



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

José Guilherme Wady Santos

**O COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SUAS INTERFACES COM
A GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM-PA**

BELÉM-PA
2013

José Guilherme Wady Santos

**O COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SUAS INTERFACES COM
A GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM-PA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (UFPA), como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutor em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica Alberto do Espírito Santo.

BELÉM-PA

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da UFPA

Santos, José Guilherme Wady, 1971-
O cotidiano de profissionais de saúde e suas
interfaces com a gestão dos processos de
trabalho em um hospital universitário da Região
Metropolitana de Belém-Pa / José Guilherme Wady
Santos. - 2013.

Orientadora: Maria Angélica Alberto.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do
Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas,
Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais,
Belém, 2013.

1. Hospitais Belém (PA) Administração. 2.
Serviços de saúde - Belém (PA). 3. Sistema Único
de Saúde (Brasil). 4. Hospital Universitário
João de Barros Barreto. I. Título.

CDD 22. ed. 632.11068

José Guilherme Wady Santos

**O COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SUAS INTERFACES COM
A GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM UM HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM-PA**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, do Instituto de Filosofia e Ciências Humanas (UFPA), como parte dos requisitos para a obtenção do Título de Doutor em Ciências Sociais.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Angélica Alberto do Espírito Santo.

Banca Examinadora

Maria Angélica Alberto do Espírito Santo. Profa. Dra. _____
Universidade Federal do Pará (UFPA/PPGCS) - Orientadora

Edila Arnaud Ferreira Moura. Profa. Dra. _____
Universidade Federal do Pará (UFPA/PPGCS) – Examinadora Interna

Ida Lenir Maria Pena Gonçalves. Profa. Dra. _____
Universidade Federal do Pará (UFPA/PPGCS) – Examinadora Interna

Rosa Carmina de Sena Couto. Profa. Dra. _____
Universidade Federal do Pará (UFPA/PPGGP - NAEA) - Examinadora Externa

Túlio Batista Franco. Prof. Dr. _____
Universidade Federal Fluminense (UFF/PPGCS) - Examinador Externo

Andrea Bittencourt Chaves. Profa. Dra. _____
Universidade Federal do Pará (UFPA/PPGCS) – Examinadora Suplente

Maria Cristina Alves Maneschy. Profa. Dra. _____
Universidade Federal do Pará (UFPA/PPGCS) – Examinadora Suplente

Data da defesa: 10/07/2013

Resultado: _____

A quem comigo se encontrou, tem se encontrado e permanecido nesse encontro.

Tem valido a pena. Nossas almas não são pequenas!!!

ANA; simplesmente.

à minha mãe, “Dona” Celina. Tu estás nas entrelinhas deste trabalho. Mais do que nunca... Quem me ensinou muito do que eu *sou*. E como já não bastasse, antes de partir

me ensinou o VERDADEIRO SENTIDO DA PRODUÇÃO DO CUIDADO E

DA VIDA!

AGRADECIMENTOS

à Mariúza, minha irmã. Valeu por me ensinar valores diversos sem pretensão de verdade;

ao sempre desafiante Caique;

à Angélica. Minha *NORTEADORA*. Sentido e vivência de autonomia, às vezes desesperadores. Mas, logo, produtores de mim. Sempre!

aos colegas de turma, mestrado e doutorado. Em especial ao João, Jones, Newton e *Sebastian*. Valeu por tudo!

à Berna, pelas boas gargalhadas;

a todos os profissionais que participaram da pesquisa, e mesmo aos que não o fizeram, por algum motivo... me senti acolhido e percebi o quanto eu deveria observar a mim mesmo enquanto sujeito no/do mundo;

aos Profs. Cristina, Heribert, Ida e Andréa. À Cristina e Heribert, por terem, cada um a seu momento, juntado suas mãos às minhas e delas fazer muito mais do que quatro ou oito – um “inter” - relação intercessora... Para além do presente. À Ida, pela sobriedade e transparência demonstradas nos poucos e potentes encontros. À Andrea. Lembro do dia em que sentamos, ainda *pra* falar da estrutura do pré-projeto, para a seleção. Pois é, conversa animadora e certa!

aos Profs. Túlio Franco e Cristina Soeiro. Por não terem resistido aos meus (des)contatos. E às Profas. Edila Moura e Rosa Carmina. Aos quatro, pelas valiosas contribuições!

aos Profs. do PPGCS, particularmente àqueles que compartilharam saberes que lhes são caros. E que também assim se tornaram para mim... Me vejo com um pé lá e outro cá;

ao Paulo e Rô. Obrigado por tudo;

à bibliotecária Raquel Santos (SESPA), que comigo dividiu seus conhecimentos e seu espaço de trabalho, durante as longas manhãs de verão de 2011;

a alguns dos que têm se colocado contra meu modo de pensar, agir e decidir... eles não sabem o que fazem de mim... E prefiro que não saibam, pois propositadamente poderiam deixar de se colocar desse modo;

À CAPES, pelo incentivo concedido.

Sofrer e chorar significa viver.
Fiodor Dostoievski (1821-1881)

O COTIDIANO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE E SUAS INTERFACES COM A GESTÃO DOS PROCESSOS DE TRABALHO EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM-PA

RESUMO

A reestruturação nos sistemas produtivos na década de 70, nos chamados países de capitalismo avançado, levou ao enfraquecimento do modelo taylorista/fordista, com o crescente desenvolvimento e uso de novas técnicas administrativas. Hoje, a teia tecida naquele momento tem se expandido cada vez mais, inclusive, para áreas mais remotas. Desse modo, todos os setores da economia têm sido atingidos dentro de uma mesma lógica, com a conseqüente expansão do setor terciário, que tem nos serviços uma de suas expressões e inclui a área da saúde.

No Brasil, a proposição e posterior implementação do SUS não deixam de estar atrelados a esse contexto maior, pois desde a sua concepção sofre forte influência dos interesses corporativos de grupos privatistas. Embalada pelos ideais de inovação, eficiência, competitividade, qualidade e modernização da gestão pública, a reforma gerencial de 1995 teve como resultado a flexibilização na gestão de recursos humanos, com conseqüente promoção de um elevado quadro de precarização do trabalho na área.

Atualmente, a reestruturação produtiva tem comparecido, na área da saúde, muito mais pela via das tecnologias não materiais (leve-duras e leves), contexto onde o trabalho vivo em ato exerce supremacia, posto que a produção do cuidado se dá na relação intercessora entre trabalhador-usuário e, por isso, com marcada presença de vinculação afetiva entre eles, característica fundante do trabalho imaterial.

A presente pesquisa objetivou analisar as interfaces entre as práticas de gestão dos processos de trabalho e os modos de produção do cuidado em saúde, buscando refletir sobre como operam os arranjos tecnológicos de gestão no cotidiano de profissionais que atuam no HUIBB, bem como sobre os modos de enfrentamento por eles utilizados frente àqueles arranjos. Participaram da pesquisa 45 funcionários lotados na clínica de doenças infecto contagiosas, bem como a coordenação de recursos humanos e a coordenação clínica da unidade pesquisada. Os primeiros responderam a dois instrumentos de coleta de dados, um socioeconômico e outro composto por questões acerca de suas atividades diárias e por outras relativas à centralidade de algumas esferas da vida, como família e trabalho. Também compuseram o instrumento algumas questões sobre as práticas de gestão dos processos de trabalho realizadas no hospital em geral e na clínica em particular. Os segundos responderam, além do questionário socioeconômico, um roteiro que apresentava questões norteadoras que eram abertas e com algumas delas sendo específicas para cada um desses entrevistados em particular. Também foram realizadas observações não sistemáticas do ambiente de trabalho, cujos registros foram feitos em um diário de campo, bem como análise de alguns documentos de gestão.

Os resultados mostraram a segmentação dos trabalhadores e a fragmentação dos coletivos, com marcada ausência de espaços onde os profissionais pudessem expressar suas dificuldades e discutir possibilidades de resolução das mesmas. Além disso, as práticas de gestão existentes no HU foram avaliadas de modo desfavorável pela

amostra. Os relatos apresentados para ambas as situações denotaram um forte controle dos processos de trabalho, dada a centralização do poder nas mãos das chefias e quase ausência de comunicação horizontal e vertical entre elas. Também denotaram as consequências desfavoráveis que as condições físicas e socioafetivas do trabalho apresentam sobre suas atividades diárias, levando-os à desvinculação/desafetação do outro. Apesar das condições relatadas, quando a centralidade do trabalho foi avaliada, esta ficou atrás apenas da esfera família, com forte relação entre ambas. Nesse sentido, e tendo a centralidade observada como sendo relativa ao trabalho vivo – concreto – e, portanto, operado com certo autogoverno de quem o exerce, considero que a produção do cuidado também está fundamentada na produção e manipulação de afetos próprias do trabalho imaterial, o que parece contribuir para o enfrentamento/subversão dos modos de gestão macro dos processos de trabalho - o que passei a denominar de “rotas-ação” -, que amplia a liberdade dos profissionais na gestão dos próprios atos produtores de saúde.

Palavras-chave: Gestão dos Processos de Trabalho; SUS; Precarização do Trabalho; Tecnologias em Saúde; Trabalho Imaterial; Rotas-ação.

THE DAILY LIFE OF HEALTH PROFESSIONALS AND THEIR INTERFACES WITH THE WORKING PROCESS MANAGEMENT IN A UNIVERSITY HOSPITAL IN THE METROPOLITAN REGION OF BELEM, PA.

ABSTRACT

The restructuring in production systems in the 70s, the so-called advanced capitalist countries, led to the weakening of the Taylorist and Fordist model, with the increasing development and use of new management techniques. Today, the web that was woven in that time has increasingly expanded even to remote areas. Thus, all sectors of the economy have been achieved within the same logic, with the consequent expansion of the tertiary sector, which has the services of its expressions and includes the health area.

