunto de inovações tecnológico-organizacionais que estão marcando, profundamente, o trabalho e a vida neste final de século, o setor saúde vem utilizando, significativamente, os equipamentos de base microeletrônica, os chamados novos materiais, bem como, é um campo de aplicação dos avanços obtidos no campo da química, da bioquímica e da engenharia genética.

Existem muitos estudos que abordam o impacto das novas tecnologias sobre o trabalho, especialmente no setor industrial. Como tem se dado o processo de reestruturação das empresas com vistas ao aumento da rentabilidade; as mudanças no processo de trabalho e nas relações de trabalho; as mudanças no perfil de empregos, salários e condições de trabalho; as mudanças na qualificação dos trabalhadores. No entanto, existem muito poucos estudos sobre o impacto das inovações tecnológicas no trabalho em saúde, de modo que, as considerações feitas aqui, significam uma aproximação inicial com o tema.

Este capítulo trata, especialmente, do uso dos equipamentos de tecnologia de ponta nos dois hospitais, destacando-se a opinião dos profissionais

de saúde sobre a influência, desses instrumentos no seu trabalho, bem como, aponta as conseqüências das inovações tecnológicas para o emprego e a organização do trabalho em saúde.

### 3.1 O USO DE EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DE PONTA NAS UNIDADES ESTUDADAS

As unidades básicas (clínica e clínico-cirúrgica), praticamente, não usam equipamentos de tecnologia de ponta na prática assistencial. Uma ampla gama de instrumentos de trabalho são utilizados para a realização do trabalho assistencial como, o saber de saúde e específico das diversas profissões, os quais, são propriedade de cada trabalhador; todo o material necessário para a realização das atividades do tipo burocrático e de escritório ( telefone, papéis, etc.); todos os equipamentos básicos que dispõe a unidade para a acomodação dos pacientes no leito, para sua higiene e conforto e para sua alimentação; todos os medicamentos e instrumentos para administração dos mesmos; as sondas e material para aspiração de secreções; o material para proteção dos trabalhadores (luvas, aventais, máscaras e gorros) os instrumentos utilizados na avaliação dos pacientes como o esfigmomanômetro; o estetoscópio; o termômetro, a lanterna, o oftalmoscópio, etc.

Os equipamentos de tecnologia de ponta usados nas unidades básicas são as bombas de infusão e os aspiradores para dreno de tórax. No hospital privado, a unidade conta, também, com glucômetro e carrinho equipado para atendimento de emergência, além de ser informatizada.

O hospital público não é informatizado, apenas alguns setores trabalham com computadores, e, segundo o diretor, existe um projeto de informatização do hospital. Já houve um treinamento inicial mas ainda não foi implantado por falta de recursos. O hospital privado, ao contrário, é praticamente todo informatizado, o que influencia toda a sua dinâmica de funcionamento. Todo o processo de solicitação de medicamentos para a farmácia é feito via computador, evitando locomoção do pessoal de enfermagem até a farmácia. Ao mesmo tempo, as medicações enviadas são registradas no setor de contas, na conta pessoal de cada paciente. Um processo muito mais ágil, menos desgastante para os trabalhadores ao mesmo tempo que evita perdas para o hospital. No entanto, os trabalhadores entrevistados, informaram que o sistema já está obsoleto e sobrecarregado, fazendo com que o seu funcionamento fique lento, e que, o trabalho manual, algumas vezes, seja mais rápido. Está em estudo a modernização do sistema.

O uso do computador, ao mesmo tempo que facilita e agiliza o trabalho, também acrescenta trabalho. Por exemplo, em relação ao trabalho da enfermagem, exige que os profissionais de enfermagem, além de dominarem os conteúdos relacionados ao seu trabalho profissional, dominem os conhecimentos relativos ao uso do computador, pois quando o escriturário não está na unidade é a enfermagem que assume todo o processo de solicitação de medicamentos.

Comparando-se, os dois tipos de unidades estudadas, nos dois hospitais, verifica-se que o hospital privado está mais modernizado, no sentido de que usa,

mais intensivamente, equipamentos de tecnologia de ponta, do que o hospital público.

Nas unidades de terapia intensiva, dentre os equipamentos de tecnologia de ponta destacam-se os respiradores do tipo Servo; a cama digital; os monitores cardíacos e as bombas de infusão.

Médicos e enfermeiros da UTI e o administrador do hospital público, afirmam que a UTI, deste hospital, está muito bem equipada e no nível das melhores UTIs do país.

O filho de um dos maiores empresários de Belém, PA, acidentou-se em Florianópolis e foi atendido na UTI deste hospital. O pai veio vê-lo e ficou horrorizado com o aspecto do ambiente - o atendimento de UTI, estava sendo feito em quarto improvisado no 5 andar, pois a UTI ainda estava em reforma. O pai trouxe junto com ele, uma equipe de profissionais de saúde do hospital Albert Einstein, de São Paulo. Chegaram às 3 horas da madrugada e começaram a avaliar todo o atendimento prestado ao filho do empresário, desde quando ele entrou na emergência. A médica do Einstein chamou o pai e disse: 'o seu filho está recebendo todo o atendimento que apenas 2 ou 3 hospitais de São Paulo são capazes de prestar, tanto na parte técnica quanto em relação ao tratamento'. Recebeu o tratamento que precisava. O ambiente é feio, mas a aparelhagem é a mesma que o Einstein usaria. Isso ocorreu em final de 1994 (Diretor administrativo, hospital público).

Em termos de tecnologia de ponta temos os aparelhos mais modernos. Os profissionais de saúde que visitam essa UTI, dizem que ela está entre as melhores do Brasil em termos de tecnologia de ponta (Médica chefe UTI, hospital público).

As diferenças, significativas, entre o hospital privado e o hospital público dizem respeito ao sistema de manutenção e a política de infra-estrutura, de material, de medicamentos e de equipamentos. Como mostraram as seguintes situações: a) no hospital público, apenas uma das cama é do tipo digital, enquanto no CTI do hospital privado todas são digitais; b) no hospital público havia leitos fechados por falta de respiradores, enquanto que no hospital privado o número de respiradores disponíveis supre as necessidades da unidade; c) no

que diz respeito aos monitores cardíacos, existe uma diferença qualitativa entre os dois hospitais - os monitores, no CTI do hospital privado, são colocados em cada paciente, individualmente, e ligados em um sistema geral, que mostra os dados de todos os pacientes em um visor único, colocado no balcão central da unidade, permitindo que os profissionais de saúde, tenham uma visão do conjunto de pacientes internados; d) no hospital privado existe material e medicamentos em quantidade suficiente para atender as necessidades dos pacientes e para que os profissionais de saúde realizem adequadamente o seu trabalho - como o material para auto-proteção dos trabalhadores, por exemplo; e) existe um sistema de manutenção periódica, além da manutenção corretiva, de modo que, geralmente, os instrumentos e equipamentos estão em condições adequadas para uso.

Nos dois hospitais, o aumento do investimento em tecnologia de ponta é um processo desta década e, certamente, é um reflexo da reestruturação produtiva que está ocorrendo, mais intensamente, na produção industrial, desde os anos 70 e que, no Brasil, passa a acontecer, nos anos 90.

A diferença em termos de disponibilidade de equipamentos e em termos de investimento tecnológico, nos dois hospitais estudados, tem relação com o caráter da empresa. O hospital privado é pressionado pela concorrência entre as empresas a manter em quantidade suficiente e em condições de uso, os melhores equipamentos e tecnologia disponíveis no mercado, de modo a se qualificar para disputar os clientes especiais, que podem pagar o valor dos custos envolvidos na produção do serviço. Como o seu objetivo primordial é o

lucro, mesmo que seja para aplicar na própria empresa, a busca da saúde financeira pode influenciar a forma de prestar a assistência e de utilização dos equipamentos tecnológicos. O uso de determinada tecnologia está diretamente relacionado às posses dos pacientes, mesmo que sejam consideradas as necessidades técnicas. Apesar da amplíssima maioria dos profissionais de saúde, da instituição privada estudada, afirmarem que só levam em consideração o critério técnico, para decidir o uso ou não de um equipamento, certamente, o critério econômico envolvido abre a possibilidade do uso desnecessário para aumentar o lucro, ou de deixar de usar determinado recurso porque o cliente não pode pagar.

A possibilidade de sobreviver ou não, de viver mais ou menos, de ser tratado com mais ou menos eficiência, com maior ou menor sofrimento, depende do poder aquisitivo de cada cliente. O trabalho assistencial em saúde envolve uma série de questões éticas, de visão de homem, de sociedade e de direitos de cidadania que não são consideradas na modalidade privada.

O menor nível de modernização do hospital público, em relação ao hospital privado, pode ser explicado por múltiplos fatores. Tratando-se de uma instituição pública, as decisões que lhe dizem respeito, dependem de decisões políticas nas quais estão envolvidos, a situação financeira do Estado nacional e das unidades federadas, bem como, os interesses das diversas forças políticas que, em cada momento, influenciam na definição da política assistencial e de infra-estrutura. Esse tipo de instituições são menos pressionadas à reformar, por problemas relativos aos custos do processo de produção, porque, em função do caráter



público, não está colocado o risco imediato de fechamento dos serviços deficitários. Também, não são pressionados, pela concorrência, para apresentarem-se como instituições que oferecem serviços especiais na disputa da clientela. Os usuários dos serviços públicos, que não podem pagar por outro tipo de serviço, são obrigados a assumir o que está sendo oferecido, ou quando se mobilizam, as pressões sociais por melhorias na qualidade dos serviços e por ampliação de direitos, tem resultados em um ritmo muito mais lento.

## 3.2 IMPACTO DO USO DE EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DE PONTA NO TRABALHO EM SAÚDE - SEGUNDO OPINIÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

### 3.2.1 CONSEQÜÊNCIAS PARA A PRODUTIVIDADE DO TRABALHO

As inovações tecnológicas, usadas na saúde aumentam a produtividade do trabalho.

Nogueira, diz que:

Inovações tecnológicas como os antibióticos, os multianalisadores para perfil bioquímico do sangue, a revelação automática de chapas radiográficas e outras, são capazes de aumentar a produtividade do trabalho em saúde, fazendo com que uma mesma quantidade de força de trabalho possa produzir um número maior de serviços (Nogueira, 1987a, p. 15).

Os monitores cardíacos, liberam os trabalhadores de enfermagem da verificação constante de sinais vitais; as bombas de infusão, após programação, controlam automaticamente a infusão da medicação no paciente e alarmam quando ocorre alguma alteração na programação, liberando a enfermagem do controle mais direto. Com isso, outras atividades podem ser acrescentadas, além

do rendimento do trabalho ser maior. Um trabalhador de enfermagem pode atender mais pacientes do que era capaz, sem o auxílio do aparelho, ou pode desenvolver uma série de cuidados que antes não podia executar. O trabalho do pessoal de enfermagem não diminui, ao contrário, ele pode, até, ser intensificado.

As bombas de infusão têm diversos sistemas. Algumas têm memória guardando os dados, e outras, na troca, os dados são perdidos, precisando reprogramar todo o equipamento. Se coloco para correr 250 ml de soro com *dormonide*, programo a bomba para 240 ml. Quando correr os 240 ml ela alarma, dando tempo de fazer a troca de frasco, sem que a máquina fique sem solução, tenho tempo de preparar outra, volto e programo para correr os 10 ml, e continuo com a outra solução, sem precisar programar tudo novamente. Não se pode diminuir o número de pessoal de enfermagem porque as máquinas não substituem o trabalho humano: elas não aspiram, não fazem massagem de conforto; não fazem mudança de decúbito; não avaliam; não fazem curativo. Elas simplesmente cumprem uma programação. Cada solução que o paciente precisa é infundida por uma bomba, o funcionário precisa controlar, quando está terminando uma e quando precisa de troca. Os equipamentos tornam o cuidado mais eficiente e facilitam o trabalho da enfermagem mas é preciso estar atento, pois os equipamentos podem apresentar problemas e mostrar dados ou informações inadequadas. Facilitam bastante pois, ao invés de você levar 15 ou 20 minutos lá infundindo uma solução, a bomba pode fazer isso tranqüilamente por você (Técnica de enfermagem da UTI - hospital público).

A bomba de infusão poderia parecer que substitui o trabalho humano mas verifica-se que ela substitui algumas coisas e não outras. A bomba controla a infusão da medicação mas os profissionais precisam ficar atentos pois o médico pode mudar a prescrição ou a prescrição pode incluir mudança na dose de heparina conforme o coagulograma, isso exige o trabalho humano de avaliação (Enfermeira chefe de unidade - hospital privado).

Com o sistema de informatização implantado na farmácia, o trabalho foi agilizado mas não houve redução de pessoal, no entanto, o hospital cresceu e o trabalho aumentou. Talvez se o hospital estivesse com o sistema antigo a farmácia precisasse do dobro de funcionários. Mas existem tarefas que o computador não elimina - o cálculo do valor de cada comprimido de uma caixa, tem que ser feito manualmente e muitos outros trabalhos também são feitos manualmente. Antes, as requisições eram feitas manualmente. Todas as medicações solicitadas eram escritas manualmente e levadas para a farmácia em que essas requisições eram codificadas e digitadas. Isso trazia muitos problemas. Com o sistema atual melhorou muito mas ainda tem problemas - o sistema atual de compras, por exemplo, está muito arcaico e está sendo importado um novo sistema (Farmacêutica - hospital privado).

Nos hospitais estudados a utilização de equipamentos de tecnologia de ponta não mostrou expulsão de trabalhadores, nem fechamento de postos de

trabalho mas aumentou o rendimento do trabalho. Especialmente no hospital privado verifica-se que, com o mesmo número de trabalhadores, foi possível atender mais pessoas, correspondendo a uma das funções da mecanização citadas por Offe (1991), de que a mecanização possibilita a manutenção do serviço com menor contingente numérico de força de trabalho.

Todos os entrevistados, nos dois hospitais, afirmaram que o uso dos equipamentos de tecnologia de ponta não substitui o trabalho dos profissionais de saúde e não diminui postos de trabalho.

Nenhuma máquina que se coloque aqui substitui o trabalho humano. Não dá para planejar a assistência diminuindo o número de profissionais. Os **respiradores** - fazem a ventilação que o paciente não consegue fazer sozinho mas a aspiração (retirada de secreções) tem que ser feita manualmente, é preciso desconectar o tubo e aspirar com sonda. O respirador "alarma" quando tem muita secreção - está avisando que não consegue ventilar pela quantidade de secreção que tem. Mas já é rotina aspirar o paciente de uma em uma hora (Enfermeira da UTI, hospital público).