In Brazil, the proposal and subsequent implementation of "SUS" no longer be linked to this larger context, because, since its conception, it suffers strong influence of corporate interests of privatizing groups. Developed by the ideals of innovation, efficiency, competitiveness, quality and modernization of public administration, public management reform 1995 has resulted in a more flexible management of human resources, with consequent promotion of high frame precariousness of job in the area.

Currently, productive restructuring has appeared in health, much more by way of non-material technologies (light-hard and soft), the context in which the work in action is supreme, since the production of care occurs in the relationship between intercessory worker and, therefore, with a marked presence of affectionate bonds between them, foundational characteristic of immaterial labor.

This present research aimed to analyze the interfaces between the management practices of work processes and production methods of health care, seeking to reflect on how to operate the technological arrangements in the daily management professionals working in HUIBB as well as on the facing ways used by them compared to those arrangements. There were 45 participants employees based in the infectious diseases clinic, as well as coordination of human resources and clinical coordination unit searched. The first responded to two instruments to collect data, a socioeconomic and another consisting of questions about their daily activities and other related to the centrality of some spheres of life such as family and work. Thys instrument also composed some questions about the management practices of work processes performed in the hospital in general and in the clinical in particular. The second replied, beyond socioeconomic questionnaire, which presented a roadmap guiding questions that were open and some of them being specific to each of these particular respondents. It was also observed no systematic work environment, which were recorded in a diary, as well as analysis of some documents management.

The results show the segmentation of workers and the fragmentation of collectives, with a marked lack of spaces where professionals could express their difficulties and discuss possible solutions of them. Furthermore, the existing management practices were evaluated in UH unfavorably of the sample. The reports presented for both situations denoted a adverse effects of work processes, given the centralization of power in the hands of managers and nearly absence of horizontal and vertical communication between them. It also denoted the adverse effects that the physical and socio affective work have on their daily activities, leading them to untie and disaffection of the other. Despite the reported conditions, when the centrality of work was evaluated, it was only behind the family sphere, with a strong relationship between them. Accordingly, and having observed the centrality as on the real work - concrete - and therefore operated with a certain self-rule of whom exercises it, I

consider that the production of care is also grounded in the production and manipulation of their own affections of immaterial work, which seems to contribute to the facing and subversion of macro management mode of work processes - that I called “path-action”-, and expanded freedom of professionals in the management of their own acts producing health.

Keywords: Management of Business Processes; SUS; Precariousness of Work; Technologies in Health; Immaterial Labor; Path-action.

LISTA DE SIGLAS

ABRAHUE: Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino
ANDIFES: Associação Nacional dos dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior
AIH: Autorização de Internação Hospitalar
APH: Adicional por Plantão Hospitalar
CAPs: Caixas de Aposentadoria e Pensões
CCQ's: Círculos de Controle de Qualidade
CEBES: Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
CEP: Comitê de Ética em Pesquisa
CESUPA: Centro Universitário do Pará
CF: Constituição Federal
CLT: Consolidação das Leis Trabalhistas
CME: Central de Material Esterelizado
CONEP: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CONSUN: Conselho Universitário
CNES: Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNS: Conselho Nacional de Saúde
CNS: Conferência Nacional de Saúde
Conasp: Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária
DAME: Divisão de Atendimento Médico e Estatístico
Deges: Gestão da Educação na Saúde
Degerts: Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde
DIP: Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias
DNSP: Diretoria Geral de Saúde Pública
EBES: Estado de Bem-Estar Social
ENSP: Escola Nacional de Saúde Pública
ESAMAZ: Escola superior da Amazônia
FADESP: Fundação de Amparo e Desenvolvimento à Pesquisa
FGV: Fundação Getúlio Vargas
FIDEPS: Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa
Fiocruz: Fundação Oswaldo Cruz
HUE: Hospital Universitário e de Ensino

HUBFS: Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza
HUIBB: Hospital Universitário João de Barros Barreto
IAC: Incentivo à Contratualização
IAPs: Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS: Instituto Nacional da Previdência Social
LOAS: Lei Orgânica da Saúde
MARE: Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado
MEC: Ministério da Educação e Cultura
MS: Ministério da Saúde
MSPAS: Ministério da Saúde e Previdência Social
Noas: Normas Operacionais da Assistência à Saúde
NOB's: Normas Operacionais Básicas
OMS: Organização Mundial de Saúde
OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde
OS: Organizações Sociais
Oscip: Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
OPAS: Organização Pan-Americana de Saúde
Pais: Programa das Ações Integradas de Saúde
POA: Plano Operativo Anual
POI: Programação e Orçamentação Integrada
PRA: Programa de Racionalização Ambulatorial
PREV-saúde: Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde
PROGEP: Pró-Reitoria de Gestão de Pessoal
REHUF: Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino
RSB: Reforma Sanitária Brasileira
RJU: Regime Jurídico Único
RMB: Região Metropolitana de Belém
RUTE: Rede Universitária de Telemedicina e Telesaúde
SAMHPS: Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social
SESMA: Secretaria Municipal de Saúde
SGTES: Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde
SINTUFS: Sindicato dos Trabalhadores na Universidade Federal do Espírito Santo
Suds: Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS: Sistema Único de Saúde

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UAC: Unidade de Apoio à Cirurgia

UEPA: Universidade do Estado do Pará

UFMA: Universidade Federal do Maranhão

UFPA: Universidade Federal do Pará

UFRGS: Universidade Federal do Rio Grande do Sul

UFSC: Universidade Federal de Santa Catarina

UNACON: Unidade de Alta Complexidade em Oncologia

UNAMA: Universidade da Amazônia

UNIFAP: Universidade Federal do Amapá

UTI: Unidade de Terapia Intensiva

UDM: Unidade de Meningite

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO II

Tabela 01: Distribuição da força de trabalho lotada na DIP.

Tabela 02: Distribuição das entrevistas realizadas dentro do universo da pesquisa.

CAPÍTULO VI

Tabela 03: Distribuição do número de participantes, de acordo com a Renda Mensal.

Tabela 04: Distribuição do número de participantes, de acordo com o Nível de Instrução.

Tabela 05: Distribuição do número de participantes, de acordo com o Tempo na Função.

Tabela 06: Distribuição do número de participantes, de acordo com o Tempo na Função.

Tabela 07: Distribuição do número de participantes, de acordo com o Tipo de Vínculo.

Tabela 08: Distribuição do número de participantes, de acordo com a Existência ou não de Outro Vínculo.

Tabela 09: Distribuição do número de participantes, de acordo com o Tipo de Outro Vínculo.

Tabela 10: Estatísticas descritivas atribuídas à Assiduidade e à Pontualidade.

Tabela 11: Distribuição do número de participantes, de acordo com a Escolha do Vínculo.

Tabela 12: Estatísticas descritivas atribuídas às Esferas da Vida.

Tabela 13: Distribuição do número de participantes, de acordo com a comparação entre as Esferas “Família” e “Trabalho”.

Tabela 14: Estatísticas descritivas da centralidade do Trabalho, por cada categoria profissional pesquisada.

Tabela 15: Distribuição do número de participantes, de acordo com a existência ou não de Espaço Coletivo.

Tabela 16: Distribuição do número de participantes, de acordo com a Avaliação das Condições Físicas do Trabalho

Tabela 17: Distribuição do número de participantes, de acordo com as Influências das Condições Físicas do Trabalho.

Tabela 18: Distribuição do número de participantes, considerando as Condições Socioafetivas do Trabalho.

Tabela 19: Distribuição do número de participantes, considerando a Influência das Condições Emocionais do Trabalho.

Tabela 20: Distribuição do número de participantes, considerando o Modo de Gestão da Unidade.

Tabela 21: Distribuição do número de participantes, considerando o Nível de Conhecimento das Políticas de RH.

Tabela 22: Distribuição do número de participantes, considerando a Avaliação das Políticas de RH.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

CAPÍTULO II

Quadro 01: Caracterização da Infraestrutura do HUIBB.

Figura 01: Imagem aérea do HUIBB.

Quadro 02: Desenvolvimento do Pensamento sobre a Ação Gerencial (Taylorismo).

Quadro 03: Desenvolvimento do Pensamento sobre a Ação Gerencial (Fordismo).

Quadro 04: Desenvolvimento do Pensamento sobre a Ação Gerencial (Produção Flexível - Toyotismo).

SUMÁRIO	Pág.
CAPÍTULO I: Um primeiro encontro	21
I- INTRODUÇÃO	22
I.1- Apenas um dos caminhos de onde parti...	22
I.2- O cenário alargado: <i>Chãos por onde tenho passado</i>	24
I.3- Um pouco da dinâmica interna do cenário	31
CAPÍTULO II: Concepção, Planejamento e Território da Pesquisa	36
II.1- Tateando a Construção “da metodologia”	37
II.2- Hipóteses	40
II.3- Objetivos:	
Geral	43
Específicos	43
II.4- Planejamento	44
II.4.1- Território da pesquisa	44
II.4.2- Perfil do serviço pesquisado	52
Clínica de Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias	52
II.4.3- ... Continuando “a metodologia”	53
- A chegada aos interlocutores	53
II.5- Plano de Coleta e Análise dos Dados	54
II.6- Distribuição da Amostra, dentro do Universo da Pesquisa	56
II. 7- Aspectos Éticos	56
CAPÍTULO III: A aproximação: Um pouco mais do caminho...	57
III.1- E eis que encontrei as Teorias da Administração!	58
III.2- Mais se é assim, e nos territórios que me interessam?	70