O uso dos equipamentos não diminui a necessidade de força de trabalho, a função deles é auxiliar para que aumente a eficiência mas não substituem o trabalho humano (Fisioterapeuta - hospital público).

O uso de equipamentos não dispensa ou substitui o trabalho humano, uma vez que a programação do aparelho tem que ser do homem, o exame e a avaliação também (Médico - hospital privado).

De maneira nenhuma esses aparelhos substituem o trabalho humano, porque eles podem ser mal interpretados ou mal regulados, podendo matar o doente (Médica da UTI - hospital público).

Na medicina eu sempre digo, esse negócio de automação, robô, dá para construir carro, na medicina não. Não substitui o trabalho humano. É preciso saber interpretar o que o doente está te dizendo. Sempre é preciso examinar e avaliar o doente, o aparelho apresenta os dados, que precisam ser compatíveis com o exame físico, caso contrário o aparelho pode estar errado. O aparelho não substitui o médico, a aparelhagem não tem nada a ver com o número de médicos, não modifica nada. A aparelhagem é algo adicional para o desenvolvimento do trabalho (Médico UTI - hospital público).

A bomba de infusão não substitui o trabalho humano, ajuda no cuidado, agiliza, mas o trabalho de enfermagem é indispensável (Técnica de enfermagem da unidade clínica - hospital privado).

Os equipamentos não substituem o trabalho humano, não dá para contratar menos pessoal. Eles dão mais segurança, facilita o trabalho mas é preciso ter

alguém para programar os aparelhos (Auxiliar de enfermagem, UTI - hospital privado).

Em relação aos respiradores que têm relação mais direta com o trabalho dos fisioterapeutas não dá para diminuir o número de profissionais, pois é fundamental a assistência direta. O controle, a definição de parâmetros, a decisão sobre a hora de parar ou retirar o aparelho é do profissional (Fisioterapeuta da UTI - hospital privado).

### 3.2.2 CONSEQÜÊNCIAS PARA OS CLIENTES

a) os equipamentos de tecnologia de ponta podem trazer benefícios às pessoas doentes ou com problemas de saúde: tornam alguns tratamentos menos dolorosos e permitem diagnósticos mais precisos e precoces.

Os monitores auxiliam no trabalho porque fornecem dados com mais precisão e agilidade. Quando o paciente está chocado, com o manguito não se consegue auscultar a pressão arterial mas com o monitor cardíaco é possível visualizar a pressão até 2, até zero; e, quando o paciente "entra em choque" o aparelho alarma. O monitor já é programado para alarmar quando os dados estiverem fora dos valores esperados. O aparelho tem vantagens para o paciente e para a assistência, pois os dados são mais precisos e obtidos mais rápido, possibilitando intervir mais rapidamente (Enfermeira UTI - hospital público).

Auxiliam no tratamento e diagnóstico precoce, fornecendo dados mais precisos. O *Swan-Gans*, por exemplo, permite descobrir se um paciente com septicemia, também está com o coração falhando, possibilitando que a gente já possa dar, precocemente, remédio para combater a insuficiência cardíaca. Clinicamente pode ser difícil de perceber a insuficiência cardíaca. Às vezes o doente precisa de uma ressuscitação com líquido em grande quantidade, mesmo o doente cardíaco precisa, mas para fazer isso é preciso saber das condições do coração dele - a gente fica na dúvida, mas o *Swan-Gans* avalia, com bastante precisão, se o coração dele poderá suportar (Médica UTI - hospital público).

O aparelho facilita o trabalho do médico, ajuda a tirar dúvidas. Um problema, é que tem médicos que não sabem manusear nem interpretar os dados fornecidos por um determinado aparelho, então o aparelho não adianta. Muitos não sabem inglês e não lêem os manuais - o do *Swan-Gans*, por exemplo, é todo em inglês e tem 500 páginas. Muitos aprendem de orelhada, então não dominam o funcionamento do aparelho, se dá algum problema não sabem porque (Médico UTI - hospital público).

O uso de equipamentos facilita o trabalho: fornece dados mais precisos, auxiliando nos diagnósticos e torna os procedimentos cirúrgicos menos invasivos (Médico - hospital privado).

Os equipamentos de tecnologia de ponta têm como função garantir um cuidado melhor (Enfermeira unidade clínica - hospital privado).

O trabalho ficou mais preciso e deu mais segurança para os pacientes. A diferença de atendimento sem esses equipamentos em hospitais pequenos e do interior é muito grande (Auxiliar de enfermagem UTI - hospital privado);

b) a máquina faz algumas atividades liberando parte do tempo dos trabalhadores.

Esse tempo pode ser utilizado apenas para aumentar os serviços prestados, reduzindo custos e aumentando a lucratividade mas abre a possibilidade de obtenção de vantagens para o paciente, caso exista a vontade política de investir em atendimento de boa qualidade. O tempo liberado pode ser utilizado para uma série de cuidados que as máquinas não podem fazer e que são fundamentais para a cura ou melhora dos quadros mórbidos.

Os equipamentos de tecnologia de ponta usados na unidade são: computador e bomba de infusão. Ajudam facilitando e agilizando o trabalho. O computador, por exemplo, evitou perda de tempo de levar pedido na farmácia e ir buscar e, com os códigos de pedido de medicação (urgência ou não), agilizou a entrega da farmácia na unidade, sobrando mais tempo para observação do paciente. A bomba de infusão - garante o gotejamento correto sem que o funcionário esteja todo o tempo no quarto olhando, economizou tempo; a bomba tem alarme que dispara se entra ar, se está fora da veia, ou outras alterações em relação aos padrões planejados (Técnica de enfermagem, unidade clínica - hospital privado).

As máquinas podem facilitar o trabalho deixando tempo para a realização de outros aspectos do trabalho e permitindo uma melhora na qualidade mas não diminuirá o quadro de pessoal. A nutrição, como a enfermagem tem um trabalho muito pessoal, muito direto com o paciente e isso nem uma máquina vai fazer (Nutricionista - hospital privado).

O monitor fica programado e dá dados que te facilitam e dispensam para fazer cuidados mais especiais com o doente. Tornam o cuidado mais preciso. A programação dos equipamentos, a decisão sobre o cuidado, a avaliação, a relação com o doente e família, a realização de alguns cuidados como higiene oral, curativo e banho, nenhuma máquina faz (Enfermeira UTI - hospital privado);

c) os equipamentos de tecnologia de ponta precisam ser utilizados adequadamente, caso contrário, podem trazer prejuízos aos pacientes/clientes.

O exame clínico é que indica o diagnóstico, o tipo de exame a ser feito, o que usar. A tecnologia sofisticada que existe hoje, realmente pode dar o

diagnóstico com muita facilidade e, isso, está tornando o médico, de certa maneira, preguiçoso. 'Porque vou examinar se a ressonância vai me dar tudo?' Isso é uma falta grave, o médico só deve pedir um exame depois que ele tem uma suspeita clínica bem fundamentada, depois da anamnese, do exame clínico. Aí, sim, ele vai pensar qual é o melhor exame para confirmar o diagnóstico. *Confirmar!* Ou eventualmente ele vai ter uma suspeita e o exame servirá para auxiliar no diagnóstico. O médico que inverte essa relação, com certeza, não vai para frente, faz a medicina baseada em resultados, que, se não vierem corretos, ele erra. O papel da máquina é auxiliar o trabalho, facilitar a realização do diagnóstico, tornar os dados mais precisos. Se eu tivesse que escolher entre exames complementares e o exame clínico, optaria pelo último. Um exame clínico, bem feito, nos aproxima do diagnóstico correto, na imensa maioria das vezes. Mas é preciso ouvir o paciente, a história dele, e examiná-lo inteirinho. Isso é o exercício diário, que o médico faz, e que vai consolidando o seu conhecimento. Palpar uma vez não é suficiente é preciso ter examinado muitas vezes para saber identificar as diferenças (Médico hospital privado).

O paciente/cliente pode ser prejudicado pelo uso inadequado de determinados equipamentos, mas também porque, não dominando os conhecimentos relativos aos equipamentos e aos quadros clínicos, ficam sem elementos para avaliar as decisões médicas, podendo ser lesado com gastos adicionais que beneficiarão a instituição e/ou o médico e não o paciente.

Existem médicos que colocam pacientes terminais, sem chances de recuperação, no CTI, quando não são casos de CTI, ou pacientes que tem muitos cuidados, que os familiares o estão incomodando, então, nos finais de semana que o paciente está trabalhoso, e, que vão chamá-lo o dia inteiro, ele manda para o CTI, pois assim ele descansa, mas a família tem que pagar muito mais pela diária hospitalar porque a diária do CTI é muito cara. Existe caso de pacientes terminais, que o médico do paciente manda fazer 'tudo', porque ele ganha por isso. O médico do CTI não ganha por procedimento durante os plantões, mas para realizar procedimentos que não são de urgência eles chamam outro colega plantonista que não está de plantão no dia e assim ele recebe pelo procedimento. No horário de trabalho dele, ele só recebe o salário, se estiver fora do seu horário, ele ganha pelo procedimento. O médico ganha e o hospital ganha. O paciente paga 2 vezes. Se o médico plantonista fizer, o paciente só paga uma vez, para o hospital. O paciente não reclama, porque desconhece, mas é muito fácil convencê-lo: 'é um procedimento demorado que o médico do CTI não pode fazer porque tem muito trabalho'. Podem existir justificativas reais, pois os médicos do CTI são especialistas e não têm habilidade para fazer todos os procedimentos, demorando mais para fazer alguns, então precisam do respectivo especialista para executar o procedimento com mais agilidade. A medicina é um negócio mafioso. Isso que dizem que aqui é pouco, em outros hospitais famosos é pior: existe, por dia, um médico plantonista de passar sonda, outro de passar cateter, etc. (Trabalhador de enfermagem do CTI - hospital privado);

d) o desenvolvimento tecnológico também provocou a transformação de alguns serviços em auto-serviço. Transfere responsabilidades, atividades e conhecimentos aos pacientes / clientes, ao mesmo tempo, que os indivíduos são sobrecarregados com mais essa responsabilidade. Exemplos disso, são: o controle dos níveis de açúcar na urina e auto-aplicação de insulina, feito pelos pacientes diabéticos. Essas modalidades de auto-cuidado e auto-serviço são um campo que permite muitos estudos e envolve múltiplos fatores, que não estão tratados aqui.

### 3.2.3 CONSEQÜÊNCIAS PARA A SAÚDE DOS TRABALHADORES

a) facilitam o trabalho provocando menos desgaste da força de trabalho.

Os equipamentos não substituem o trabalho humano. Facilitam. Trabalhei com cama de manivela na UTI , era preciso fazer força e muitos movimentos, hoje apertado um botão na cabeceira do doente e um pedal com o pé e a cama automaticamente se nivela, isso facilita demais (Enfermeira CTI - hospital privado).

Acompanhei o atendimento de um familiar meu no interior, lá não havia os equipamentos tecnológicos que temos aqui - era muito mais trabalhoso para a enfermagem e muito menos seguro para o paciente. [...] Cama digital - que baixa, levanta, faz todas as manobras, sem exigir uso de força física do funcionário. Os monitores que fornecem todos os dados, evita o uso de aparelhos de verificar pressão arterial, sendo necessário apenas caneta para anotar. As bombas de infusão são sensacionais - evita ter que ficar contando; a segurança para o paciente é muito maior e é possível deixar gotejando e sair para cuidar de outro paciente. Dificilmente essas bombas dão problema: quando tem algo errado elas "alarmam". O trabalho ficou mais preciso, deu mais segurança para os pacientes (Auxiliar de enfermagem, CTI - hospital privado).

Os equipamentos de tecnologia de ponta facilitam muito o trabalho, fornecem dados imediatos e com rapidez. Venho de uma UTI, em que eu controlava a administração de drogas, em doses muito baixas, e tinha que controlar gota a gota, era preciso ficar contando. Sei o que é um choque cardiogênico cuidado com várias drogas, sem bomba de infusão e ouvindo pressão arterial de 5 em 5 minutos. A bomba de infusão é programada e conta o gotejamento pelo funcionário. Eu, sou assim: acho que, com certeza a tecnologia está aí para facilitar a minha vida, é esse o objetivo, mas eu não confio nela plenamente, sempre faço uma medida de pressão arterial manual para ver se o aparelho está fazendo correto ou não [...] O monitor faz o débito cardíaco, dispensando

contas, o que facilitou muito o trabalho (Técnica de enfermagem, CTI - hospital privado);

b) tem conseqüências nefastas para a saúde dos profissionais.

A tecnologia também tem o seu lado ruim. O barulho é ruim, exaustivo, e precisamos diferenciar cada ruído. É estressante. Os barulhos são dos respiradores e dos monitores, todos têm alarmes. Os monitores têm diversos tipos de alarmes: em casos de arritmia; quando a pressão arterial fica fora dos limites esperados pela programação feita, etc. Fazem ruídos específicos em casos de: parada cardíaca; assistolia ou fibrilação. É um som intenso e contínuo de sirene de ambulância. A bomba de infusão tem ruídos específicos para quando não está pingando; quando tem ar na linha; quando termina a infusão. Se programamos um volume final para ela considerar, ficando um pouco no frasco, ela dá outro tipo de apito. É preciso ter ouvido para tudo isso, é muito cansativo...mas os alarmes, por mais que incomodem, são importantes, porque avisam o que está acontecendo. Eu já trabalhei com *Bird* e com outros aparelhos que não davam alarme nenhum, então você tinha que ficar de olho (Técnica de enfermagem, CTI - hospital privado).

#### 3.2.4 CONSEQÜÊNCIAS PARA A QUALIFICAÇÃO DOS TRABALHADORES

Pode-se dizer que, em geral, o uso de equipamentos de tecnologia de ponta, exige um trabalho mais qualificado, no sentido de que é preciso ter mais conhecimento para poder entender o funcionamento da máquina, da fisiologia humana e dos estados mórbidos, para poder realizar um trabalho mais criativo e eficiente e não apenas mecânico.

A proporção de enfermeiros, em relação à equipe de enfermagem, é maior nas unidades de terapia intensiva do que nas unidades básicas, sendo que no hospital privado essa relação é melhor do que no hospital público. Na unidade clínica do hospital privado os **enfermeiros** representam **29,41 % da equipe de enfermagem** e no CTI os **enfermeiros** são **44,90 % da equipe**. Na unidade



clínica do hospital público os enfermeiros são **12,5 % da equipe de enfermagem** e na UTI são **27,27 % da equipe**.

O uso de equipamentos exige maior conhecimento, é preciso entender como eles funcionam. Há as diferenças de língua e, todo o dia estão comprando equipamentos novos e diferentes, que funcionam por mecanismos diferentes, é preciso entender como funcionam (Enfermeira, CTI - hospital privado).

O uso de equipamentos de tecnologia de ponta não diminui o trabalho, porque quem determina o funcionamento do aparelho, somos nós, a frequência e os parâmetros que o aparelho vai considerar, somos nós. Não tem como diminuir o número de pessoal em função de equipamento, isso é absurdo. Pelo contrário, há aumento de trabalho, aumentam as necessidades de conhecimento. O monitor é um computadorzinho, precisamos aprender como mexer nele, hoje eu fuço em todo ele. Quem treinou no início foi o pessoal da *Siemens*, depois aprendemos mexendo, funcionários da enfermagem mexem, eu mexo bastante a enfermeira chefe, também. Quem instala o monitor é você, quem vai ter o bom senso de determinar certas coisas é você. Se, por exemplo, o paciente está hipotenso, com o pulso de 60, 70, é contraditório, no entanto, eu sei como é a fisiologia cardíaca e vou conferir se a pressão arterial (PA) que o aparelho está dando, está certa ou não. Seu trabalho é o mesmo, até mais, você precisa trabalhar mais, intelectualmente, para decidir o que ele pode fazer por você e como. O monitor cardíaco, tanto acrescenta, trabalho, que muita gente tinha resistência, no início, em utilizar o aparelho para fazer débito cardíaco: 'eu não vou acertar'. É preciso entender um pouco mais os dados que o aparelho fornece (Técnica de enfermagem CTI - hospital privado).

Os equipamentos usados na UTI, na sua grande maioria, têm os dados e manuais em inglês e alguns em espanhol, o desconhecimento dessas línguas dificulta o entendimento dos dados fornecidos. Para usar os equipamentos é necessário aprender um pouco do seu funcionamento e seria necessário conhecer, no mínimo, a língua inglesa. O uso do equipamento não dispensa a avaliação humana - o aparelho alarma dizendo que algo está errado mas o erro pode não ser um problema com o paciente mas com o aparelho (Técnica enfermagem UTI - hospital público).

Os aparelhos dão uma segurança muito grande mas é preciso saber usá-los, tem que saber se ele está certo ou errado. Se você não correlacionar com o exame físico e a história do doente, não dá certo. Aprendi isso com os meus professores e ensino isso para os meus alunos: o aparelho é bom mas você tem que saber se ele está bom ou não, e o que vai te dar isso é a tua avaliação do doente (Médico UTI - hospital público).

### 3.3 O IMPACTO DO USO DE EQUIPAMENTOS DE TECNOLOGIA DE PONTA SOBRE A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE

Comparando-se a organização do trabalho nas unidades de terapia intensiva com as unidades básicas (clínica e clínico-cirúrgica) verifica-se que, nos

dois tipos de unidades, o trabalho realizado é coletivo, feito por diversos profissionais de saúde e trabalhadores que desenvolvem atividades de apoio e mantêm as características de trabalho profissional do tipo artesanal, com características da divisão parcelar do trabalho.

O trabalho nas unidades de terapia intensiva é mais cooperativo do que nas unidades clínicas e clínico-cirúrgicas, envolvendo, em algumas situações, um trabalho interdisciplinar. Isso ocorre porque trata-se de uma assistência prestada a pacientes em situações de gravidade, sendo necessário manusear equipamentos de funcionamento complexo e realizar avaliação clínica constante, com tomada de decisões imediatas, o que fica dificultado com a fragmentação do trabalho. A fragmentação dificulta o entendimento do processo assistencial e do porquê de determinados procedimentos.

Para realizar alguns procedimentos com os equipamentos de tecnologia de ponta é preciso o trabalho de mais de um profissional de saúde (da mesma categoria profissional ou de categorias diferentes), que dominem o funcionamento básico da máquina bem como os conhecimentos relativos aos dados que procuram obter com o uso do equipamento. É preciso um trabalho coletivo do tipo cooperativo, aproximando-se da visão de interdisciplinaridade.

Tem exames que estão ainda sendo aprendidos e, por isso, é preciso haver interação com o médico que faz. Por exemplo, toda a tomografia, toda a ressonância minha, eu discuto com o chefe da tomografia. Falo: 'estou vendo isso', e, pergunto se estou vendo certo ou errado? Ele discute e explica: isso representa isso[...] aquilo[...] Quando estou operando, chamo o chefe da tomografia e digo: 'você disse que aqui tinha lesão e não tem, onde está o nosso erro, onde interpretamos mal'? Esse intercâmbio é fundamental para crescer, para o conjunto crescer. Quando recebo um paciente com uma tomografia que veio de fora eu nem leio, na maioria das vezes, porque aqueles

que já vão examinar pelo diagnóstico que está ali, têm grandes chances de errar (Médico - hospital privado).

Na UTI, do hospital público, foi observado um procedimento com equipamento de tecnologia de ponta, realizado por uma enfermeira e um médico. A enfermeira fez a aspiração oro-traqueal do paciente; o médico intensivista acompanhou, fazendo ausculta pulmonar e discutindo o procedimento com a enfermeira; a enfermeira manuseava um jogo de diversos cateteres ligados ao soro e ao monitor cardíaco; os dois profissionais conversavam sobre o funcionamento do aparelho, sobre o que era preciso fazer para obter o dado correto; o médico manuseava o monitor cardíaco e a enfermeira colocava soluções nos cateteres, informando ao médico as suas ações para que, no momento exato, o médico, que estava acionando o aparelho, pudesse prepará-lo para fazer a leitura. O trabalho foi do tipo cooperativo, realizado por trabalhadores qualificados, que demonstravam ter conhecimentos semelhantes sobre o dado que estavam procurando e sobre o funcionamento dos equipamentos, além de terem habilidade técnica.

Outras situações exemplificam a identificação do trabalho nas unidades de terapia intensiva, especialmente no que diz respeito ao uso de equipamentos de tecnologia de ponta, com o trabalho parcelado e menos qualificado.

É preciso ter maior conhecimento para manusear esses aparelhos e, nem todos os trabalhadores de saúde, possuem esse conhecimento. O pessoal de enfermagem é treinado, apenas, para usar os aparelhos (Médica UTI - hospital público).

O computador que usamos é tão simples que qualquer um consegue usá-lo, é só treinar, sempre se faz a mesma coisa (Enfermeira chefe de unidade - hospital privado).

O médico faz o gerenciamento da assistência de saúde, delegando atividades parcelares a outros profissionais de saúde, que desenvolvem o seu trabalho com alguma autonomia profissional, mas submetendo-se ao controle do processo realizado pelos médicos. No hospital privado, para prestar assistência a pacientes que precisam de respiradores estão envolvidos médicos, enfermeiros, outros trabalhadores de enfermagem e fisioterapeutas. O médico decide sobre o uso ou não do respirador, decide sobre os parâmetros de ventilação que o paciente receberá e decide sobre a hora da extubação (que o paciente está em condições de respirar sem auxílio mecânico). A enfermeira instala o respirador, o fisioterapeuta também pode programar o respirador, mas é o médico que dá a última palavra, podendo mudar a decisão do fisioterapeuta. Enfermeiros e fisioterapeutas disputam o espaço para realizar a extubação do paciente, que é decidida pelo médico.

O fisioterapeuta manuseia o aparelho mas não tem autonomia. [...] A enfermagem tem tido conflito com a fisioterapia porque eles querem autonomia em aspectos relativos ao cuidado, por exemplo, a extubação, querem chegar e decidir que vão extubar o paciente e fazer isso sozinhos, sem a presença da enfermeira e a gente quer a presença da enfermeira (Enfermeira CTI, hospital privado).

Quem regula o respirador é o médico intensivista. Decide o quanto ele quer de ventilação. O monitor cardíaco não precisa de regulagem, a enfermagem coloca no paciente, localiza os eletrodos e liga o aparelho. Os dados do monitor são copiados pela enfermagem para uma ficha do paciente. O médico olha no monitor ou pede para a enfermagem os dados que precisa (Enfermeira UTI - hospital público).

Nogueira, diz que a incorporação de determinadas tecnologias no atendimento de saúde promove uma ampliação da divisão parcelar do trabalho, seja pelo aparecimento de novas especialidades, produzindo novos serviços e tipos de unidades, seja redistribuindo tarefas. As mais simples e mais numerosas são atribuídas ao pessoal de nível médio e elementar, e, aos de nível superior,

principalmente aos médicos, são atribuídas as funções mais complexas. Os médicos "assumem a gerência administrativa e o comando técnico do trabalho dos auxiliares, além de sua normatização e supervisão; as funções mais fáceis ficam para o pessoal auxiliar que as executam em cumprimento a normas de trabalho mais ou menos rígidas" (Nogueira, 1987, p. 15-16). No entanto, esta pesquisa mostra que o uso de equipamentos de tecnologia de ponta não tem, como única direção, a ampliação da divisão parcelar do trabalho, pode, também, ter como consequência um trabalho mais qualificado e cooperativo.

A maioria dos equipamentos de tecnologia de ponta não é propriedade dos profissionais de saúde que os utilizam. Esses equipamentos são muito caros, sendo impossível que cada médico disponha da multiplicidade de equipamentos sofisticados que necessita como instrumental de trabalho, além disso, esses equipamentos precisam de condições especiais para funcionamento, e de trabalho profissional contínuo, o que não é atendido pelo trabalho médico.

Nas unidades estudadas, dos dois hospitais, os equipamentos de tecnologia de ponta são propriedade do hospital, mas eles, também, podem ser propriedade de grupos privados, que instalam seus equipamentos dentro de hospitais públicos ou privados (esta última situação foi mencionada por entrevistados mas não dizia respeito às unidades estudadas). Os médicos dependem do proprietário dos equipamentos para que o seu trabalho se realize, bem como os proprietários dos equipamentos precisam do trabalho médico para colocá-los em funcionamento.

Quando os instrumentos são explorados privadamente, dentro de hospitais públicos ou privados, os donos dos instrumentos podem comprar a força de trabalho assalariada, de médicos, de outros profissionais de saúde e de trabalhadores que desenvolvem atividades de apoio, determinando o preço do produto (que é o exame ou o procedimento), o valor pago à força de trabalho que realizará o exame e o tipo de relação de trabalho (assalariado, pagamento por procedimento ou por período de trabalho). Essa relação envolve sobre-trabalho com extração de mais-valia para reproduzir o capital investido, caracterizando uma relação tipicamente capitalista.

Existem muitos equipamentos novos, em termos de cirurgia de próstata, para tratamento de cálculo renal, e outros. Apesar da equipe da urologia insistir, o hospital não pode comprar. Alguns grupos não médicos compraram esses equipamentos e passaram a explorar os pacientes, os médicos, a enfermagem e demais profissionais, quando esses equipamentos deveriam ser adquiridos pelo Estado. Existem equipamentos desse tipo em diversos municípios do estado, são propriedade de grupos particulares - não médicos, que compram e colocam dentro dos hospitais, particulares ou públicos. Um grupo ou instituição privada compra um aparelho de explodir cálculo, uma ressonância magnética e coloca dentro de um hospital, explora privadamente o uso dos aparelhos, ficando com o lucro. O médico recebe parte do valor cobrado pelo exame, mas, fica dependente da empresa que é proprietária do equipamento. O hospital deixa colocar o equipamento, paga luz, dá infra-estrutura e não ganha com isso - esse é um problema muito sério. Os hospitais públicos deveriam ter esses equipamentos de tecnologia de ponta, permitindo levar a toda a população os benefícios da tecnologia moderna. Pois um cidadão aposentado, idoso, que recebe R\$ 70,00 / mês, nunca poderá pagar os US 2 000,00 ou 3 000,00, que os grupos privados cobram para utilizar o aparelho de vaporizar a próstata. Os riscos da vaporização da próstata são muito menores do que uma cirurgia aberta; a recuperação é muito mais rápida e permite que o paciente vá para casa, em pouco mais de 24 horas. Como a recuperação é rápida, é possível atender um número maior de pacientes. Esses aparelhos facilitam o trabalho médico (Médico - hospital público).

### 3.4 NOVAS TECNOLOGIAS E O EMPREGO EM SAÚDE

A bibliografia que trata do mercado de trabalho e das características da força de trabalho em saúde, aponta o crescimento do setor e do emprego na

área, bem como, a bibliografia que mostra o crescimento do emprego, no setor terciário da economia, também, aponta o crescimento do setor saúde.

O setor terciário da economia, no Brasil, cresceu de 23,72 % da População Economicamente Ativa em 1940, para 45,7 % em 1980 e esse crescimento verificou-se, mais intensamente, nas chamadas atividades sociais<sup>76</sup>, nas quais está incluído o setor saúde. Essas atividades correspondiam a 1,69 % do setor terciário em 1940 e cresceram para 6,95 % em 1980, quase quadruplicaram, enquanto as demais atividades que compõem o setor terciário, cresceram de 22,13 % em 1940, para 38,74 % em 1980 (Nogueira, 1987a). A Pesquisa Nacional por Amostra Domiciliar, Brasil -1990, mostra, que, na década de 80, o setor de serviços continuou crescendo , chegando a 54,5 % da população ocupada, em 1990 (Saboia, 1992).

O número de trabalhadores em atividade nos estabelecimentos hospitalares, no Brasil, de 1977 a 1978, aumentou 8,17 %, em apenas um ano (Nogueira, 1987a, p. 18), e, o total da força de trabalho em saúde no Brasil, quase duplicou, entre 1970 e 1980 (Nogueira, 1987b, p. 22; Núcleo de Estudos de Recursos Humanos em Saúde ENSP/FIOCRUZ, 1987, p. 25).

Nos anos 70, já se verificava o uso de equipamentos de tecnologia de ponta no setor saúde mas ao longo dos anos 80, e, principalmente, nesta década, ocorreu uma intensificação. Alguns equipamentos tornaram-se mais

---

<sup>76</sup> - No Anuário Estatístico do Brasil, 1981, quando trata da distribuição da população economicamente ativa nos setores da economia, coloca como uma das atividades que compõem o setor terciário, as atividades sociais, as quais incluem a saúde, a educação e as atividades comunitárias (Nogueira, 1987).

precisos e eficientes e outros tiveram a sua utilização ampliada, como, por exemplo, os computadores.