Continuação

SUMÁRIO	Pág.
III.3- Ainda os territórios... Agora o trabalho que opera em seu interior ..	75
CAPÍTULO IV: Os (des)caminhos do SUS: A saúde pública e o locus de serviços e atuação em Belém-PA-.....	86
IV.1- Partindo de algum ponto que me fizesse entender os (des)caminhos	87
IV.2- As “pedras no caminho do SUS”: Sobre como chegamos ao sistema seguindo as trilhas do possível!	88
IV.3- Finalmente o SUS. Mas que SUS?	94
IV.4- HU’s e impasses de financiamento: as repercussões de gestão	103
CAPÍTULO V: Na trilha da precarização do trabalho no SUS e sua implicação na área	112
CAPÍTULO VI: O cotidiano profissional no território pesquisado: o que ele pode dizer sobre a gestão dos processos de trabalho?.....	124
VI.1- Caracterização Socioeconômica e Laboral da Amostra	125
VI.1.1- Caracterização Socioeconômica	125
VI.1.2- Caracterização Laboral	129
VI.2- Os arranjos de gestão e o processo produtivo dele proveniente	142
CAPÍTULO VII: Uma retomada do percurso: Onde me foi possível chegar	177
VII.1- CONSIDERAÇÕES “INCIDENTAIS”	178
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	184
APÊNDICES	
ANEXOS	

CAPÍTULO I

Um primeiro encontro

I- INTRODUÇÃO

I.1- *Apenas um dos caminhos de onde parti...*

No presente estudo, me apropriei de pelo menos três conjuntos de conhecimentos intercambiáveis para pensar a gestão dos processos de trabalho em uma das Clínicas (DIP – Doenças Infecciosas e Parasitárias) do Hospital Universitário e de Ensino João de Barros Barreto (HUJBB), que faz parte da estrutura administrativa da Universidade Federal do Pará (UFPA), e está localizado na Região Metropolitana de Belém (RMB). O primeiro desses conjuntos diz respeito às elaborações marxistas sobre o trabalho humano e sua dinâmica. O segundo, refere-se às (re)elaborações e contribuições de alguns autores (LAZZARATO; NEGRI, 2001; HARD; NEGRI, 2001; HARD, 2003; GORZ, 2005); que têm seguido esse percurso (marxiano) para propor novos modos de olhar os processos de trabalho na atualidade, mas particularmente o mundo do trabalho no setor de serviços. Terceiro, também algumas (re)elaborações atualmente presentes na área da saúde, feitas por autores (MERHY, 1995; 1999; 2002; 2007; CAMPOS, 1998; 2000; 2007; CECÍLIO; 1999; 2005; FRANCO, 2003; 2006; FEUERWERKER, 2005) que têm produzido ferramentas conceituais e um conjunto de conhecimentos para, dentre outros propósitos, analisarem os processos de trabalho em saúde e a gestão dos mesmos.

O que devo adiantar, no entanto, é que me voltei para as interfaces entre a gestão dos processos de trabalho e os modos de produção do cuidado em saúde, buscando refletir sobre como operam os arranjos institucionais de gestão no cotidiano dos profissionais que atuam naquele hospital, bem como sobre os modos de enfrentamento, individual e/ou coletivo, que tais profissionais usam frente àqueles arranjos. Esse voltar-me permitiu a descrição e análise dos processos de trabalho situados na Clínica, locus da pesquisa, particularmente à luz da política de gestão dos processos de trabalho do hospital, incluindo-se aqui os modos de gerenciamento da própria clínica.

Essa formulação mais geral do objetivo e a pluralidade de reflexões que foram suscitadas surgiram a partir do momento em que eu, como psicólogo de formação, me vi em uma experiência profissional e academicamente relevante, durante o transcorrer dos anos de 2005 a 2008. Até então, mesmo já tendo ocupado funções relacionadas à gestão do trabalho (ou para ficar mais palatável para alguns e de acordo com o léxico empresarial – “gestão *com* pessoas” – se é que isso importa!); eu nunca tinha estado

com o “pé dentro da saúde pública...” (a não ser como usuário do sistema, o que já não é pouca coisa!).

Até aquele momento eu pouco havia transitado, e militado, portanto, agido em saúde pública. A partir do instante que assumi a função de “diretor de recursos humanos” do Hospital Universitário Bettina Ferro de Souza (HUBFS-UFPA), diariamente passei a me defrontar e a ser desafiado, dentre outras coisas, com práticas de gestão institucionalizadas e de difícil (re)arranjo que contribuía para a precarização do trabalho dos profissionais que atuavam naquele contexto. Mesmo que o modelo de gestão lá vigente vislumbrasse uma maior democratização das relações, a descentralização, a participação e a autonomia, sua operacionalização era, como nos alerta Cecílio (1999), dificultada por algumas ambiguidades e imprecisões.

Muito mais do que isso, e mesmo tentando subverter meu papel de “representante da direção” (como já nos havia recomendado Wanderley Codo, em 1981), tive que enfrentar momentos onde a via de encontro comigo mesmo me faltou, pois sentar à mesa de negociação do lado oposto daqueles que vivem do seu trabalho, provavelmente *nunca* será uma experiência fácil para mim...e que assim o seja, sempre!

E para lidar com esse cenário, mais uma vez, passei a investir na minha formação teórica como modo de fundamentar minha atuação profissional e, ao fazê-lo, verifiquei que grande parte da literatura referente à gestão dos processos de trabalho na saúde é transversalmente perpassada pelas formulações presentes nas ciências sociais e por aquelas próprias da área da saúde coletiva. Isso levou, em meados do segundo semestre de 2007, ao meu engajamento no projeto de extensão intitulado “Tela Crítica: cinema como experiência crítica - o mundo do trabalho através do cinema”, sob a coordenação da Profa. Dra. Maria Angélica Alberto. Tal projeto utiliza a análise de filmes cuja discussão temática baseia-se fundamentalmente na sociologia do trabalho, tentando fomentar uma consciência crítica acerca da sociedade globalizada. Fiquei vinculado ao projeto durante os dois semestres que se sucederam (agosto/dezembro-2007 e março/junho de 2008). Essa experiência, aliada às leituras relacionadas ao cenário por mim vivenciado naquele momento de minha experiência, me propiciaram (e me impuseram) condições para, por compromisso e desejo de pesquisa, pensar e desenvolver o presente trabalho; chegar até aqui, mas já pensando nos desdobramentos do que vêm me constituindo ao longo desses últimos anos.

I.2- O cenário alargado: *Chãos por onde tenho passado*

Para entendermos esse cenário é necessário fazer um esforço teórico inicial, de modo que ele nos possibilite um olhar mais alargado dentro de uma conjuntura econômica e política maior, se não, vejamos.

Ao longo dos tempos, a organização do trabalho têm se curvado às regras do sistema capitalista. Este sistema assenta-se no tripé produção/trabalho-consumo/mercado-acumulação/mais-valia. Desse modo, a conformação do trabalho à condição de produto com valor de troca passou a mediar as relações modernas, guardando íntima relação com o tipo particular de racionalidade econômica que foi construída a partir do desenvolvimento desse sistema de produção. Pode-se dizer, então, que o entendimento que se tem hoje sobre trabalho é fruto de uma história recente, da chamada modernidade do final do século XVIII, a partir da instauração de um mercado capitalista (processo de industrialização), onde se estabeleceu a relação capital-trabalho e, conseqüentemente, o que denominamos de relação assalariada.

Para Vieira (2005) essa conjuntura encontra-se associada ao contexto mais amplo e contemporâneo sobre a questão do trabalho, com as transformações no padrão produtivo conhecido como taylorismo/fordismo – de base assentada na produção homogeneizada e em massa de mercadorias, dicotomia entre concepção e execução das atividades e decomposição de tarefas, reduzindo a ação do trabalhador a um conjunto mínimo e repetitivo de atividades, instituindo-o (subjetivamente) como um autômato apêndice da maquinaria moderna.

Castel (1998b), por seu turno, assinala que esse contexto gerou a segmentação dos empregos, a expansão dos serviços e, por conseguinte, a individuação dos comportamentos no trabalho. Passou-se a constatar crescentes diferenciações internas do trabalho assalariado, o que levou a uma ruptura da unidade de interesse dos trabalhadores e ao enfraquecimento do “*ter consciência de classe*”. No entanto, a partir de um determinado momento, esse modelo mostrou-se obsoleto para garantir a sobrevivência do sistema. O que começou a ser percebido foi que ele passou por uma grande crise, que muitos atribuem à sua rigidez de produção, que impossibilitava a conquista de novos mercados consumidores. Somou-se a isso o aparente poder da classe trabalhadora, corroborado pelos diversos movimentos grevistas e problemas trabalhistas, no período compreendido entre os anos de 1968-1972 (HARVEY, 1992).

Desse modo, pode-se considerar que as mudanças que o mundo do trabalho tem

experimentado são profundas e parecem definitivas em sua forma e estrutura. Seu primeiro aspecto foi a incorporação de novas máquinas e tecnologias, novas exigências de qualificação dos trabalhadores, novas técnicas organizacionais. Se aquele modelo ruiu por sua rigidez, a nova ordem do dia, colocada em prática como mecanismo para enfrentar a crise, deveria estar assentada na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados, dos produtos e padrões de consumo e na chamada “compressão do espaço-tempo”, caracterizando o que Harvey (1992) denomina de “acumulação flexível”.

Essas mudanças também têm sido discutidas à luz de muitas polêmicas, sempre associadas às transformações socioeconômicas e dos impactos na vida diária dos indivíduos. Para além das evidências cotidianas e não sistemáticas presentes nas transformações atuais e acessíveis a todos, também existe uma extensiva literatura acerca do ritmo de crescimento da economia como um todo e das empresas em particular, da organização da produção, dos estilos de gestão, da oferta de emprego, da renda e do conflito distributivo, e da estabilidade/instabilidade do emprego. Ao conjunto dessas transformações Mattoso (1994; 1995) designa de Terceira Revolução Industrial.

No que diz respeito aos estilos de gestão, a *Terceira Revolução Industrial* tem sido caracterizada pela pluralidade de estilos (gestão participativa, reengenharia, administração por objetivo, administração estratégica, qualidade total, etc.) e uma noção contingencial segundo a qual a eficácia dos mesmos varia de acordo com diversos aspectos contextuais: cultura nacional/regional, instrução dos trabalhadores e natureza da atividade. Tal variedade certamente compartilha características como incentivo à ampliação da participação no processo decisório e tendência à adoção de *designs* de estruturas organizacionais mais horizontalizadas, e à valorização das equipes de trabalho (BORGES, 2005). E, no entanto, em alguns setores da economia (terciário) e, em particular, em determinadas áreas como a da saúde, por exemplo, parece haver uma discrepância entre o que os estilos recomendam e o modo como os mesmos são levados a cabo.

Autores como Braverman (1987); Coriat (1992a); Offe (1995); Carleial e Valle (1997); Antunes (1999); Alves (1999); dentre outros, já apontaram para a ocorrência de uma transição tecnológica no final do século XX, que reestruturou a produção de modo semelhante ao observado nos momentos cruciais de organização do capitalismo. Suas análises estão circunscritas, o que já é o bastante, podemos dizer, aos processos ocorridos no plano das indústrias e serviços, a partir da introdução de novas tecnologias, de última geração. Apontam que o parcelamento dos processos de trabalho, o mercado

da força de trabalho, os processos produtivos e o ciclo de acumulação capitalista foram transformados radicalmente.

Podemos pensar que essas mudanças não pouparam nenhum setor onde quer que houvesse um sujeito trabalhador – sujeito do trabalho – ser social. Todos os setores da economia foram mais ou menos atingidos, em maior ou menor intensidade, mas todos a partir dessa mesma lógica, considerada perversa do ponto de vista, por exemplo, das relações de trabalho.

Com o setor terciário não foi diferente, pois se por um lado Offe (1994) considera que o mesmo possui uma lógica e racionalidade diferentes (margem de atuação mais ampla, atividades indeterminadas, comunicação e qualificação maiores), pois as atividades nele localizadas são orientadas para a coletividade, sendo, portanto, mais protegidas do processo de degradação do trabalho; por outro, Deluiz (1995) defende que esse mesmo setor recebe sinais dos processos de racionalização e reestruturação mais amplos que indicam crescentes exigências nos níveis de qualificação e responsabilidade dos trabalhadores. É percebido, portanto, um cenário paradoxal: agrega crescentes níveis de flexibilização das relações de trabalho (leia-se precarização) e aponta para a possível emergência de um trabalhador revalorizado, ou seja, com maiores níveis de autonomia e participação, mas ainda assim, que podem ser questionadas à luz das novas estratégias gerenciais.

Ainda nesse sentido, e dentro do contexto aqui de interesse - o da saúde -, não podemos perder de vista a interessante hipótese lançada por Cecílio (1999), segundo a qual propostas de gestão de serviços de saúde, em particular em hospital, que se caracterizam como tendo um recorte *democrático, descentralizado, com ênfase na autonomia, direção colegiada em todos os níveis da organização* (p. 316 – grifo do autor) são, paradoxalmente, vistas como controlistas pelos trabalhadores.

Portanto, considero aquela última perspectiva como uma possível “precarização velada”, característica de modelos gerenciais modernamente atualizados e que lançam mão de estratégias de controle e cooptação sob a ensígnia colaborativa, e por isso requerem um olhar refinado para o modo e o motivo pelos quais tais concepções têm se concretizado no interior das organizações de trabalho. Aliás, Gaulejac (2007) analisa com propriedade os impactos do novo poder gerencialista, que tem se espalhado na sociedade em geral (por ele denominada de “sociedade gerencial”), e como ele tem sido utilizado no léxico e na prática empresariais, fazendo com que os indivíduos se lancem na “luta por um lugar”, sempre permeado pela produtividade e pela necessidade de

serem empreendedores de si, nas diferentes esferas da vida humana.

Nessa mesma perspectiva, também me refiro à “sociedade fábrika”, apontada por Negri e Hard (2004) como fenômeno geral mais importante de transformação do trabalho, testemunhado nos últimos anos. Tal fenômeno diz respeito à difusão, para além dos muros das fábricas propriamente ditos, de todo o regime e da disciplina fabris, apesar do aparente declínio da fábrica como espaço soberano de produção.

Obviamente que por suas próprias características, o setor terciário (onde a área da saúde está situada) se diferencia, em muito, do setor secundário. No que diz respeito à relação entre trabalho e consumidor, por exemplo, em um (modo fabril), a relação é completamente diferente daquela estabelecida em outro (modo serviço). No primeiro modo, a relação ocorre apenas quando há o consumo do produto produzido; a utilidade do produto para o consumidor só se realizará quando esse obtiver o produto e o consumir, o que ocorre a certa distância do mundo da produção. No segundo modo, por sua vez, a relação é simultânea; o ato da produção e seu consumo se dão ao mesmo tempo, em uma relação imediata; e isso demarca o modo pelo qual o consumidor vai valorizar ou não a utilidade do produto para si. Sua oferta, embora possa relacionar-se a um determinado produto, *é essencialmente intangível*. Merhy (2002) chega mesmo a definir como relação “objetal” aquela ocorrida no modo fabril, e de relação “intercessora” aquela ocorrida no modo serviços, quando as analisa tendo como pano de fundo os processos de trabalho em saúde. É na obra intitulada “Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo”, publicada em 2002, que Emerson Merhy lançou mão desse termo considerando-o com um sentido aproximado ao usado por Deleuze, no livro *Conversações*. Segundo Merhy, Deleuze faz referência à interseção que ele e Guattari constituíram quando produziram o livro *Antiedipo* (2004). Considera que

não é um somatório de um com outro e produto de quatro mãos, mas um ‘inter’, interventor. Assim, uso esse termo para designar o que se produz nas relações entre ‘sujeitos’, no espaço das suas interseções, que é um produto que existe para os ‘dois’ em ato e não tem existência sem o momento da relação em processo, e na qual os inter se colocam como instituintes na busca de novos processos, mesmo um em relação ao outro” (MERHY, 2002. p.50-51).

Mas o leitor pode estar se perguntando por que estou falando dessa diferença. Particularmente da relacionada ao processo de produção e consumo. Eu diria para, mesmo de modo incipiente e com o intuito de dar o “ponta pé” inicial em nossa conversa, mostrar e tentar fazer compreender a distinção entre processos de trabalho

tipicamente fabris, de outro mais vinculado ao setor de serviços, no que diz respeito às características centradas ou no trabalho morto ou no trabalho vivo. Também para mostrar as diferentes questões levantadas nessa distinção, acerca da relação dos produtos ofertados nesses setores de produção e o mundo das necessidades de seus consumidores. Além disso, estou falando dessa diferença porque centrei minha atenção na gestão dos processos de trabalho em saúde, característicos da esfera de produção não-material, em um contexto onde também está operando, direta ou indiretamente, a reestruturação produtiva própria desse início de século, mas com peculiaridades que são comuns a área e que serão discutidas ao longo do presente trabalho.

E neste ponto estou considerando um fenômeno que tem se apresentado com o recente desenvolvimento das sociedades capitalistas e que vem se acelerando, particularmente nas últimas décadas, pela produção tecnológica e informacional, e que dá destaque à emergência de algumas categorias de trabalhadores cuja produção não pode mais ser caracterizada como exclusivamente material. Resultante desse processo, a “prestação de serviços” passou a ser recorrentemente utilizada para definir este campo composto por profissionais que integram diferentes formas de produção distintas da material. Trata-se de trabalhos que envolvem outras dimensões da atividade humana, particularmente aquelas voltadas para a educação, a cultura, a geração de conhecimento, a saúde, o afeto e a sociabilidade.

A emergência de novas categorias profissionais, cujo centro não se encontra na produção material, afirma-se fazendo surgir novos modos de subjetivação entre os trabalhadores e, acredito também, novas relações com o próprio trabalho. Nesta perspectiva, autores como Lazzarato e Negri (2001); Hardt e Negri (2001); Hardt (2003); Gorz (2005) têm buscado delinear as tendências emergentes no mundo do trabalho, denominando e caracterizando essas atividades como trabalho imaterial. Para Negri e Hardt (2001), por exemplo, esse tipo de atividade “produz um bem imaterial, como serviço, produto cultural, conhecimento ou comunicação” (p. 311).

Ao recorrerem à categoria de trabalho imaterial, esses autores têm como um de seus objetivos circunscrever um conjunto de atividades que guardam certa proximidade com o que até então era denominado de prestação de serviços. Aqui, podemos ficar com uma primeira noção de trabalho imaterial que, efetivamente, envolve a complexidade de um humano profundamente transformado pela aquisição de conhecimento e pela interação com o meio social, também ele transformado, que tem à sua disposição equipamentos de alta tecnologia, tornados impensáveis em algumas áreas profissionais.

Esta noção também nos permite compreender o movimento histórico atual, no qual um contingente cada vez maior de indivíduos dedica-se a trabalhar com outros seres humanos, fazendo da relação com eles, ou seja, fazendo dos vínculos afetivos construídos nos encontros sociais, o próprio objetivo do trabalho.

É nessa perspectiva que se encontra o trabalho em saúde, pois o que predomina (ou o que deveria predominar) nesse contexto é a relação afetiva estabelecida entre os profissionais e os usuários. Nesse sentido, o trabalho (imaterial) em saúde também é trabalho afetivo; uma forma de trabalhar que produz serviços, conhecimento, comunicação, interações e contatos humanos. Portanto, considero que se uma das especificidades deste fazer está relacionada ao fato de o trabalhador formar intensos vínculos com as tarefas imateriais e dedicar-se significativamente a elas, este modo de funcionamento será ainda mais intensificado pela lógica contemporânea de entrega de corpo e alma à organização, pois como salientam Lazzarato e Negri (2001), o novo *management* prescreve que “é a alma do operário que deve descer na oficina”. A organização e o comando estão sobre a sua personalidade e sua subjetividade e, portanto, a qualidade e a quantidade do trabalho são reorganizadas em torno de sua imaterialidade (p. 25).