Os respiradores, por exemplo, ficaram mais silenciosos e conseguem dar uma melhor assistência ventilatória aos pacientes; os monitores cardíacos são mais modernos e, além de monitorar o eletrocardiograma, são capazes de monitorar a respiração, a pressão arterial e a saturação de oxigênio. Estes e outros equipamentos fornecem mais dados sobre o estado clínico do paciente auxiliando em intervenções precoces e mais seguras, beneficiando o paciente, e, ao mesmo tempo, facilitando o trabalho dos profissionais de saúde.

Nestes 3 anos de trabalho na UTI, os equipamentos continuam, basicamente, os mesmos mas alguns se modernizaram como as bombas de infusão, que tem diversos sistemas: algumas tem memória guardando os dados, enquanto outras, no momento da troca os dados são perdidos, precisando reprogramar todo o equipamento novamente (Técnica de enfermagem UTI - hospital público).

Em termos de aparelhos, os que existiam nas UTIs, em 1970, são os mesmos que temos hoje, só que com algumas melhorias, ficaram mais eficientes, pelo avanço dos conhecimentos técnico-científicos (Médico, UTI do hospital público).

Nos dois hospitais estudados, nos últimos 10 anos, intensifica-se o uso de tecnologia de ponta, e, no mesmo período, aumenta a força de trabalho, em número e qualificação.

Entre 1986 e 1995, o número de funcionários do hospital público estudado quase duplicou (passou de 585 funcionários para 1007). Nesse mesmo período, houve uma expansão dos serviços prestados pelo hospital, dentre eles, os que usam equipamentos de tecnologia de ponta. Por exemplo, aumentaram os leitos de UTI, de 5 para 14, sendo que, atualmente, 10 estão em funcionamento, além disso foram criados os serviços de tomografia computadorizada e ultra-



sonografia. A partir de 1991, aumentou o número de enfermeiros lotados na UTI, na Emergência e na Neurologia, para garantir o atendimento, destes profissionais, nas 24 horas. Com isso, aumenta a proporção de trabalhadores de enfermagem qualificados.

Na década de 80, o hospital privado se moderniza. Segundo alguns entrevistados, nesse período, o hospital investe em tecnologia de ponta, ao mesmo tempo que aumenta significativamente o número de trabalhadores e a sua qualificação. Nos anos 90, ocorre um incremento no investimento tecnológico, além de existir a decisão atual, do hospital, de tornar-se um serviço de excelência, pelo uso de tecnologia avançada. Não foi possível obter dados de evolução, no tempo, do contingente geral da força de trabalho, o que permitiria uma análise mais precisa, mas, alguns dados parciais, auxiliam a reflexão:

- a) um auxiliar de enfermagem que trabalha no CTI, há 16 anos, diz que, durante esse tempo de trabalho, o número de leitos se manteve (14 leitos) e o número de pessoal de enfermagem aumentou, ao mesmo tempo que, nos últimos anos, se intensificou o uso de tecnologia de ponta;
- b) o sistema de informatização do hospital foi implantado em 1991 e até o momento da pesquisa, em 1995, não tinha ocorrido redução da força de trabalho;
- c) segundo uma farmacêutica do hospital, em 1993, aumentou o número de farmacêuticas (de 2 para 3), devido ao aumento de trabalho, quando as quimioterapias e nutrições parenterais passaram a ser preparadas pelos

farmacêuticos. Segundo essa mesma informante, com a implantação da informatização não houve redução do número de funcionários da farmácia mas se tivesse sido mantido o sistema antigo, talvez, fosse necessário o dobro de pessoal para dar conta do trabalho atual. Não houve redução numérica da força de trabalho, mas, com o mesmo número de pessoas, foi possível realizar mais atividades;

d) de 1980 para cá, o número de fisioterapeutas aumentou de um (1) para 22.

Comparando-se as unidades clínicas com as de terapia intensiva, verifica-se que o segundo tipo de unidades usa mais intensivamente equipamentos de tecnologia de ponta e um contingente maior de força de trabalho. Esse dado, no entanto, não é um bom indicativo, pois as necessidades de atendimento nas unidades de terapia intensiva são bastante diferentes das necessidades das unidades básicas.

Os dados gerais, sobre o setor saúde e os específicos, relativos aos hospitais estudados, apontam um crescimento contínuo do número de empregos no setor, de modo que o uso de tecnologia avançada não teve como consequência, até hoje, a diminuição de postos de trabalho. Essa situação difere da encontrada nas empresas da produção material em que a bibliografia aponta que a automação e o processo de reestruturação têm diminuído postos de trabalho.

Refletindo sobre esses dados, Nogueira, conclui que, freqüentemente, a introdução de novas tecnologias na prática assistencial em saúde, não acarreta economia da força de trabalho e justifica:

Os novos equipamentos e procedimentos, não são substitutivos dos antigos métodos, porque não se trata de uma mudança na forma de prestar o serviço, mas da criação de um novo tipo de serviço. Isso ocorre particularmente no campo do diagnóstico das doenças, em que a cada dia surgem inovações que tomam mais acurado o veredicto final sobre o processo patológico em curso. Assim, as novas tecnologias vão engendrando uma série que é, ao mesmo tempo, a representação histórica da evolução do conhecimento aplicado ao diagnóstico das doenças e o leque efetivo das alternativas de que se dispõe para chegar ao diagnóstico final, indo dos meios mais simples (estetoscópio, tensiômetro) aos mais complexos (aparelho de ultra-sonografia, tomógrafo computadorizado) (Nogueira, 1987a, p. 15).

Para Nogueira, esses instrumentos modernos geram novas unidades de serviço, limitando-se a melhorar o diagnóstico, sem significar uma melhoria no tratamento ou diminuição do tempo de permanência do paciente sob os cuidados médicos.

No entanto, o campo de utilização dos equipamentos de tecnologia de ponta, também, se amplia, passando a ser utilizados, de modo mais intensivo, no campo do tratamento das doenças. Além de auxiliarem na investigação diagnóstica, permitem a realização de procedimentos menos invasivos e expõem os pacientes a riscos menores, bem como, tem diminuído a necessidade da permanência em hospitais.

No hospital privado, foi recentemente inaugurado o "day-clinic", que consiste na assistência prestada, apenas durante o dia, a pacientes que foram submetidos a cirurgias ou outros procedimentos terapêuticos, ou de investigação, os quais precisam de um curto período de acompanhamento profissional intensivo. Esse sistema de hospital-dia permite que a instituição preste

assistência com uma redução significativa de custos. Não envolve trabalho noturno, diminuindo, principalmente, o contingente de trabalhadores de enfermagem, e dos que desenvolvem atividades de apoio, com isso são reduzidos os custos com o trabalho. A curta permanência em internação hospitalar se torna possível, em função do uso de tecnologia, a qual torna os procedimentos menos invasivos e menos lesivos ao indivíduo.

No hospital privado, verifica-se uma tendência de intensificação da terceirização com externalização de partes do processo assistencial. Com isso, fecham-se postos de trabalho, especialmente na enfermagem e nas demais atividades de apoio. O trabalho que era desenvolvido por esses trabalhadores na empresa-mãe, passa a ser desenvolvido por outra empresa que presta serviços ao hospital e que contrata pessoal segundo critérios próprios<sup>77</sup>. Não se pode dizer que houve uma redução de empregos, mas houve, certamente, uma mudança redistributiva da oferta de emprego e uma mudança nas condições, e, provavelmente, nas relações de trabalho. Os trabalhadores perdem direitos conquistados na empresa-hospital original ou ficam desempregados, pois as empresas que assumem a execução do trabalho externalizado decidem sobre a contratação da força de trabalho. A luta sindical fica mais difícil, porque os trabalhadores estão submetidos às diversas condições de trabalho contratadas

---

<sup>77</sup> - A jornada de trabalho da enfermagem, no hospital privado estudado, é de 36 horas semanais e foi uma conquista da categoria mas nada garante que essa jornada será mantida pelas novas empresas prestadoras de serviço. É bem provável que os trabalhadores de enfermagem, contratados por essas empresas, venham a cumprir a jornada estabelecida na CLT - de 44 horas semanais. No hospital privado, existe a decisão de terceirizar todo o trabalho desenvolvido nos serviços que compõem o Centro de Diagnóstico por Imagem, o qual inclui a enfermagem (citado no Capítulo 1 da Parte II).

pelas empresas que compõem a rede, o que torna os trabalhadores mais vulneráveis.

Este estudo, obviamente, não serve para mostrar as alterações no conjunto do emprego em saúde no Brasil em função do uso das novas tecnologias, mas, mesmo pesquisando especificamente esse dado, é preciso considerar que a avaliação da redução, ou não, do nível de emprego, pelo uso de tecnologia de ponta, é bastante difícil. Pode haver diminuição da contratação de trabalhadores qualificados mas pode aumentar o número de trabalhadores de nível elementar. Pode haver diminuição da necessidade de força de trabalho em um serviço que usa tecnologia de ponta, mas, pode haver aumento de contratação para atendimento em unidades básicas ou em novos hospitais, em outras regiões do país.

A expansão ou retração da oferta de serviços de saúde depende, também, da definição das políticas públicas. Pode diminuir a necessidade de um tipo de atendimento, mas aumentar a necessidade de outro tipo, uma vez que o Brasil é um país de dimensões continentais e o quadro de morbi-mortalidade da população contempla uma gama de doenças típicas do subdesenvolvimento (como as doenças carenciais, as infecciosas e parasitárias e as resultantes da falta de assistência e do mau atendimento) e um quadro diversificado de doenças típicas dos países desenvolvidos relacionadas ao processo de industrialização e urbanização e com o envelhecimento da população. Desse modo, o uso de tecnologia de ponta pode até reduzir postos de trabalho, como no setor industrial,

mas no conjunto do emprego em saúde essa situação pode não se verificar, até num prazo bastante longo.

## CONCLUSÕES

Considerando-se o quadro teórico definido, que mostra o trabalho em saúde como parte de uma totalidade, que é histórica e socialmente determinada. E, considerando-se que os dois hospitais brasileiros, nos quais foi feita a pesquisa, são representativos das instituições de saúde que prestam de uma boa assistência, e, que, apesar dos dados da pesquisa dizerem respeito aos locais estudados, é possível fazer algumas generalizações. Sistematizei algumas hipóteses explicativas do processo de trabalho em saúde, no Brasil, e de como o processo de reestruturação produtiva está influenciando o setor. Tratam-se de considerações preliminares que precisam ser reavaliadas, e aprofundadas frente a novos estudos:

- a) no conjunto dos trabalhos humanos, o trabalho em saúde tem características especiais. Localiza-se no campo do trabalho em serviços e diferencia-se da produção material industrial e do trabalho no setor primário da economia, desde a emergência do modo de produção capitalista até este final de século. Como os demais trabalhos humanos, tem sido influenciado pelas mudanças tecnológicas e pelos modos de organização do trabalho vigentes nos setores mais dinâmicos da economia. Foi influenciado pelos princípios da "organização científica do trabalho", e, atualmente, está sendo influenciado, em parte, pelas inovações tecnológicas;
- b) o trabalho assistencial em saúde é um tipo especial de serviço que é consumido no momento que é produzido e que pode ser prestado de diversas

maneiras: - na forma de serviço que é oferecido no mercado, diretamente pelo produtor ao consumidor, - na forma de trabalho coletivo prestado em instituições públicas ou privadas, envolvendo trabalho assalariado e trabalho autônomo, - na forma de trabalho coletivo desenvolvido por uma rede de empresas que realizam parte do processo de trabalho em saúde, cooperando para a produção do serviço em si;

- c) os serviços de saúde, quando organizados como instituições privadas, seguem a lógica do que Claus Offe chama de serviços comerciais, e, só funcionam se a relação custo/benefício for favorável aos proprietários. Organizam-se e têm características de uma empresa capitalista;
- d) os serviços públicos de saúde fazem parte do sistema de proteção social de cada país e a decisão de criação, de ampliação, ou, de redução dos mesmos, bem como, a definição de políticas sociais, resulta da dinâmica do jogo político, o qual é um processo multideterminado. Depende da dinâmica da economia, do saneamento econômico do Estado nacional e das unidades federadas e da capacidade dos grupos e classes fazerem valer, em cada momento, os seus interesses;
- e) os serviços de saúde fazem parte das atividades imprescindíveis para a vida em sociedade, e, quando os custos envolvidos na sua produção passam a ser inviáveis, economicamente, não existe "um" caminho tendencial a ser seguido e diversas saídas são possíveis, como: a introdução de inovações tecnológico-organizacionais; a redução da força de trabalho; a redução da força de



trabalho qualificada; a redução de salários; a precarização das relações de trabalho; a externalização, dentre outras. A implementação, de uma ou outra medida, ou de um conjunto delas, depende de diversos fatores como, os conhecimentos disponíveis, as regras jurídico-legais, as relações de trabalho acordadas ou impostas, bem como, da capacidade dos diversos grupos e classes sociais fazerem valer os seus interesses.

Quando essas medidas não são suficientes, no caso dos serviços privados, se não houver outras formas de injeção de recursos públicos ou privados, os serviços podem simplesmente fechar, como ocorre nas demais empresas capitalistas. Os serviços rentáveis são mantidos e a responsabilidade sobre o oferecimento dos serviços não rentáveis, mas que são essenciais, passa para a sociedade em geral e para os governos, em particular. Nos hospitais privados, os serviços que não são rentáveis são fechados, ou, são mantidos dentro da instituição, se o Estado pagar pelo serviço, e, desde que seja gerador de novos serviços rentáveis. Por exemplo, o atendimento a doenças que precisam de tratamentos muito longos e caros, as quais não são cobertas pelos convênios de saúde.