Ainda assim, Borges (2005) considera que o setor saúde estava em franco crescimento na economia, inclusive no Brasil, e suas perspectivas vinham se acentuando pelo fato de nunca ter contado com a compatibilidade entre o seu dimensionamento e as necessidades da população. No entanto, ainda para essa autora, os avanços tecnológicos têm sido implantados mais na direção de sofisticar o tipo de serviço oferecido do que de subsidiar a necessidade de mão de obra. Assim, a única questão que tem sido imposta não é se pode crescer, mas, antes, se cresce com investimento público ou privado. Isto em função de na área também haver, principalmente na atualidade, uma série de discussões acerca do financiamento da saúde, inclusive com capital privado, lógica própria de mercado e como tentativa (justificativa) de fazer frente à falta de investimento público no setor. Além disso, ficam de fora questões cruciais como a gestão dos processos de trabalho, entendida como o modo de pensar estrategicamente um dos eixos da estrutura organizacional (dos serviços de saúde), e que tem impacto direto na produtividade e na qualidade (duas palavras de ordem que mais simbolizam a tão sonhada inserção na economia internacional e no mundo globalizado) dos serviços oferecidos à sociedade (ARIAS *et al.*, 2006).

Assim, discutir as consequências da gestão dos processos de trabalho frente ao

contexto de crescimento da área da saúde é ter clareza que aqueles dois fatores (produtividade e qualidade) em boa parte são reflexos do modo e das condições com que são gerenciados os que atuam profissionalmente na área. Ou, dito de outra forma, dos modos como são pensados e conduzidos os processos de trabalho daqueles que, em última instância, produzem (ou deveriam produzir) o cuidado, e cuja atuação deveria ser radicalmente norteada pela defesa da vida, como defende Gastão W. Campos (2003). Se assim não o fosse, não estaríamos enfrentando, na atualidade, uma série de movimentos grevistas realizados pelas diversas categorias profissionais que atuam na área, exatamente para reivindicar direitos que, direta ou indiretamente, estão relacionados ao tema pesquisado, e que lhes têm sido negados ao longo dos últimos 15 anos. Também não contaríamos com uma visão social tão desacreditada acerca das estruturas e dos serviços de saúde pública ofertados aos menos favorecidos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS).

Muito mais do que as palavras de ordem aqui apontadas, que em meu ponto de vista são de cunho instrumentalista e estão impregnadas pela racionalidade gerencial hegemônica que se espraia para todo e qualquer modo de produção contemporâneo, devemos olhar para os mecanismos de controle que operam dentro das instituições de saúde. Devemos olhar para o fazer cotidiano em saúde no momento do ato de cuidar e como ele é organizado nos estabelecimentos de saúde. Se na atualidade grande parte das ações na área ocorre em instituições formais, públicas e privadas, de âmbito ambulatorial ou hospitalar, tais mecanismos também encontram eco nos modos de gestão dos processos de trabalho que, em grande medida, ainda se baseiam no clássico modelo taylorista-fordista, da administração clássica e do modelo burocrático (ou segundo diferentes variações deles), como afirma Campos (2000).

Considerados como instituições profissionais (complexas), os hospitais públicos têm exercido um importante papel no contexto da saúde pública brasileira. Embora, geralmente ainda estejam assentados no modelo assistencial médico-hegemônico, têm se configurado como importantes equipamentos na defesa dos princípios e diretrizes do SUS. Essas instituições possuem características bastante idiossincráticas com relação ao processo de trabalho, ao produto por elas gerado e à sua clientela. Em seu interior coabitam projetos políticos diversos e antagônicos que, quase sempre, influenciam a gestão e a organização do trabalho, colocando-se como “um amplo campo de disputas de grupos profissionais altamente qualificados e com grande autonomia de trabalho, os quais não se subordinam às chefias superiores ou a uma direção” (MATOS; PIRES,

2006, p. 511).

Ora, a expressão “não se subordinam às chefias superiores ou a uma direção”, parece supor um jogo de poder entre “insubordinados” e “subordinadores” (sem falar, pelo menos por enquanto, no jogo entre os próprios “insubordinados!”), cada um com sua “máquina beligerante” tentando subverter uma lógica que se pretende hegemônica, lançando mão de agires que denomino, no presente trabalho, de “rotas-ação”¹.

Nos hospitais, por exemplo, o poder decisório está na chamada “ponta”, ou nas áreas assistenciais (médicos e enfermeiros, particularmente) cada uma com seu conhecimento e atuação sendo exercitados no enfrentamento diário de questões que possam ir de encontro às suas prerrogativas corporativistas, gerando intensas correlações de forças.

A gestão, por outro lado, comparece ao jogo com todo o aparato de dominação próprio dos modos de gerenciamento aqui citados. Ou de sua reencarnação como propostas de inovação tecnológica gerencial que se instilam de modos tão ou mais perversos quanto seus reencarnados. Tais máquinas operam no interior de espaços onde os processos de trabalho são intensamente marcados pelo trabalho vivo em ato permanente e que se apresentam diferentemente de outros processos produtivos nos quais o trabalho vivo pode ser enquadrado e capturado globalmente pelo trabalho morto e pelo modo de produção. Nesse sentido, considero o quão essa lógica parece ser mais perversa ainda, pois tenta capturar subjetividades onde a condição *sine qua non* para o produzir - saúde - é “a mesma subjetividade” refletida na obra individual e coletiva que necessariamente é perpassada por outras tantas subjetividades (usuários).

I.3- Um pouco da dinâmica interna do cenário

No âmbito da discussão aqui levada à cabo, a literatura tem deixado claro o perigo presente na transposição direta da visão clássica dos processos produtivos para a área da saúde, particularmente da saúde pública. É sobre o trabalho vivo em ato que os processos de reestruturação produtiva e inovações tecnológicas estão agindo, e a aproximação daquela visão às novas maneiras de produzir o cuidado em saúde tornaria a análise insuficiente. Desse modo, e fazendo referência a célebre obra de Cecília Donnangelo, datada de 1975, Merhy (2002) considera que a reestruturação produtiva na

¹ Ver uma primeira aproximação de circunscrever esse conceito, na terceira hipótese, abaixo.

saúde tem sido marcada *não apenas* pela entrada de máquinas e equipamentos. Nas análises desse autor, esse aspecto, marcante na modelagem da gestão hegemônica (medicina tecnológica), parece não mais provocar reestruturação produtiva, uma vez que esta já esteve na marca da passagem do período de superação de uma medicina mais mercantil e de um profissional mais liberal. Para ele, devem ser mapeados, principalmente, os novos territórios de tecnologias não equipamentos, particularmente as relacionais.

Realizei uma reflexão acerca do modo como se tem operado a gestão dos processos de trabalho no HUIBB-UFPA e suas possíveis interfaces com o cotidiano de atuação de profissionais que lá estão situados em seus diversos “fazer” em saúde. Do mesmo modo, analisei como eles lidam com esses arranjos institucionais de gestão presentes no seu contexto de trabalho, e que permeiam a produção do cuidado por eles exercida no cotidiano. O olhar também recaiu sobre os processos produtivos em saúde no momento do ato de cuidar e sua organização no interior do hospital, mais particularmente da clínica pesquisada. Fiz isso sem perder de vista, no entanto, o terreno de organização da política de saúde e do sistema em geral, que está referenciado quando o trabalho fez tal exigência.

Embora a produção acadêmica na área de interesse a ser aqui tratada não seja tão escassa, têm-se percebido que um dos maiores interesses da área tem sido a doença, pois é a doença que requer procedimentos diagnósticos e terapêuticos complexos, que geram muito lucro. O foco tradicional da pesquisa em saúde pública tem-se voltado para os aspectos epidemiológicos mais relacionados à medicina, buscando estabelecer relações causais entre fatores ditos “de risco” e problemas de saúde específicos (DIMENSTEIN; TRAVESSO-YÉPEZ, 2005). Por isso, considero que um aspecto relevante na formulação desse trabalho residiu na tentativa de propor para o contexto locoregional a generalidade ou não do que a literatura tem apontado. Esse aspecto, aliado à ausência de pesquisas que considerem não só esse contexto, mas também o território da pesquisa (hospital universitário) em nível local, também contribuíram para a minha inquietação e para a relevância do estudo.

Portanto, a preocupação da presente pesquisa também se fundamentou nessa necessidade de produzir conhecimentos que possam dar sustentação teórica e conceitual para subsidiar as políticas de gestão dos processos de trabalho, e que possam, por conseguinte, mesmo não havendo o interesse de esgotar a discussão, viabilizar a melhoria das condições de trabalho das diversas categorias profissionais que nela atuam,

inclusive dos gestores implicados nesse processo, frente a fragilidade dos paradigmas administrativos que ainda estão em uso nas organizações de saúde.

Como parte desse processo, tive que atender às exigências regimentais do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais, ao qual estive vinculado. Assim, ressalto que o modo como este trabalho aqui se apresenta está a elas relacionadas. Tendo sido inicialmente apresentado à seleção (2009) como pré-projeto de pesquisa, tomou forma de projeto durante o meu percurso nas disciplinas frequentadas no referido programa, particularmente as intituladas “Métodos de Pesquisa Avançada” e “Epistemologia das Ciências Humanas”, como requisito parcial de avaliação nas mesmas. Além disso, contribuíram para o formato ora apresentado o fato de ao tentar me apropriar ainda mais da temática que permeia o trabalho, bem como dos conceitos discutidos nas disciplinas, direcionei cada uma das exigências avaliativas finais à temática de interesse, relacionando-a ao que vinha me dedicando durante o doutoramento.

Desse modo, escrevi artigos, os apresentei em eventos científicos e os submeti à publicação², o que também foi modelando as concepções aqui apresentadas e discutidas.

É nesse sentido que no **Capítulo segundo** o leitor encontrará uma descrição de como esta pesquisa foi sendo concebida e planejada. Nele, faço a apresentação da concepção de pesquisa que orientou o trabalho e uma breve fundamentação teórica que lhe dá sustentação. É ainda nesse capítulo que apresento, de forma mais sistemática, a problemática que norteou o estudo, bem como as hipóteses e os objetivos do mesmo. O planejamento, desde o modo como foi realizada a coleta e a análise dos dados, o

² Dentre os trabalhos citados estão:

SANTOS, J.G.W.; ALBERTO, M.A. Administração de recursos humanos em saúde e humanização: o viés hermenêutico. *Rev Pan-Amaz Saude* 2011; 2(3):51-58.

SANTOS, J.G.W. Gestão do trabalho na saúde sob a perspectiva da humanização da assistência hospitalar: o que a hermenêutica tem a ver com isso? In: MANESCHY, C. A.; GOMES, C.; GONÇALVES, I.L. *Nos dois lados do Atlântico: Trabalhadores, organizações e sociabilidades*. Belém: Paka Tatu, 2011. p. 210-223) - (ISBN: 978-85-7803-083-4).

SANTOS, J. G. W.; SCHMITZ, H. A constituição do SUS à luz dos movimentos sociais: a atualidade do movimento e o processo de participação e controle social na gestão do sistema. *II Encontro Norte Nordeste de Psicologia Social da ABRAPSO*. Fortaleza-CE, 2011.

SANTOS, J.G.W.; ALBERTO, M.A.; TAVARES NETO; J.G. Gestão do trabalho na saúde e humanização da assistência hospitalar: Duas faces hermenêuticas no mesmo lado da moeda. *IV Congresso Ibero-Americano de Pesquisa Qualitativa em Saúde*. Fortaleza-CE, 2010.

SANTOS, J.G.W.; MANESCHY, C.A.; ALBERTO, M.A. Capital social e acesso à saúde pública: uma proposta de análise de redes sociais informais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). *Trabalho completo publicado nos Anais do II Encontro da Sociedade Brasileira de Sociologia da Região Norte*, 2010.

SANTOS, J.G.W.; ALBERTO, M. A. Um estudo sobre os impactos da gestão do trabalho nas atividades de profissionais de saúde pública no Estado do Pará. *VI Congresso Norte Nordeste de Psicologia - CONPSI*. Belém-PA, 2009.

serviço/clínica que foi escolhido para fazer parte do estudo, bem como os interlocutores (incluindo o critério de seleção tanto de um, quanto de outro), também estão descritos. Além disso, está descrito o instrumental de coleta de dados (questionário socioeconômico, instrumentos propriamente ditos e roteiro de entrevista) e como eles foram utilizados.

O território da pesquisa também está caracterizado nesse capítulo, o que inclui a trajetória histórica do HUIBB, desde a sua fundação enquanto sanatório, passando por sua transformação no que diz respeito às ações inicialmente propostas por essa instituição, até a sua caracterização atual, como hospital universitário e de ensino, e sua inserção no Sistema Único de Saúde (SUS).

Utilizo o **Capítulo terceiro** para fazer uma discussão teórica mais sedimentada acerca dos conceitos ferramenta que sustentaram o modo como me propus a olhar para os dados (e para mim próprio, enquanto parte do objeto a ser observado, como nos lembra Lévy-Strauss³). Assim, parto inicialmente demarcando o meu entendimento sobre o conceito de organizações e, depois, discorro sobre as Teorias da Administração e os modelos de gestão dela derivados, centrando a atenção particularmente nos modelos taylorista-fordista e no toyotista, máximas expressões do capitalismo no período histórico recortado. Também como parte das minhas intenções, mas ainda relacionado à discussão mais geral apresentada nesse capítulo, apresento alguns apontamentos sobre a gestão das organizações hospitalares no contexto da saúde pública, lançando mão de certos entendimentos teóricos que também fundamentam a discussão dos achados empíricos na pesquisa realizada, articulando-os à discussão anterior.

No **Capítulo quarto** faço uma breve revisão dos antecedentes históricos da construção do SUS e do contexto político-social de sua formulação, revisitando os modelos de assistência que conduziram as ações de saúde no Brasil e seus movimentos até o modelo atual. E nesse percurso, traço seus (des)caminhos e aponto algumas “pedras” que estiveram ou que estão presentes em sua trajetória. Além disso, abordo o processo de descentralização do sistema e os desafios para a sua operacionalização, bem como suas implicações na gestão dos processos de trabalho em saúde, identificando e discutindo suas relações com a flexibilização do trabalho na área. Também descrevo

³ Lévi-Strauss, C. Aula inaugural. *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, pp. 211-44 (1975).

como os hospitais de modo geral, e os universitários em particular, se inserem no SUS, e como esse contexto se apresenta no Estado do Pará, particularmente na Região Metropolitana de Belém (RMB).

Quanto ao **quinto Capítulo**, me impus o desafio de descrever alguns fatores que vêm marcando o percurso de precarização do trabalho no SUS, particularmente a partir das Reformas Administrativas do Estado, sem, no entanto, perder de vista o contexto de flexibilização mundial do trabalho. Faço isso considerando que o setor saúde, como todo e qualquer setor produtivo que está inserido no contexto de desenvolvimento capitalista da sociedade, passa pelos mesmos processos de outros setores, sobretudo no que diz respeito ao contexto macroeconômico. Ou seja, tendo no desenvolvimento tecnológico um de seus pilares, o processo de acumulação de capital influencia a dinâmica da oferta de serviços no setor saúde (FRANCO, 1999). Em meio a esse percurso, discorro sobre as transformações e influências significativas nas relações de trabalho no setor saúde em geral.

É no **Capítulo seis** que o leitor encontrará a apresentação e discussão dos dados, fundamentadas não apenas pelos conceitos ferramenta que nortearam a tese, mas também por toda a discussão do contexto histórico de surgimento do SUS, inclusive, e principalmente, pelas implicações da Reforma Administrativa e Gerencial do Estado na área. Além disso, imbricada com a discussão estão as hipóteses que nortearam a pesquisa, momento em que também estão um pouco mais debatidos os conceitos de “rotas-ação” e “desafetação/desvinculação do outro”.

Por último, e não menos importante, são apresentadas as considerações “incidentais” (**Capítulo sete**). Nelas, são retomadas algumas questões discutidas no corpo maior do trabalho, em especial os objetivos e as hipóteses por mim formuladas, bem como a análise dos resultados. Também deixo um pouco do que a realização da pesquisa representou para mim, dentro da minha história de vida, tecendo alguns comentários acerca das marcas que em mim ficaram e como elas me constituíram... Para onde deverão me levar...

Vamos lá!?

CAPÍTULO II

Concepção, Planejamento e Território da Pesquisa

II.1- Tateando a Construção “da metodologia”⁴

As ciências sociais, enquanto consciência possível, estão submetidas às grandes questões de nossa época e têm seus limites dados pela realidade do desenvolvimento social. Portanto, tanto os indivíduos como os grupos e também os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo histórico (MINAYO, 2000, p. 21-22).

Inicialmente faço questão de deixar as palavras de Cecília Minayo roçarem minha língua para, já de antemão, demarcar minha posição no mundo e minha implicação com o objeto a ser investigado. Tenho claro que ainda assim haverá necessidade de situar melhor a questão, e assim o faço.

Começo dizendo que a noção de implicação não é uma decisão consciente, minha enquanto pesquisador. Faço tal afirmação com base em Merhy (2003) para dizer que minha implicação é encarnada pelo assinalamento do lugar que eu ocupo; que busco ocupar e que me é designado ocupar. Desse modo, devo interrogar o sentido da situação focada, interrogar a mim mesmo e minha própria significação enquanto sujeito interessado, que aposta em certas direções. Ao interrogar, passo a ser protagonista da produção do fenômeno sob análise e a conferir sentido, e criar, para mim e para o fenômeno, significação e ressignificação. A produção de novos dispositivos para interrogar o sujeito, abrindo-os para novos territórios capazes de conferir novos sentidos, é metodologicamente importante. Ou, como diz Minayo (2008), “ser pesquisador é também estar integrado no mundo: não existe conhecimento científico acima ou fora da realidade” (p. 19).

Não reivindico uma suposta objetividade, muito menos advogo em causa própria para defender uma neutralidade enquanto “sujeito investigador”, como se o real tivesse existência antes e fora da ação daquele que investiga, e como se houvesse uma separação radical entre o objeto e o sujeito cognoscente. Aliás, essa reivindicação é

⁴ Eu poderia iniciar esse capítulo com uma discussão sobre metodologia de pesquisa. Ao invés disso, preferi apenas escrever algumas poucas linhas sobre a concepção que ora me invade e atribuí um subtítulo ao mesmo, usando o termo “tateando” e colocando entre aspas a expressão “da metodologia”. Fiz isso para mostrar que, e como se verá no decorrer do capítulo, a concepção aqui adotada não diz respeito a “uma metodologia”, já pensada e formulada, e aqui descrita, com a intenção de dar conta do fenômeno a ser investigado. Tateio, é verdade, com base em algumas concepções que se inscrevem em mim enquanto ser/estar no mundo, mas ela é dialética; está em constante movimento e transformação. Tendo a minha intervenção, inclusive, ela tem caráter inacabado.

falseadora dentro do marco teórico das ciências sociais, pois a operacionalização da perspectiva teórica de externalidade entre sujeito e objeto do conhecimento é problemática, uma vez que o primeiro está contido no segundo (GONÇALVES, 1994). Desse modo, a investigação aqui se afastou daquela própria das ciências naturais, não por ter *status* superior, mas por considerar que a ação humana é radicalmente subjetiva e não pode ser descrita e explicada levando-se em consideração suas características externas e objetiváveis, pois um mesmo comportamento pode denotar sentidos de ação diferente (SANTOS, 2003; 2004). Obviamente que a busca, aqui, não teve a intencionalidade de extrair toda e qualquer referência a valores e a um olhar imparcial, como denota o pensamento positivista. Afinal de contas, “propriedades numéricas e qualidades intrínsecas são atributos de todos os fenômenos” (Kant⁵ *apud* MINAYO, 2008. p. 55). E mesmo nas Ciências Sociais, como bem mostrou Weber (1992), a objetividade do conhecimento é possível, mesmo considerando que a realidade humana não possui um sentido intrínseco e unívoco, dado de modo natural e definitivo, independentemente das ações humanas concretas. Portanto, o compromisso da análise sob essa perspectiva weberiana, foi com uma realidade empírica concreta tornada significativa por agentes historicamente situados.