Se o problema da elevação dos custos de produção e manutenção, está ocorrendo nos serviços públicos, a opção por uma ou outra estratégia de racionalização, bem como, as decisões sobre investimentos e rumo dos investimentos, dependem de múltiplos fatores como, a visão política da instituição, a política governamental relativa à saúde, implementadas pelos governos, os interesses das diversas categorias profissionais, considerando-

se o peso político das mesmas e a capacidade de suas organizações em influenciar decisões. Dependem, também, da capacidade das organizações sindicais e políticas, dos trabalhadores em geral, e das organizações representativas dos clientes, de fazerem valer as suas demandas;

f) os modelos de sistemas de saúde do mundo todo, sejam públicos, privados ou mistos, apresentam uma série de problemas de múltiplas causas, no entanto, a tendência nas sociedades desenvolvidas e nas que defendem princípios de solidariedade e igualdade entre os homens, é de reconhecer a saúde como um direito de cidadania e garantir a assistência básica em oposição à lógica da privatização e comercialização do setor<sup>78</sup> ;

g) no Brasil, especialmente a partir dos anos 80, estabeleceu-se uma disputa em relação à definição de diretrizes políticas para o campo da saúde. De um lado, estão as forças que defendem o direito à saúde e à vida, representadas pelos setores organizados dos trabalhadores de saúde, por entidades representativas dos trabalhadores e pelos demais movimentos organizativos das forças populares. De outro lado, estão os interesses do setor privado, o qual defende o exercício privado das práticas de saúde e sua regulação pelo mercado, mas, deseja continuar se beneficiando de recursos públicos, seja pelo financiamento direto, mantendo-se como fornecedor de serviços para o

---

<sup>78</sup> - Campos, diz que os Sistemas Públicos de Saúde são socialmente superiores a alternativa liberal (independente de estarmos falando dos EUA ou dos países de terceiro mundo). Que só o sistema público cria a possibilidade de equidade e da utopia do direito à saúde e da proteção à vida, independentemente da renda ou status social. Enquanto que o sistema liberal é assentado na lógica do mercado, não é organizado segundo os riscos de adoecer e, sim, segundo a capacidade de comprar serviços (Campos, 1991, p. 27-36).

Estado, seja buscando benefícios na forma de isenção de impostos. O resultado é que, apesar dos avanços, em termos de arcabouço legal, em direção à universalização da assistência, na prática, verifica-se o predomínio dos interesses do setor privado impedindo a implementação dos princípios constitucionais;

h) Com o *welfare state keynesiano*, do pós-guerra, ampliam-se os serviços de saúde a toda a população nos países capitalistas desenvolvidos e, no Brasil, a partir dos anos 60, amplia-se a estrutura de assistência social do Estado brasileiro, incluindo, educação, saúde e habitação. No entanto, no Brasil, nunca se verificou um *welfare state* do tipo social-democrata, como nos países capitalistas desenvolvidos e, até hoje, permanece uma profunda desigualdade social. No que diz respeito à saúde, neste final de século, apenas uma pequena parcela da população tem condições de consumir serviços de alta qualidade técnica e equipados com os recursos da tecnologia moderna de base microeletrônica. A grande maioria fica com a rede pública e privada mal equipada, atendida por trabalhadores mal remunerados e desinteressados, prestando uma assistência de má qualidade;

i) a assistência aos problemas de saúde-doença é organizada como um trabalho profissional exercido por múltiplos agentes. Mantém algumas das características vigentes, quando da estruturação dessas profissões, ao mesmo tempo que a organização capitalista do trabalho penetra no setor, influenciando o funcionamento das instituições assistenciais e as formas de organização e gestão do trabalho em saúde. Algumas características do

trabalho artesanal permanecem até hoje, e, no trabalho dos diversos profissionais de saúde, não se verifica uma completa expropriação da concepção do trabalho e os profissionais mantêm "certo" controle sobre o seu processo de trabalho;

- j) atualmente o trabalho em saúde é, majoritariamente, um trabalho institucionalizado, realizado em hospitais, e, também, em espaços ambulatoriais ou em unidades diagnósticas. Os serviços de saúde, públicos e privados, independentemente do seu grau de complexidade, têm uma finalidade essencial que é a prestação da assistência de saúde.

O ato assistencial resulta de um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde e por diversos profissionais ou trabalhadores treinados que realizam uma série de trabalhos internos à organização, não específicos de saúde. São diversas atividades que, também, são necessárias a outras instituições e empresas da produção material como as atividades administrativo-gerenciais e a ampla gama de atividades de apoio.

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 de funções vitais, ou para controlar a evolução do estado clínico do paciente. Decide, também, sobre a internação e a 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 ritmo de seu trabalho, avalia o resultado e, na modalidade autônoma, decide sobre o preço do 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. A assistência é fragmentada, resultante de um trabalho parcelado e compartimentalizado, ao mesmo tempo que mantém algumas características do trabalho do tipo artesanal;

k) o avanço dos conhecimentos em saúde, o aumento da população e a ampliação da complexidade dos problemas, torna necessária uma intervenção, cada vez mais complexa, gerando instituições de grande porte, com especialização em unidades e serviços diversos. Surgem novas profissões e especializações dentro das profissões. A hegemonia do positivismo como paradigma de ciência, influencia, profundamente, a forma de produzir conhecimentos em saúde e de organizar o trabalho assistencial, resultando em enorme fragmentação do homem, dificultando a sua percepção como totalidade individualizada, que tem uma história de vida, que tem emoções e interesses, que participa de grupos e tem uma inserção social que lhe dá possibilidades distintas de adoecer e de ter acesso a recursos para tratamento.

Assim, apesar dos avanços do conhecimento no campo da biologia da anatomia, da fisiologia, da microbiologia, da genética e da engenharia genética, bem como a invenção de instrumentos e equipamentos tecnológicos, que ampliam as condições de entendimento do funcionamento do corpo humano, permitindo a realização de diagnósticos mais precisos e a prestação de cuidados mais eficientes, este modelo assistencial fragmentado tem se mostrado incapaz de compreender e enfrentar problemas complexos e multideterminados. O que aponta para a necessidade de ruptura com a fragmentação do conhecimento e da prática assistencial, em direção à interdisciplinaridade, para pensar problemas e implementar medidas terapêuticas;

l) neste final de século, em função de vários indicativos de falência desse modelo tradicional de assistir em saúde, e, da ampliação do reconhecimento de que é preciso repensar o modelo assistencial hegemônico, percebem-se algumas iniciativas, mesmo que muito elementares, no sentido de romper com a excessiva fragmentação do trabalho. Na pesquisa de campo apareceram algumas iniciativas que podem ser destacadas:

- a implantação, no hospital privado, da metodologia de "assistência integral de enfermagem", que rompe, em parte, com o parcelamento de tarefas, do sistema tradicional de "cuidados funcionais". Os cuidados integrais, permitem que o trabalhador de enfermagem recupere, em parte, a compreensão do processo assistencial que a execução de tarefas parcelares dificulta. Essa metodologia, também reforça a necessidade de maior qualificação do pessoal

de enfermagem. Ela não é uma novidade e já vinha sendo utilizada, há muitos anos, nas Unidades de Terapia Intensiva ( tanto no hospital público quanto no privado). Nessas unidades a gravidade do doente exige um trabalho mais profissional, de atenção constante à evolução do quadro clínico e conta com uma melhor relação numérica, trabalhadores / doentes, permitindo a aplicação dos "cuidados integrais". O enfermeiro também presta assistência direta mas mantém, nas suas mãos, o gerenciamento da assistência de enfermagem. Diminui a hierarquia no trabalho mas não diminui a hierarquia salarial e de poder dos enfermeiros sobre a equipe de enfermagem. Nas demais unidades do hospital público, a organização do trabalho assistencial de enfermagem é por tarefas, de base mais taylorista. A opção, na instituição privada, pela organização do trabalho de uma forma mais integradora, possibilitando uma melhor compreensão do processo assistencial, por parte de quem o executa, mostra que, para o capital e para a administração das instituições, do mesmo modo que para as empresas da produção material o que importa é a garantia do controle sobre os trabalhadores e o retorno financeiro para a instituição. Independentemente da forma que o trabalho é organizado e da estratégia utilizada para obter maior rendimento do trabalho,

- o surgimento, no hospital privado, de grupos interdisciplinares, seja para estudo dos problemas seja para a prestação da assistência, onde os problemas de cada cliente são avaliados por diversos profissionais de cooperam para decidir o diagnóstico e as formas de intervenção,

- a implantação, nos dois hospitais, das Comissões e Serviços de Controle de Infecção Hospitalar. Tem uma composição multidisciplinar e intervém em todos os setores de funcionamento da instituição, buscando integrar a contribuição do trabalho, de todos, no resultado assistencial. É significativo o reconhecimento do trabalho destas comissões e o respeito às suas decisões, no conjunto das instituições,
  - o surgimento, mesmo que incipiente, de medidas para controle da qualidade da assistência,
  - a implantação, na unidade clínico-cirúrgica do hospital privado, da folha única de evolução, que possibilita uma visão de conjunto das diversas avaliações profissionais sobre o cliente,
  - o direito à acompanhante e a visitas, sem restrições de horários, na unidade clínico-cirúrgica do hospital privado, que possibilita um melhor atendimento das necessidades de relacionamento interpessoal dos clientes.
- m) as relações de trabalho encontradas, nos dois hospitais, são múltiplas:
- trabalho autônomo - no qual o profissional tem controle sobre o ritmo e preço do seu trabalho, apesar dos constrangimentos institucionais e legais. Caracteriza a prática liberal e ocorre nos dois hospitais estudados, sendo que esta é a relação de trabalho predominante entre os médicos do hospital privado. No hospital privado, essa modalidade, também, foi encontrada no trabalho do fonoaudiólogo,



- prestação de serviço - profissionais, grupos cooperativos, ou empresas, podem ter contrato de prestação de serviço com as instituições,
  - assalariamento - é a relação de trabalho majoritária, com diferenciações entre as diversas categorias profissionais. As duas instituições diferem no que diz respeito a garantia de emprego, nível salarial e jornada de trabalho,
  - precarização das relações de trabalho - contratos temporários ou contratos para realização de atividades especiais, sem as garantias trabalhistas que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição. Encontrado nos dois hospitais, em pequeno número mas pode aumentar. As instituições públicas e privadas, visando a diminuir os custos com a produção dos serviços, podem optar por formas de redução dos gastos com a remuneração da força de trabalho;
- n) as novas tecnologias de base microeletrônica são utilizadas no trabalho assistencial em saúde e penetram no setor de forma desigual. São encontradas, predominantemente, em instituições privadas e públicas, de médio e grande porte, considerados como "de ponta" no setor, ou, como hospitais e serviços de referência de alta complexidade. Esses hospitais, centros de investigação diagnóstica, laboratórios de análises clínicas ou clínicas especializadas, localizam-se, geralmente, nas regiões mais desenvolvidas, sul e sudeste do país, nas quais existe um maior contingente de pessoas capazes de consumir privadamente esses serviços e nas quais as

demais camadas da população conseguem ter maior expressão política para exigir serviços públicos de melhor qualidade.

Os dois hospitais estudados, utilizam equipamentos de tecnologia de ponta, sendo que o hospital privado usa, mais intensivamente, esses equipamentos do que o hospital público. O hospital privado é mais pressionado pela concorrência para disputar, no mercado, essa clientela "especial". Para esses hospitais, a agilidade na resolução dos problemas, seja pela capacitação dos profissionais, seja pela eficácia dos equipamentos, é fundamental para satisfazer e conquistar clientes. Assim, o hospital é todo informatizado e conta com uma estrutura de manutenção, de compra de medicamentos e de equipamentos, muito mais ágil e menos burocratizada que o hospital público. O hospital público está amarrado à burocracia estatal que centraliza a distribuição de recursos e controla os mecanismos de compra de equipamentos, material e medicamentos. Ao mesmo tempo, os recursos públicos dependem de decisões políticas em todas as esferas de governo.

o) o uso intensivo, de tecnologia de ponta no setor saúde, até o presente momento, não resultou em aumento do desemprego. Ao contrário, tem acrescentado postos de trabalho<sup>79</sup>. Isso se explica porque a utilização desses equipamentos não substitui o trabalho humano de investigação, avaliação e

---

<sup>79</sup> - Drucker (1995), aponta que o mercado de serviços de saúde é um dos que está em expansão. Que em 1929, quando terminou o primeiro levantamento de custos do atendimento médico nos EUA, essa área movimentava o equivalente a 1 % do PNB, em 1995, a cifra tinha crescido para 14 %, de um PNB muito maior. Que o nível de emprego nos países desenvolvidos, nos últimos 20 anos subiu principalmente no setor saúde e, esse crescimento não se refere apenas aos médicos, abrange profissionais das áreas de apoio, que operam técnicas e tecnologias de todos os tipos: diagnóstico por imagem, ultra-som, laboratório, aparelhos respiratórios, assistência social, psiquiatria, etc.

decisão sobre a terapêutica e tratamentos de forma geral. Não substitui os cuidados, bem como, para 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 auto-serviço, a médio prazo pode ocorrer uma redistribuição do emprego em serviços e a longo prazo poderá ocorrer mudanças na tendência atual de crescimento do emprego em saúde;

p) o uso de tecnologia de ponta exige uma melhor qualificação dos trabalhadores para manuseio desses equipamentos, ao mesmo tempo que aprofunda a divisão entre trabalho manual e intelectual, podendo aumentar o uso de

trabalho desqualificado. Os dados disponíveis não foram suficientes para avaliar mudanças no perfil da qualificação profissional da força de trabalho em saúde, em consequência do uso de tecnologia de ponta;

- q) considerando-se que o objetivo central das instituições privadas é o lucro, elas são mais pressionadas para reduzir custos e são mais influenciadas pela estratégia de terceirização, que está sendo utilizada pelas indústrias. Assim o hospital privado, estudado, está muito mais influenciado pela terceirização do que o hospital público. O hospital privado constitui-se numa rede de serviços autônomos envolvidos na prestação da assistência de saúde. Além disso, há uma decisão institucional de investir na terceirização.