Essa “escolha” foi permeada não só pelos aspectos acima pontuados, mas também, e “como consequência”, porque “é preciso declarar que o objeto das Ciências Sociais é *essencialmente* qualitativo” (MINAYO, 2008. p. 42). Leva-se em consideração que a historicidade dos atores envolvidos perpassa o fenômeno investigado, daí sua complexidade, caráter contraditório, inacabado e em permanente transformação. A utilização de metodologias de pesquisa qualitativa é aqui entendida como:

aquelas capazes de incorporar a questão do SIGNIFICADO e da INTENCIONALIDADE como inerentes *aos atos, às relações, e às estruturas sociais*, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2008. p. 22-23).

Essa tem sido a concepção (dialética) implicada no presente estudo. Ela é defendida levando-se em consideração que a saúde está sob as mesmas vicissitudes e interrogações, como parte da totalidade social. Concepção dialética que compreende

⁵ KANT, I. Crítica à razão pura. *Kant (1)*. Os Pensadores. São Paulo: Abril, 1980.

para transformar, e é permanentemente repensada por sua teoria, a partir do desafio que lhe faz a prática (MINAYO, 2008). As especificidades e complexidades relacionadas às Ciências Sociais são consideradas e, prioritariamente, ressalta o caráter histórico do objeto e do sujeito do conhecimento. Isso levou a diversas adaptações metodológicas para o enfrentamento do desafio de investigação (JORGE, 2003). E como modo de enfrentar esse desafio, trata-se, de acordo com Khun (1991), de adotar “novos instrumentos e orientar seu olhar para novas direções” (p. 107). Portanto, essa atividade exigiu, dentre outras ações, a elaboração de indicadores e a construção dos instrumentos para coleta primária e secundária de informações (o que está descrito, posteriormente, ainda no presente capítulo).

É essa a concepção que orientou o presente estudo, e que norteou a minha inserção nos caminhos trilhados, em busca de novos caminhos a serem trilhados, em busca de novos caminhos... que pudessem conduzir ao “elo perdido”! Ela, aliada aos aspectos mais amplos abordados na introdução, suscitou a problemática principal deste trabalho. Desse modo, também passei a interrogar aquela realidade a partir de minhas experiências de ser e estar no mundo. E assim o fiz, do seguinte modo:

Quais as interfaces entre a gestão dos processos de trabalho e os modos de produção do cuidado realizados por profissionais de saúde que atuam no Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUIBB), na região metropolitana de Belém-PA, e como estes profissionais têm enfrentado os possíveis dilemas presentes nesse contexto?

Baseando-me nos três conjuntos de conhecimentos citados na introdução, bem como na minha experiência empírica, não é tarefa das mais difíceis supor algumas possíveis respostas que tentem, provisoriamente, dar conta dessa inquietação. Isso tendo claro que como pesquisador não sou apenas sujeito epistêmico (portador de teorias e métodos que me permitam o debruçar e estudar certos objetos da ciência), mas um sujeito ideológico, um sujeito cultura - um sujeito que tem interesse e valora certas coisas e outras não, que opta por certas coisas e não por outras, com concepções ideológicas diferentes de outras (MERHY, 2004). Portanto, provisoriamente, postulei que:

II.2- Hipóteses

1- No HUIBB os profissionais têm se deparado com práticas de gestão excessivamente normativas, rígidas e inflexíveis, bem como com controles/constrangimentos institucionais (contratos de trabalho, normas, procedimentos, relações sócioafetivas) que tentam se impor à organização do trabalho, que também tem relação com a autonomia dos mesmos e, portanto, com o modo de produção do cuidado. Tais práticas conflitam, direta e indiretamente, com a manifestação de autogoverno dos trabalhadores, própria do trabalho vivo em ato (MERHY, 1999; 2002). Isso aumenta ainda mais a tensão constitutiva da produção dos atos de saúde, dado que ao manejarem de suas clínicas e saberes tecnológicos (leve-dura e leve) colocam em jogo suas capacidades de criar novas tecnologias (enquanto produção de conhecimentos e formas de produzir o cuidado), que nem sempre coadunam com as diretrizes institucionais. Sendo assim, estão imersos em uma teia de controle, supostamente caracterizada por aquilo que Alves (2009) aponta como a marca indelével das práticas de gestão atuais - “captura da intersubjetividade” -, e manifesta por meio de relações de poder, que funciona e é exercido nas relações cotidianas, espalhando-se em toda a sua capilaridade, inclusive nas relações com os usuários.

2- Considero que o exercício hegemônico e o caráter imprevisível do trabalho em saúde, que residem na manifestação do trabalho vivo em ato (sempre relacional e intercessor), têm conflitado com as prescrições da gestão dos processos de trabalho, que em grande medida parece pautar suas práticas de gestão muito mais em estruturas de mando do que no caráter coletivo e democrático das relações e na descentralização das decisões. Desse modo, os espaços propiciados pelas potências inscritas nessa imprevisibilidade não têm sido explorados pela gestão no contexto pesquisado, o que poderia revelar sujeitos que colocam em movimento suas subjetividades no fazer diário, exatamente para preservá-las frente aos mandos que tentam manter-lhes em um determinado lugar institucional e que lhes tenta subtrair a potência criadora. Para tanto, é necessário perceber e lidar com o trabalho em saúde como um trabalho marcado pela autonomia que se inscreve nos diversos modos de agir, individuais e coletivos, o que favoreceria inclusive, estratégias de gestão mais compartilhadas e democráticas (o que não invalida tomar certas regularidades na vida organizacional).

Como modo de enfrentamento, pensei na possibilidade desses profissionais de saúde não terem outra “escolha” a não ser a de fugir do trabalho como se foge de uma peste (Marx, 1818-1883), por isso:

3- O enfrentamento ocorre de variados modos “estratégicos”, tais como adoecimentos; faltas e atrasos; não reconhecimento das necessidades dos usuários e modos de agir que denomino de “rotas-ação”. Advogo esse conceito para definir todo e qualquer agir, individual ou coletivo, que carregue consigo a potência de fazer frente (ou de subverter) às tentativas de impor ao mundo de modo geral, e a um determinado contexto histórico e social em particular, uma lógica e uma ordem que atendam aos interesses de poucos. Modelos de gestão caracterizados como antidemocráticos e autoritários, que dentre outras coisas pouco ou não viabilizam a participação coletiva dos trabalhadores, por exemplo, podem gerar “rotas-ação” como modo de enfrentamento/subversão dessa prática. Aqui podemos imaginar um bom paralelo ao conceito de “poder constituinte” alternativo às formas de poder existentes (LAZZARATO; NEGRI, 2001, p. 36); alternativo enquanto uma expressão radical do novo; como a obra de sujeitos independentes; enquanto um plano de potência, “e não somente do poder”. Trata-se, portanto, de um agir individual ou coletivo que expressa processos autônomos de constituição de subjetividade alternativa, e no meu entendimento poderiam, como dito anteriormente, colocar em ação novos agires de gestão, independente de que gestão se está falando.

Rotas-ação estão intimamente relacionadas, e contrapostas, com o que também denominamos (SANTOS; ALBERTO, 2011) de práticas de *desafetação/desvinculação do outro*. Práticas desse tipo têm como marca indelével a suposta onipotência e neutralidade técnica que se apresenta na relação *entre* um ou mais atores nela envolvidos, tentando não apenas o controle rígido dos fazeres cotidianos, mas inscrever a ausência de possibilidade de (re)produção de sentido no que há de mais representativo da subjetividade humana: o trabalho. Portanto, aqui é bastante, mas não suficiente, dizer que rotas-ação, enquanto tentativa de subversão, vão de encontro àquele tipo de prática. É importante perceber a dinâmica nos “índos” e “vindos” desse jogo, uma vez que o uso de rotas-ação também, e de certo modo, pode se configurar como um “pretender-se hegemônico”. Por isso, pelo menos nesse ponto *não* faço distinção entre quem ocupa um determinado lugar de gestão na organização e quem opera a produção do cuidado. Via de regra, esses últimos também são gestores do seu próprio fazer diário, daí a

potência do trabalho vivo em ato.

Portanto, com base nos aspectos acima pontuados, bem como na problemática levantada a partir dos mesmos, e nas suas hipóteses norteadoras, tive as seguintes pretensões:

II. 3- Objetivos

Geral

Analisar as interfaces entre as práticas de gestão dos processos de trabalho e os modos de produção do cuidado em saúde, buscando refletir sobre como esses arranjos institucionais de gestão operam no cotidiano dos profissionais que atuam no HUIBB, bem como sobre os modos de enfrentamento, individual e/ou coletivo, por eles utilizados.

Específicos

- 1- Identificar os arranjos institucionais contrários ou não à manifestação dos autogovernos dos trabalhadores em seu fazer diário.

- 2- Investigar o lugar da “centralidade do trabalho” na vida dos profissionais e relacioná-lo à potência inscrita no trabalho vivo em ato.

- 3- Identificar possíveis estratégias de enfrentamento utilizadas pelos profissionais de saúde frente ao modo como seu trabalho cotidiano é gerenciado e como tais estratégias se instituem como rotas-ação.

Como modo de subsidiar a apreensão e entendimento dos fenômenos sob investigação é que no Capítulo III estão discutidos alguns conceitos ferramenta que fundamentam a tese como um todo. No entanto, de antemão alerta para o fato de considerá-los como tal não significa a tentativa de balizar os fenômenos sociais ocorridos no contexto pesquisado ao entendimento que deles estou tendo. Isso seria contraditório frente à concepção de pesquisa aqui considerada, pois revelaria um empreendimento que tem como projeto antecipatório sua própria realização.