No hospital público, a discussão sobre terceirização está presente mas a estrutura é, basicamente, verticalizada, sem perspectiva, a curto prazo, de investimento intensivo na terceirização. Nas duas instituições, o processo de terceirização está ocorrendo sem um debate sobre o que é central no processo de trabalho em saúde, e o que pode ser terceirizado, bem como, não existe um acompanhamento com avaliação do impacto da terceirização na qualidade da assistência prestada;

- r) nos dois hospitais estudados, como nas instituições de saúde em geral, a estrutura de poder é centralizada, não há participação dos trabalhadores de saúde e de suas representações nas instâncias decisórias, bem como, não existe participação de representantes dos usuários. Além disso, não existem indicativos de mudanças substantivas em direção à consideração dos

pacientes como clientes, que têm direito a decidir sobre seu corpo e sua vida, que têm direito a entender o que está se passando com eles e a optar pelo tratamento que acharem mais conveniente. No hospital privado os pacientes são mais clientes, porque trata-se de uma clientela com maior poder aquisitivo, e que pode optar pelo serviço que considerar melhor. Isso força a instituição e os profissionais, a procurarem satisfazê-los, pois, sem clientes para consumir, o serviço fecha. Em relação ao hospital público, os pacientes são "mais pacientes", porque, na maioria das vezes, não têm alternativa de escolha, precisando submeter-se às regras da instituição, ou ficar sem atendimento;

s) a organização do trabalho coletivo em saúde é vista como dada, como se não fosse uma construção humana, localizada historicamente, e passível de reavaliação, considerando-se a sua capacidade de solucionar problemas. Essa situação dificulta uma intervenção mais consciente, dos trabalhadores e de suas organizações, na definição de um modelo assistencial mais adequado para o atendimento das necessidades de saúde da maioria da população.

Compartilho das idéias de que os serviços de saúde devem estar voltados para o atendimento das necessidades da população, devem ser de qualidade e acessíveis a todos, envolver todos os níveis de complexidade, respeitar o homem na sua individualidade e integralidade e como ser social, não apenas como corpo biológico, contar com profissionais qualificados, valorizados e bem remunerados, conscientes de suas responsabilidades e que potencializem as suas especificidades profissionais num eficaz, criativo e solidário trabalho em equipe.

Esses princípios não são compatíveis com a lógica da privatização, bem como para adequar o serviço público a uma assistência deste tipo são insuficientes medidas administrativas racionalizadoras e lutas por melhores condições de trabalho. É preciso, também, repensar o saber hegemônico, o modo como é desenvolvido o trabalho em saúde e o atual modelo de gestão.

As conclusões deste trabalho são uma contribuição ao entendimento do processo de trabalho em saúde, bem como apontam possibilidades. A realidade é vista como uma construção humana e, portanto, os profissionais de saúde e a sociedade estão desafiados a repensar e interferir na construção de um modelo assistencial que atenda às necessidades do conjunto da população.

## ANEXO 1 - ROTEIRO PARA CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

(Entrevista com dirigentes, administradores e chefias)

### 1- Identificação.

Entrevistado:

Nome da Instituição:

Endereço:

Data:

Principais Contatos:

Telefone/s para Contato:

### 2- Estrutura administrativa e gestão.

- Descreva a política de gestão da instituição e do serviço.
- Instâncias decisórias: composição; processo de escolha dos membros e funcionamento;
- Como é feita a escolha das chefias ( o seu cargo e os que compõe o serviço)?
- Houve mudanças na política de gestão nos últimos 5 anos? Se houve diga quais foram.
- Se houve mudanças na política de gestão diga porque foram implementadas.
  - ( ) Agente externo (Universidade, órgão governamental, OMS, OPS, outro);
  - ( ) Reivindicação dos trabalhadores da instituição. Especifique como se deu esse processo;
  - ( ) Reivindicação de entidades associativas e sindicais dos trabalhadores de saúde. Especifique quais e como se deu esse processo;
  - ( ) Reivindicação dos usuários. Especifique como se deu esse processo (pesquisa feita pela instituição, mecanismos de manifestação direta dos usuários, reivindicação de entidades associativas e/ou sindicais);
  - ( ) Outra. Qual?

### 3- Descreva a política ou modelo assistencial da instituição e do serviço.

3.1- Qual é o objetivo geral do trabalho e como a instituição e o serviço pensam que deve ser feita essa assistência?

3.2- Descreva, em linhas gerais, como é organizado o trabalho nos setores que você trabalha:

- Que atividades são desenvolvidas? Como é organizado e dividido o trabalho?
- Qualificação profissional e categorias profissionais envolvidas. Funções desempenhadas;
- Em relação a assistência de saúde, prestada pelos diversos profissionais. Qual é o papel de cada um e como é decidido que tarefas cabem a cada grupo de trabalhadores? Como é coordenado o trabalho assistencial global e por quem (coordenação por setores ou grupos e a coordenação geral do trabalho institucional)?

3.3- Qual a visão da instituição, do serviço e a sua, sobre o usuário?

- ( ) Passivo, recebe o que a instituição decide;
- ( ) É o elemento central para o trabalho institucional, tem papel decisório na política assistencial. Neste caso como se dá esta participação? Há participação das entidades populares e sindicais representativas dos usuários?
- ( ) Outra. Qual?

3.4- Qual a visão da instituição sobre os trabalhadores de saúde.

- ( ) Executores das decisões administrativas;
  - ( ) Participantes ativos de todas as decisões que envolvem o processo assistencial e em todas as etapas de planejamento, execução e avaliação. Neste caso descreva como isso se dá.
  - ( ) Outra. Qual?
- Houve mudanças, na política assistencial, nos últimos 5 anos? Qual/s? Porque?



#### 4- Sobre avaliação da assistência.

4.1- O serviço tem uma política de avaliação da produtividade e da qualidade da assistência? Descreva qual é, como funciona e como foi definida. Mudou nos últimos 5 anos? Em caso positivo, diga quais foram as mudanças e porque?

4.2- Como você avalia a assistência prestada pelo serviço? Aponte os principais problemas existentes na assistência, causa dos mesmos e sua sugestão de soluções.

4.3- Você acha que a assistência prestada satisfaz as necessidades dos clientes? Justifique.

4.4- Existe algum mecanismo de avaliação da satisfação do usuário? Como funciona e qual opinião dos mesmos sobre a assistência recebida?

4.5- Existe algum mecanismo de avaliação da satisfação dos trabalhadores da saúde com o seu trabalho? Qual é e como funciona?

#### 5- Investimentos, destinação da arrecadação e gestão dos recursos.

a) Quem e como se decide sobre investimentos, ampliações (da planta física, da assistência, de recursos humanos) mudanças estruturais (terceirização, investimento em outros campos) e destinação dos recursos arrecadados?

b) Como são geridos os recursos arrecadados?

#### 6- Dados sobre a assistência e população atendida.

- Caracterize a população-alvo: área geográfica de abrangência da instituição; é responsável pelo atendimento de que contingente populacional; que tipo de clientela (características culturais, renda, escolaridade, trabalho, condições de vida e saúde).

- Houve mudanças em relação a população-alvo, nos últimos 5 anos? Qual? Porque?
- Essas características da população-alvo influenciam o modelo e prática assistencial da instituição?
  - ( ) Sim. Porque?
  - ( ) Não. Porque?
- A instituição e o serviço levam em consideração essas características da população-alvo para planejar a assistência prestada? Exemplifique.

7- Informações sobre a força de trabalho:

7.1- Número de trabalhadores por categoria profissional, escolaridade e vínculo com a instituição - no serviço: 1989 / 1995.

- Salário e jornada de trabalho por categoria profissional.

7.2- Existe política institucional sobre controle de acidentes de trabalho? Existe sistema de registro dos casos, avaliação e política de acompanhamento, existe órgão responsável pelo controle de acidentes de trabalho? Se existe citar qual e descrever o funcionamento. Favor fornecer estatística de acidentes dos últimos 5 anos.

8- Política da instituição em relação a estrutura física e equipamentos disponíveis.

8.1- Qual a política da instituição em relação ao investimento tecnológico? Descreva qual é, e como é definida.

- Seu serviço ou local de trabalho utiliza tecnologia de ponta? Os novos equipamentos foram introduzidos nos últimos 5 anos?
- A introdução destes novos equipamentos influenciou o seu trabalho? De que maneira? Pontos positivos (facilitou o trabalho?) e negativos? Sugira soluções para os problemas apontados.

- Reflexos sobre a força de trabalho: Diminuiu o número de postos de trabalho? Aumentou? A máquina substituiu o trabalho humano? Aumentou a produtividade do trabalho? Consequências para trabalhadores e pacientes e instituição.

8.2- Qual a política da instituição em relação a estrutura física própria mínima, terceirização e relação com outras instituições (referência e contra-referência).

8.3- Processo de aquisição de equipamentos. Como é feito? Solicitação de quem, quem decide e quem paga?

8.4- Sistema de manutenção:

Descreva como é feito o processo de manutenção. Preventivo, com verificação periódica? Apenas corretivo? Avalie o sistema de manutenção da instituição, apontando os principais problemas.

( ) Tem serviço próprio.

( ) Contrata serviços de terceiros;

( ) Recebe assistência técnica dos fornecedores.

Fale sobre acidentes de trabalho com o manuseio ou manutenção de equipamentos. Dados disponíveis.

9 - O serviço acompanha os debates internacionais sobre política de saúde, pesquisas tecnológicas e debates técnico-científicos? Tem participado de encontros, congressos e outros eventos técnico-científicos? Quais nos últimos 5 anos?

**ANEXO 2 - ROTEIRO DE ENTREVISTA - PROCESSO DE TRABALHO**

1- Identificação.

Data:

Nome da Instituição:

Endereço:

1.1- Entrevistado:

Idade:

Sexo:

1.2- Situação familiar:

- ( ) Casado ou vive com companheiro/a;
- ( ) Tem filhos. Quantos?
- ( ) Não tem filhos;
- ( ) Tem outros dependentes que não filhos. Quantos?
- ( ) Solteiro, responsável pelo seu auto-sustento;

1.3- Formação.

Profissão:

Escolaridade:

Ano da formatura:

Cursos de Pós-graduação (concluídos ou cursando atualmente):

1.4- Atividades desenvolvidas.

Local de trabalho nesta instituição:

Há quanto tempo trabalha nesta instituição?

Modo de ingresso nesta instituição:

- ( ) Concurso público;
- ( ) Indicação. De quem?
- ( ) Outra. Qual?

Teve algum treinamento quando entrou na instituição? ( ) Não. ( ) Sim.

Especifique qual:

Há quanto tempo trabalha na área da saúde? Que funções já desempenhou?

2- Refletindo sobre a assistência prestada ao paciente/cliente, na sua instituição.

2.1- Você presta assistência direta ao cliente? Em que unidade/s?

2.2- Descreva as tarefas que você realiza normalmente na sua jornada de trabalho diária.

2.3- Que outros profissionais/trabalhadores prestam assistência direta ao paciente/cliente? Enumere dizendo qual é a formação de cada um?

2.4- Como é dividida a assistência? Qual é o papel de cada um?

2.5- A equipe de saúde mudou nos últimos 5 anos?

( ) Não.

( ) Sim. Porque? O que mudou? As mudanças tiveram influência na assistência? Quais?

- Sobre o atendente de enfermagem. Existe o cargo na instituição? ( **Só para a enfermagem** )

( ) Sim. Que atividades ele desempenha?

( ) Não. A partir de que data deixou de ser contratado pela instituição? Quem decidiu a mudança e porquê? Houve mudanças na política de contratação ou nas atividades desempenhadas a partir de 1986 ( Nova Lei do Exercício Profissional da Enfermagem 7498/1986)?

2.6- Descreva, de modo geral, como é prestada a assistência - o modelo assistencial da instituição.

- 2.7- Existe alguma forma de planejamento da assistência? Como é feita e por quem? Tem participação dos trabalhadores da saúde e dos usuários? Você acha importante planejar a assistência? Porque?
- 2.8- Quem faz e como é feita a coordenação do trabalho coletivo - do trabalho em equipe? Em que espaço/ situações ocorre a integração da assistência? No prontuário? Em encontros de equipe? Outros?
- 2.9- Quem decide sobre as tarefas que você deve realizar? Com base em que? Legislação profissional? Normas da instituição? Quem formula? Com que critérios? Tarefas e rotinas são rígidas? É comum fazer mudanças para obter um melhor resultado (para atender necessidades do trabalhador, do cliente ou da direção/administração da instituição)?
- 2.10 - Quem decide sobre a sua atuação em determinado local de trabalho? O trabalho é exercido sempre no mesmo local? Há rotatividade dentro da instituição?
- ( ) Não.
- ( ) Sim.
- Quem decide? Atende apenas às necessidades da instituição? Atende às necessidades dos trabalhadores/funcionários? Atende às necessidades dos usuários?
- 2.11- O trabalho de outros influencia no seu trabalho? Aspectos positivos e negativos. Para o resultado assistencial, existe predominância do trabalho de um desses profissionais sobre o trabalho dos demais?
- 2.12- As regras ou normas gerais de funcionamento da instituição influenciam o seu trabalho? Como? Enumere pontos positivos e negativos. Aponte sugestões aos problemas identificados.

2.13- Os usuários tem poder (ou o direito) de decidir mudanças na assistência recebida nesta instituição? Em caso positivo, diga como isso ocorre. Em caso negativo, porque não ocorre?

- Qual a sua visão sobre o paciente/cliente? (Deve, basicamente, respeitar as regras estabelecidas pela instituição ou é o elemento central da assistência e deve ter papel decisório na política assistencial)

2.14- Aponte os problemas em relação a forma como é planejada e prestada a assistência de saúde e os problemas em relação ao modo de realização do seu trabalho. Sugira soluções. Teve alguma mudança, nos últimos 5 anos? Quais? Porque?

3- Concepção do processo de trabalho ( entendendo trabalho humano como a ação transformadora sobre um objeto, realizada por meio de instrumentos de trabalho, ação consciente, que tem um projeto).

3.1- Objeto de Trabalho:

a) do profissional (do entrevistado) -

b) dos trabalhadores de saúde -

c) as características do objeto influenciam no seu processo de trabalho?

(  ) Não. Porque? (  ) Sim. De que modo?

3.2- Instrumentos de Trabalho:

a) do profissional (do entrevistado) -

b) dos trabalhadores de saúde -

3.3- Finalidade do Trabalho (para que):

a) do profissional (do entrevistado) -

b) dos trabalhadores de saúde -

3.4- Produto do Trabalho:

- a) do profissional (do entrevistado) -
- b) dos trabalhadores de saúde -

4- Seu papel no processo de trabalho.

4.1- Relação com os instrumentos de trabalho. Quais dos seus instrumentos de trabalho são sua propriedade? Que problemas você identifica, na utilização dos instrumentos de trabalho e suas sugestões para resolvê-los.

4.2- Controle sobre o processo de trabalho.

a) É feita avaliação do produto do seu trabalho (considerando produtividade e qualidade)? Quem faz? De que maneira?

( ) Você não sabe se é feita, nem como.

( ) É feita pelos administradores ou chefes gerais ou direção da instituição. Como é feita? Com participação dos profissionais/trabalhadores de saúde? Sim ( ) Não ( ). Quais participam e de que maneira?

( ) É feita pelo grupo de sua categoria profissional. É feita só pelas chefias ou há participação dos trabalhadores envolvidos? Há participação do cliente paciente?

( ) É feita pelo grupo (equipe) envolvido na assistência em cada unidade assistencial. De que maneira? Existem instrumentos formais? Existe sistematização dos resultados? Há participação dos clientes/pacientes?

( ) Outra forma. Qual?

b) Aponte os problemas, que você identifica, em relação a avaliação da assistência prestada. Aponte sugestões de solução.

c) Você tem algum tipo de controle sobre seu ritmo de trabalho?

( ) Sim. De que forma?

( ) Não. Quem determina?

d) Você identifica problemas em relação ao controle do seu ritmo de trabalho? Quais? Sugira soluções.



e) Você tem alguma influencia na determinação do ritmo de trabalho de outros trabalhadores da saúde?

( ) Não.

( ) Sim. De que forma? Eles participam do processo ou não?

**5- Novas tecnologias e reflexos na assistência, na forma como o trabalho é realizado.**

5.1- O seu local de trabalho utiliza equipamentos de tecnologia de ponta? Os novos equipamentos foram introduzidos, nos últimos 5 anos?

5.2- A introdução de tecnologia de ponta influenciou o seu trabalho? ( ) Não.

( ) Sim. Como e porque? Teve algum reflexo sobre o resultado assistencial? Aponte aspectos positivos e negativos. Aponte sugestões aos problemas identificados.

5.3- Justificativa da instituição para a introdução de novas tecnologias. Quais? Por decisão de quem? Problemas em relação a forma de decisão para a introdução de novas tecnologias e sugira soluções.

5.4- Reflexos sobre a força de trabalho: Diminuiu o número de postos de trabalho?

A máquina substituiu o trabalho humano? Manteve o mesmo número sem aumentar o número de atendimentos? Aumentou numericamente a força de trabalho? Consequências para os trabalhadores de saúde e para os pacientes/clientes?

6- Sobre a participação nas entidades de classe ou representativas de categorias profissionais.

6.1- Você participa de alguma entidade de classe?

( ) Não. Porquê?

( ) Sim. Qual (sindicato, associação)? Nome da/s entidade/s.

6.2- Existe representante sindical ou associativo na sua instituição? De qual entidade? Sua avaliação sobre atuação do representante.

6.3- Que tipo de participação?

( ) Filiação.

( ) Filiação com contribuição regular.

( ) Participação em atividades associativo/sindicais :

( ) congressos/encontros/seminários técnico-científicos - quantos nos últimos 5 anos?,

( ) assembleias, congressos ou outra instância deliberativa.

( ) participação na direção ou representação no local de trabalho Cite o cargo. Foi eleito?

6.4- Teve alguma atividade reivindicatória na instituição nos últimos 5 anos?

( ) Não. Porquê?

( ) Sim. Qual/s? Motivos.

( ) Você participou? De que forma? Quais eram as reivindicações? Foram atendidas? Cite quais.

( ) Como a instituição e as chefias enfrentaram o movimento reivindicatório? Como você avalia a postura assumida pela instituição? Como você acha que deveria ser?

6.5- Como você avalia a participação das entidades nos últimos movimentos reivindicatórios realizados? Que papel as entidades representativas dos trabalhadores de saúde deveriam ter na instituição? (Só de defesa dos interesses trabalhistas ou participar de decisões mais amplas em relação a assistência).

7- Sobre características gerais da instituição: tipo de população atendida, relação da instituição com outras e com o SUS, terceirização.

7.1- População (pacientes/clientes) atendida (relação econômica com o usuário):

( ) particulares - pagamento direto pelos serviços;

( ) particulares-convênios. Quais?

( ) população em geral, sem remuneração direta, como parte da atenção pública assegurada pelo Estado;

7.2- A forma de remuneração dos serviços prestados tem influência sobre o seu processo de trabalho.

( ) Não tem influência.

( ) Tem influência. Qual/s? Positivas e/ou negativas.

7.3- População-alvo da instituição. Percentual da população que tem cobertura assistencial da instituição. Que população (área ou região do município/estado)?

7.4- Características da população-alvo:

- Características culturais, renda, escolaridade, trabalho, condições de vida e saúde.

- Essas características da população influenciam o seu processo de trabalho? De que maneira?

- Você acha que essas características da população deveriam ser levadas em consideração na definição do "como" prestar assistência ? Em caso positivo, qual a sua sugestão.

7.5- Relação da instituição com outras instituições da saúde:

a) Participa de algum sistema ou mecanismo de referência e contra-referência com outras instituições assistenciais? ( ) Não. Porque? ( )

Sim. Descreva como se dá essa relação. ( Mecanismo de captação, encaminhamento e acompanhamento de pacientes/clientes).

b) Integra o SUS? ( ) Não. ( ) Sim. Neste caso caracterize o papel e posição da instituição no SUS.

7.6- Existem setores da instituição que estão sendo terceirizados?

- ( ) Não. A instituição dispõe de todos os setores que precisa e os mantém.
- ( ) Sim. Quais, nos últimos 5 anos? Porquê? Quem decidiu? O processo de terceirização influencia na assistência, no seu trabalho e no resultado? Cite aspectos positivos e negativos.

7.7- A instituição está em processo de expansão? Que setores/atividades estão previstas para serem implantadas?

8- Condições de trabalho.

8.1- Vínculo empregatício com a instituição:

- ( ) Assalariado. De que tipo? ( ) CLT; ( ) Estatutário;
- ( ) Presta serviços e recebe pelos serviços prestados - autônomo. Neste caso, que critérios você utiliza para decidir o valor do seu serviço?
- ( ) É assalariado de uma empresa que presta serviços, em setor terceirizado pela instituição;
- ( ) Acionista, participa do grupo de proprietários;
- ( ) Outro. Qual? Especifique.

8.2- Seu vínculo empregatício ou relação trabalhista mudou nos últimos 5 anos?

- ( ) Sim. Neste caso especifique o quê e porquê.
- ( ) Não.

8.3- Salário:\_\_\_\_\_. Sua opinião sobre o salário e política salarial da instituição:

8.4- Você trabalha em outro local, além desta instituição? Qual/is?

- Especifique a carga horária e renda, em cada um dos outros trabalhos:
- Sua renda mensal total (incluindo o salário ou renda desta instituição) é:  
Porque você tem mais de um emprego ou trabalho?
- Existe relação entre os seus diversos locais de trabalho? (     ) Não. (     )  
Sim. Qual?

8.5- Qual é a sua jornada de trabalho (diária, semanal, mensal, finais de semana)?

- Sua opinião sobre a jornada de trabalho e sobre a sistemática de definição de folgas e férias:

8.6- Benefícios garantidos pela instituição, quais?

8.7- Existe plano de carreira ou mecanismos de valorização e ascensão dentro da empresa? Como funciona? Pontos positivos e negativos. Sugestões para resolução dos problemas.

8.8- Sugira soluções para problemas em relação a salário, jornada e benefícios.

8.9- Segurança no trabalho: A instituição fornece material para auto-proteção? É suficiente? Existem mecanismos de avaliação da segurança e riscos no trabalho? Em caso positivo, há participação dos trabalhadores neste processo? Existe órgão de controle e avaliação da segurança no trabalho? Se existe quem participa, como é a sua estrutura e que tipo de trabalho realiza? Existem dados sistematizados sobre acidentes de trabalho na instituição?

8.10- Você já teve algum acidente de trabalho ou doença decorrente do exercício do seu trabalho? Como aconteceu? Que medidas foram tomadas por você e

pela Instituição? Que sugestões você tem para enfrentar os problemas relativos a acidentes e doenças do trabalho.

8.11- Porque você trabalha nesta instituição?

- Está satisfeito com o seu trabalho?

- Pretende continuar na profissão e na atividade que exerce atualmente?

( ) Sim.

( ) Não. Porque?

9- Organização e gestão do trabalho.

Considerando a organização geral da instituição:

9.1- Você sabe se existe e/ou conhece o organograma, estatuto, regimento e/ou regulamento? Quem decidiu sobre a sua formulação? Existe participação dos trabalhadores na sua formulação ou processo de reformulações? Houve mudanças nos últimos 5 anos? Quais e porque?

9.2- Instâncias decisórias. Você sabe quais são e como funcionam? Os trabalhadores da saúde e usuários participam das mesmas com poder de decisão?

9.3- Você sabe como são escolhidas as direções e chefias (desde a direção geral até as chefias por setor) ? Dê a sua opinião sobre pontos positivos e negativos do modo de escolha. Sugira melhorias.

9.4- Você sabe como é feita a arrecadação financeira da instituição? Como são geridos esses recursos? Como são utilizados? Quem tem controle sobre eles?

9.5- Você sabe se a instituição recebeu algum tipo de certificado ou reconhecimento formal por organismos nacionais ou internacionais pela qualidade da assistência prestada? Quais? Quando?

9.6- Na sua avaliação que problemas existem em relação a gestão (estrutura administrativa, instâncias decisórias). Sugira soluções.

10- Atualização, produção técnico-científica.

10.1- Participação em encontros técnico-científicos, congressos, seminários ou outros, nos últimos 5 anos. ( ) Não. Porque? ( ) Sim. Quais?

10.2- Sobre consulta de livros e outras publicações técnicas atualizadas. Existem disponíveis na instituição?

( ) Não.

( ) Sim. Você utiliza?

- Periodicidade de consulta de publicações técnico-científicas neste ano, na instituição ou em outras bibliotecas ou instituições (especificando a periodicidade e seus locais habituais de pesquisa/consulta)

- Você tem alguma assinatura de revista técnico-científica? Qual/s?

10.3- Você tem textos, pesquisas, livros ou outro tipo de trabalho científico, de sua autoria, elaborado nos últimos cinco anos? Foram apresentados em encontros científicos, em encontros de trabalho na instituição? Foram publicados? Quais?

10.4- Participação em atividades de atualização realizadas pela instituição. Quantas nos últimos 5 anos? Quais neste ano?

10.5- Problemas em relação a possibilidades de capacitação, produção científica, participação em eventos técnico-científicos e em cursos de formação técnica e pós-graduação.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. O saber de enfermagem e sua dimensão prática. São Paulo: Cortez, 1986.

\_\_\_\_\_. O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1991. 279 p. Tese (Livre-docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

ALMEIDA, M. H. T. O sindicalismo entre a conservação e a mudança. In: Sociedade e política no Brasil pós-64. São Paulo: Brasiliense, 1983.

ALRIES. A empresa dos anos 90 deve investir na especialização. Folha de São Paulo, 2 out. 1995. Folha Management, n.8 - fascículos especiais.

ALVES, Delvaír de Brito. Mercado e condições de trabalho da enfermagem. Salvador: [s.n.], 1987.

AMADEO, Edward, DeDECCA, Cláudio Salvadori, PIRES, Elson Luciano Silva. Reestruturação produtiva e mercado de trabalho. Cadernos de Pesquisa - CEBRAP. São Paulo: CEBRAP / DESEP-CUT, n. 1, p. 29-59, jun. 1994.

ANDERSON, Perry. Teoria, política e história: um debate com E. P. Thompson. Madrid: Siglo XXI, 1985.

ANDERSEN, Gosta Esping (editor/org.). Changing classes: stratification and mobility in post industrial societies. London: Internacional Sociological Association, 1993. 261p.

ANTUNES, Ricardo. O que é sindicalismo. São Paulo: Brasiliense, 1980.

\_\_\_\_\_. O novo sindicalismo. São Paulo: Brasil Urgente, 1991.

- \_\_\_\_\_. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 2. ed. São Paulo: Cortez / Unicamp, 1995.
- BEYNON, Huw. Do as you' re told' : what strategy of labour ? In: Working for Ford. 2. ed . Middlesex : Peguin Books, 1984. p. 369-398.
- BERNARDES DE OLIVEIRA, A . A evolução da medicina até o início do século XX. São Paulo: Pioneira, 1981.
- BRAVERMAN, Harry. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- BURAWOY, Michael. A transformação dos regimes fabris no capitalismo avançado. Revista Brasileira de Ciências Sociais. São Paulo, n. 13, p. 29-50, jun. 1990.
- CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In: CAMPOS, Gastão W. de S, MERHY, Emerson Elias, NUNES, Everardo Duarte. Planejamento sem normas. São Paulo: HUCITEC, 1989. p. 9-31
- \_\_\_\_\_. A saúde pública e a defesa da vida. São Paulo: HUCITEC, 1991.
- \_\_\_\_\_. Reforma da reforma: repensando a saúde. São Paulo : HUCITEC, 1992.
- CAPRA, Fritjof. O ponto de mutação. São Paulo: Cultrix, 1982.
- CAR, Márcia Regina. Da aparência à essência: a práxis assistencial dos trabalhadores da Liga de Hipertensão Arterial. São Paulo: USP, 1993. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1993.
- CARVALHO, Guido Ivan de, SANTOS, Lenir. Sistema Único de Saúde: Comentários à Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90 e Lei 8.142/90). 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1995.

- CARVALHO, Ruy de Quadros, SCHMITZ, Hubert. O fordismo está vivo no Brasil. Novos Estudos CEBRAP, São Paulo, n. 27, p. 148-156, jul. 1990.
- CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira. Inventando a mudança no hospital: o projeto "Em Defesa da Vida" na Santa Casa do Pará. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994a. p 187 - 234.
- \_\_\_\_\_. Contribuições para uma teoria da mudança no setor público. In: CECÍLIO, Luiz Carlos de Oliveira (Org.). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC, 1994b. p. 235 - 334.
- CLARK, Simon. New utopias for old: fordist dreams and post-fordist fantasies. Capital and Class, London, n. 42, p. 131-155, 1990.
- COHEN, G. A. Resposta ao artigo "marxismo, funcionalismo e teoria dos jogos" de Jon Elster. Lua Nova, São Paulo, n. 20, p.179-195, maio, 1990.
- COMTE, Auguste. Curso de filosofia positiva e outros escritos. São Paulo: Victor Civita, 1983. (Coleção Os Pensadores).
- COSTA, Nilson do Rosário. Lutas urbanas e controle sanitário: origem das políticas de saúde no Brasil. Petrópolis: Vozes/ABRASCO, 1985.
- COUTINHO, Maurício C., SALM, Claudio. Previdência social. In: BACHA, Edmar, KLEIN, Herbert S. (Orgs). A transição incompleta: Brasil desde 1945. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. V. 2. Desigualdade social, educação, saúde e previdência.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENFERMAGEM. O exercício da enfermagem nas instituições de saúde do Brasil 1982 / 1983: força de trabalho em enfermagem. Rio de Janeiro: [s.n.], 1985, V. 1.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEn - 189. Rio de Janeiro, 27 mar. 1996.
- DIEESE. Os Trabalhadores Frente a Terceirização. São Paulo, maio de 1993. Pesquisa DIEESE. n. 7.
- DONNANGELO, Maria Cecília F. Saúde e sociedade. São Paulo: Duas Cidades, 1976.
- DRAIBE, Sônia; HENRIQUE, Wilnês. "Welfare state", crise e gestão da crise: um balanço da literatura internacional. Revista Brasileira de Ciências Sociais, São Paulo, v. 3, n. 6, p. 78, fev. 1988.
- DRAIBE, Sônia. Brasil: o sistema de proteção social e suas transformações. Santiago, Chile, 1992. 98 p. Mimeo. Seminário Regional sobre Reformas de Política Pública - CEPAL.
- \_\_\_\_\_. As políticas sociais brasileiras: diagnósticos e perspectivas. In: Para a Década de 90 - Prioridades e perspectivas de políticas públicas. Brasília: IPEA / IPLAN, 1990.
- DRUCKER, Peter. Conheça quem não é seu cliente e descubra os novos mercados. Folha de São Paulo, 14 ago. 1995. Folha Management, Suplemento Especial, n.1.
- EDWARDS, Richard. The social relations of production at the point of production. The Insurgent Sociology, Eugene, v. 8, n. 2/3, p. 109-125, 1978.
- ELSTER, Jon. Marxismo, funcionalismo e teoria dos jogos: argumentos a favor do individualismo metodológico. Lua Nova, São Paulo, n.17, p. 163-204, jun. 1989.
- FALCÃO, Daniela. Situação do Brasil piorou, aponta a ONU. Folha de São Paulo, 18 jun. 1996. Caderno 1 - Brasil, p. 6.

FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Dicionário Aurélio básico da língua portuguesa. São Paulo: Nova Fronteira, 1995.

FERREIRA, Cândido G., HIRATA, Helena, MARX, Roberto et al. Alternativas sueca, italiana e japonesa ao paradigma fordista: elementos para a discussão do caso brasileiro. Campinas, 1991. Mimeo. (Cadernos do CESIT. Texto para discussão n. 4).

FOUCAULT, Michel. História de la medicalización. Educación Médica e Salud, v. 11, n. 1., p. 36-58, 1977.

\_\_\_\_\_. Microfísica do poder. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

\_\_\_\_\_. O nascimento da clínica. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

GARCIA, Juan César. Medicina e Sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: NUNES: Everardo Duarte (Org.). Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo: Global, 1983. p. 97 - 132.

GERMANO, Raimunda M. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. São Paulo: Cortez, 1984.

GONÇALVES, Ricardo Bruno Mendes. O processo de trabalho em saúde. São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1988. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP, 1992. Mimeo.

GORZ, André. Crítica da divisão do trabalho. São Paulo: Martins Fontes, 1980

\_\_\_\_\_. Adeus ao proletariado. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

HALL, Oswald. The stages of a medical career. The American Journal of Sociology. Chicago, v. 53, n. 5, p. 327 - 336, mar. 1948.

HARASZTI, M. Worker in a worker's state. Harmondsworth: Pequin, 1977.

HELLER, Agnes. Carecimento e Valores. In: Para mudar a vida. São Paulo: Brasiliense, 1982.

JACOBI, Pedro. Movimentos sociais e políticas públicas. São Paulo: Cortez, 1989.

LEITE, Márcia de Paula. O futuro do trabalho: novas tecnologias e subjetividade operária. São Paulo: Página Aberta, 1994.

LORENZETTI, Jorge. A "nova" lei do exercício profissional da enfermagem: uma análise crítica. Brasília, Associação Brasileira de Enfermagem, 1987. p. 14 - 19.

LUZ, Madel T. As instituições médicas no Brasil. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

\_\_\_\_\_. Medicina e ordem política brasileira. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

MATTOSO, Jorge Eduardo L., OLIVERA, Marco Antonio de. Desenvolvimento excludente, crise econômica e desafios do sindicalismo brasileiro. Campinas, 1990. mimeo. (Cadernos do CESIT. Textos para discussão n.1).

\_\_\_\_\_. A desordem do trabalho. São Paulo: Página Aberta / Escrita, 1995.

MARGLIN, Stephen A. Origem e funções do parcelamento das tarefas. In: GORZ, André. Op. cit. p. 41- 43.

MARX, Karl, ENGELS, Friedrich. A ideologia alemã. 3. ed. Portugal/Brasil: Presença/Martins Fontes, [s.d.]. v.1. Cap.1: Feuerbach.

MARX, Karl. Capítulo VI inédito de o capital. São Paulo: Moraes, 1969.

\_\_\_\_\_. Manifesto comunista. Porto Alegre: Villa Martha, 1980.

- \_\_\_\_\_. Manuscritos econômico-filosóficos. In: Textos filosóficos. Lisboa: Edições 70, 1979.
- \_\_\_\_\_. O capital. 8 ed. São Paulo: Difel, 1982a. Livro 1, v.1.
- \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. 1982b. Livro 1, v. 2.
- \_\_\_\_\_. Prefácio de a crítica da economia política. In: Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1974.
- MCGREEVEY, William Paul, PIOLA, Sérgio, VIANNA, Solon Magalhães. Saúde e assistência médica no Brasil a partir dos anos 40. In: BACHA, Edmar, KLEIN, Herbert S. (orgs). A transição incompleta : Brasil desde 1945. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986. v.2. Desigualdade social, educação, saúde e previdência.
- McKENNA, Regis. A revolução da informação fortalece os consumidores. Folha de São Paulo, 21 ago. 1995. Folha Management, suplemento especial, n. 2 , 4 p.
- MÉDICE, André Cezar (org.). Textos de apoio: Planejamento I. Recursos humanos em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: PEC / ENSP - ABRASCO, 1987a.
- \_\_\_\_\_. In: MÉDICE, André Cezar (org.). Textos de apoio: Planejamento I. Recursos humanos em saúde. 1. ed. Rio de Janeiro: PEC / ENSP - ABRASCO, 1987b.
- MELO, Cristina. Divisão Social do trabalho e enfermagem. São Paulo: Cortez, 1986.
- MERHY, Emerson Elias. Brasil pós-64: financiamento e modelos dos serviços de saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa, MERHY, Emerson Elias, NUNES, Everardo Duarte. Planejamento sem normas. São Paulo: HUCITEC, 1989. p. 61-112.
- MILLS, Wright. A nova classe média. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

NUNES, Everardo Duarte. Planejamento sem normas. São Paulo: HUCITEC, 1989. p. 61-112.

MILLS, Wright. A nova classe média. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MINAYO, Maria Cecília. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC / ABRASCO, 1992.

MOISES, José Álvaro. Lições de liberdade e opressão: o novo sindicalismo e a política. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1982.

MONETA, Lina, CHAVES, Lucimara Duarte. "Sistema de assistência de enfermagem integral" na unidade de internação - porque não? Âmbito Hospitalar. São Paulo, v. 6, n.51, p. 44 - 54, jun. 1993.

MONTEIRO, Paula. Magia e pensamento mágico. São Paulo: Ática, 1986.

NELSON, Daniel. Le taylorisme. Paris: La Decouvet, 1984.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Medicina interna e cirurgia: a formação social da prática médica. Rio de Janeiro: UERJ, 1977. Tese (Mestrado em Medicina Social) - Instituto de Medicina Social da UERJ, 1977.

\_\_\_\_\_. A força de trabalho em saúde. Rev Adm Públ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 61-70, jul./set. 1983.

\_\_\_\_\_. A força de trabalho em saúde. In: MÉDICE, André Cezar (Org.) Textos de apoio: Planejamento I. Recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: PEC / ENSP / ABRASCO, 1987a. p. 13-18.

\_\_\_\_\_. Mercado de trabalho em saúde: conceitos e medidas. In: MÉDICE, André Cezar (Org.) Textos de apoio: Planejamento I. Recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: PEC / ENSP / ABRASCO, 1987b. p. 19-23.



NÚCLEO DE ESTUDOS DE RECURSOS HUMANOS EM SAÚDE  
ENSP/FIOCRUZ. A política de recursos humanos em saúde no Brasil nos  
anos recentes. In: MÉDICE, André Cezar (Org.) Textos de apoio:  
Planejamento I. Recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: PEC / ENSP /  
ABRASCO, 1987. p. 24-36.

OFFE, Claus. A democracia partidária competitiva e o welfare state keynesiano:  
fatores de estabilidade e desorganização. Dados. Revista de Ciências  
Sociais, Rio de Janeiro, v. 26, n. 1, p. 29-51, 1983.

\_\_\_\_\_. Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o  
futuro da sociedade do trabalho. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1989. 2 v.  
V.1: A crise.

\_\_\_\_\_. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991. 2 v. V.2 : Perspectivas.

PAIVA, Paulo. Dois anos de Real: a outra visão. Folha de São Paulo, 11 ago.  
1996. Caderno 2 - Dinheiro, p. 2

PETERS, Tom. Conheça os modelos de empresa antes de reinventar a sua.  
Folha de São Paulo, 27 nov. 1995. Folha Management, Suplemento Especial,  
n. 16.

PINOTTI, José Aristodemo. Saúde: a pedagogia da tragédia. Folha de São Paulo,  
7 maio 1996. Caderno 2 - Cotidiano, p.3.

PIORE, M., SABEL, C. The second industrial divide: possibilities for prosperity.  
New York: Basic Books, 1984.

PIRES, Denise. Hegemonia médica na saúde e a enfermagem. São Paulo:  
Cortez, 1989.

\_\_\_\_\_. Debatendo o marxismo : as críticas de Adam Przeworski e Jon Elster.

Campinas, 1992. Mimeo.

POSSAS, Cristina. Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo: HUCITEC, 1989.

\_\_\_\_\_. Saúde e trabalho: a crise da previdência social. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

POULANTZAS, Nicos. Poder político y clases sociales en el estado capitalista. 4. ed. México: Siglo Vientiuno, 1972.

\_\_\_\_\_. As classes sociais no capitalismo de hoje. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

RIBEIRO, Herval Pina (org). Políticas de saúde e assistência médica: um documento de análise. São Paulo: AMB, 1983.

RIBEIRO, José Mendes, SCHARAIBER, Lilia Blima. Sobre o conceito de autonomia e sua aplicação à prática médica enquanto trabalho e serviço. São Paulo, 1994. (No prelo, para publicação na revista "Cadernos de Saúde Pública" da ENSP/FIOCRUZ).

ROEMER, John E. O marxismo da escolha racional: algumas questões de método e conteúdo. Lua Nova. São Paulo, n.19, p.23-36, nov. 1989.

RUGGIERO, Vincenzo. Turin today: premodern society or postindustrial bazaar? Capital and Class. London, n. 31, p. 25-39, spring, 1987.

SABEL, Charles. A mudança de modelos de eficiência econômica e suas implicações para a industrialização no terceiro mundo. In: FOXLEY, A., MCPHERSON, M., O'DONNELL, G. (orgs). Desenvolvimento e política e aspirações sociais: o pensamento de Albert O. Hirschman. São Paulo: Vértice, 1988. p. 53-62.

SABOIA, João. O terciário: um setor em crescimento no Brasil. São Paulo em Perspectiva - Revista da Fundação SEADE - Setor terciário. São Paulo: Parma, 1992, vol. 6, n.3, pg. 25-26, julho/setembro 1992. São Paulo em Perspectiva, 6(3):25-26, julho/setembro 1992.

- SABOIA, João. O terciário: um setor em crescimento no Brasil. São Paulo em Perspectiva - Revista da Fundação SEADE - Setor terciário, São Paulo, v. 6, n. 3, p. 25-26, jul./set. 1992.
- SADER, Eder. Quando novos personagens entram em cena. 2. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1991.
- SALOMON, Marta. Para ONU, Real alterou pouco a miséria. Folha de São Paulo, 18 jun. 1996. Caderno 1 - Brasil, p. 7.
- SCHRAIBER, Lilia Blima. O médico e o seu trabalho: limites da liberdade. São Paulo: HUCITEC, 1993. 229 p.
- SEMLER, Ricardo. Grandes empresas contratam quarterizadoras, que verificam a qualidade dos serviços das terceirizadas. Folha de São Paulo, 19 ago. 1996. Caderno 2 - Negócios, p.11.
- SERVIÇO já é mais da metade do PIB. Folha de São Paulo, 7 maio 1996. Caderno 2 - Folha Dinheiro, p. 1.
- SILVA, Elizabeth Bortolaia. Refazendo a fábrica fordista. São Paulo: HUCITEC, 1991.
- SILVA, Graciete Borges da. Enfermagem profissional: análise crítica. São Paulo: Cortez, 1986.
- SILVA, Pirajá da. In: Von Martius, K.F.P. Natureza, doença, medicina e remédios dos índios brasileiros; 1844. Rio de Janeiro: Nacional, 1938. Coleção Brasileira.
- SINGER, Paul. O capitalismo: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica. 3. ed. São Paulo: Moderna, 1989.
- TAVARES, Maria Conceição, GOMES, Gerson. Modernidade neoliberal e desemprego. In: PARTIDO DOS TRABALHADORES. O (Des)emprego no país do Real. São Paulo: Partido dos Trabalhadores, 1996.

\_\_\_\_\_. A formação da classe operária inglesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

VARELLA, Flávia & PASTORE, Karina. A medicina da ilusão. São Paulo: Abril, 1996. Edição 1443, Ano 29, , n. 19, de 8 de maio de 1996 - Revista Veja.

VILLALOBOS, André; VIOLA, Eduardo; GUILHON-ALBUQUERQUE, J. A. et al. Classes sociais e trabalho produtivo. Rio de Janeiro: Paz e Terra / CEDEC, 1978.

WHITELEY, Richard. Ouvir o cliente é o melhor caminho para o sucesso. Folha de São Paulo, 11 set. 1995. Folha Management - Suplemento especial semanal. n.5 .