II.4- Planejamento

II.4.1- Território da Pesquisa⁶

A pesquisa teve como base o Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB), atualmente caracterizado como hospital de ensino ligado à Universidade Federal do Pará (UFPA) e pertencente à rede de saúde pública do Estado do Pará. Mesmo sabedor da importância da história de uma instituição nos “ruídos” (mal-entendidos, problemas, insatisfações, “ditos e escritos”, “não-ditos”, ou dificuldades de comunicação que dificultam ou interferem no serviço prestado) atualmente presentes em suas práticas organizacionais, apresento apenas um breve recorte históricos acerca do mesmo. O intuito é contribuir para situar o leitor no território da pesquisa, que certamente terá um considerável panorama acerca dessa organização.

A história do HUJBB foi iniciada em 1930, década em que a tuberculose assolava algumas capitais brasileiras e, por isso, se apresentava como o principal problema sanitário. Dada a baixa retaguarda na relação leito-demanda, os dispensários dinâmicos se apresentavam como a melhor forma de enfrentamento daquela epidemia. Nesse momento histórico, o professor João de Barros Barreto, a partir de seus estudos sobre aquela realidade, idealizou a criação de sanatórios para reforçar o atendimento à demanda, nas diversas capitais.

Anteriormente denominado Sanatório de Belém e cujo funcionamento se deu a partir do dia 15/08/1959, passou a ser denominado Sanatório Barros Barreto, por meio da Portaria nº 249/BSB, de 12 de julho de 1957. O Sanatório foi oficialmente inaugurado em 6 de janeiro de 1957, pelo presidente da República, à época, Juscelino Kubitschek e pelo Ministro da Saúde, Maurício Medeiros. No dia 15 de agosto de 1959, por não mais aceitar adiamentos oriundos das obras inacabadas, mesmo após a sua inauguração, o ministro da Saúde, Mário Pinotti, o diretor do Departamento Nacional de Saúde, Adelmo de Mendonça e o Diretor do Serviço Nacional de Tuberculose, resolveram abrir o Sanatório João de Barros Barreto para funcionamento. É por esse motivo que o aniversário do hospital é comemorado todo dia 15 de agosto. Foi inicialmente planejado para fazer parte de um programa de construção de leitos para hospitalização de pacientes tuberculosos (adultos e crianças), idealizado pelo Ministério

⁶ As informações aqui apresentadas foram sistematizadas a partir daquelas encontradas no sítio eletrônico: <<http://www2.ufpa.br/webhujbb>>. Acessado em: 12/10/2010 e em 10/12/2012. E no Plano de Gestão Hospitalar (2007-2009) do hospital e, mais recentemente, no Plano de Gestão Hospitalar (2010-2012).

da Educação e Saúde (Departamento Nacional de Saúde). O objetivo era construir doze sanatórios nas capitais de alguns estados como Pará (PA), Maranhão (MA), Rio Grande do Norte (RN), Ceará (CE), Rio de Janeiro (RJ), São Paulo (RJ), dentre outros, e que tinha o médico sanitário João de Barros Barreto à frente do projeto. Após ter assumido a Diretoria Nacional de Saúde e Assistência Médica, em 1935 e a direção geral do Departamento Nacional de Saúde, em 1926, João de Barros Barreto teve especial atuação no combate a Tuberculose, dando início à campanha contra essa doença, intensificando a vacinação BCG na população.

Ainda na década de 1950, com a evolução tecnológica da medicina na atenção à tuberculose e dos êxitos obtidos nas ações de controle, o hospital passou realizar o tratamento de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), além da implantação do ambulatório de tratamento de tuberculose e da primeira Residência Médica em Pneumologia e DIP (1976/1981), reativada anos mais tarde, em 1989.

A denominação Hospital João de Barros Barreto veio a partir da publicação da Portaria nº 337/MS, de 01 de novembro de 1983, assinada pelo então ministro da saúde Waldyr Arcoverde. Em 1990, após o término da Campanha Nacional de Tuberculose, o hospital passou a ser administrado pela Universidade Federal do Pará (UFPA), por meio do Termo de Cessão de Uso firmado com a instituição, o que se fez ocorrer a partir da política de descentralização do SUS e de sua própria vocação para o ensino, definida por sua prática voltada para a área. Desse modo, passou a ser denominado como é conhecido atualmente: Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB). Entre os anos de 1991 e 1992 exerceu importante papel no controle de epidemia de cólera no Estado, tanto na assistência médica quanto no treinamento de recursos humanos. Em 2004, após ter passado pelo processo de certificação e por meio de avaliação da Comissão Interministerial (MS/MEC), foi certificado como Hospital de Ensino, respeitando a indissociabilidade entre Ensino, Pesquisa e Extensão. Ainda nesse mesmo ano e em 2005, o HUJBB tornou-se referência estadual no atendimento e tratamento do surto de raiva humana, ocorrido nos municípios paraenses de Portel, Viseu e Augusto Corrêa, com a confirmação de 20 casos.

Está instalado em uma área que compreende 39.864m², com uma estrutura predial de seis pavimentos em forma de “H”, e cuja área construída mede 18.234m², compostos do seguinte modo:

Quadro 01: Caracterização da Infraestrutura do HUIBB

PAVIMENTOS	ÁREAS
Térreo	Área Administrativa; Almoarifado; Patrimônio; Manutenção; Lavanderia; Sala de Caldeiras; Divisão de Atendimento Médico e Estatístico - DAME; Registro Geral de Paciente; Ambulatório de Cirurgia e Cirurgia Ambulatorial; SND e Tomografia Computadorizada. Também estão os seguintes Serviços*: Farmácia; Assistência Social; Nutrição; Fonoaudiologia; Fisioterapia.
1º andar	Ambulatório; Serviços de Meios Diagnósticos e Centro de Estudos.
2º andar	Área de Internação das Clínicas Pediátrica e Cirúrgica e UTI.
3º andar	Área de Internação da Clínica de Doenças Infecto contagiosas (DIP)
4º andar	Área de Internação da Clínica Pneumológica.
5º andar	Área de internação da Clínica Médica; Setor de Saúde Ocupacional; Centro de Informações Toxicológicas; Sala de Diálise; Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Macronúcleo de tuberculose.

Fonte: Plano de Gestão Hospitalar (HUIBB) / 2007-2009.

* Alguns serviços como o de Assistência Social; Fisioterapia; Nutrição e Psicologia, possuem uma sala de atendimento em cada um dos demais andares do HU. Quanto ao Serviço de Psicologia, este particularmente, tem sua sala principal nas imediações do HU (área externa anexa)

Figura 1: Imagem aérea do HUIBB

Fonte: Plano de Gestão Hospitalar (HUIBB) / 2007-2009.

Seu quadro funcional está constituído por 1.159 servidores, sendo 406 de nível superior, 611 de nível intermediário e 142 servidores de nível auxiliar. Conta com 300 leitos, 88 consultórios-dia, 04 salas de cirurgia, 03 salas para cirurgia ambulatorial e uma Unidade de Terapia Intensiva.

O hospital tem como Missão, “prestar atenção à saúde com excelência e referência para a alta complexidade, formar recursos humanos e gerar conhecimentos, atuando de forma decisiva e integrada na transformação da realidade, obedecendo aos critérios de necessidade da população, ao sentido pleno da cidadania, com base na responsabilidade social”.

Por meio de sua visão, busca “ser um referencial público de formação acadêmica especializada e de prestação de serviços de alta confiabilidade em saúde na Amazônia” (Plano de Gestão Hospitalar, 2009/2013). E seus princípios estão norteados pela defesa do SUS, da atenção à saúde e do ensino públicos, gratuitos e de qualidade; da indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão; busca da excelência acadêmica; de uma gestão sustentável com autonomia e participação social; bem como do compromisso social e do fortalecimento das parcerias com os gestores do SUS e diálogo com a sociedade.

Atualmente presta assistência à saúde da população, na área ambulatorial e de internação, nas seguintes especialidades: Clínica Médica, Pneumologia, Pediatria, Cirurgia Geral, Cirurgia Cabeça e Pescoço, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Urologia, Nefrologia, Endocrinologia, Cardiologia e Doenças Infecto-Parasitárias. Também se constitui como referência Nacional em DST/AIDS; Estadual em Endocrinologia e Diabetes; Regional em Pneumologia e Infectologia; e recentemente implantou o serviço de Oncologia. Além disso, também é Referência Especializada em Assistência ao Idoso e em Patologia Bucal, além de constituir-se em Centro Especializado no Tratamento da Tuberculose; Centro de Informações Toxicológicas; Laboratório de Imunohistoquímica; Hemodiálise para pacientes agudos, dentre outros, como por exemplo, o Programa de Assistência ao paciente portador de tuberculose multiresistente; Programa de Assistência a pacientes portadores de Fibrose Cística e o Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar, integrante do Sistema de Vigilância Epidemiológica Nacional (Relatório Anual de Gestão, 2011).

Ainda de acordo com o Relatório acima citado, o HUIBB tem desempenhado importante papel na formação, qualificação e aperfeiçoamento de recursos humanos em saúde, a nível local, regional e até nacional. Por meio da Coordenadoria de Atividades

Acadêmicas, cuja responsabilidade é coordenar as atividades de ensino, no âmbito da Graduação e Pós-Graduação, em co-gestão com os serviços do hospital, Unidades Acadêmicas da UFPA e de outras Instituições de Ensino superior (IES). Esta Coordenadoria possui 04 (quatro) Divisões (Divisão de Treinamento e Educação Continuada, Divisão de Ensino, Divisão de Pesquisa e Biblioteca) voltadas para atender o público acadêmico (docentes e discentes) dos cursos de Graduação e Pós-Graduação, além de ofertar capacitação na área da saúde para a Universidade Federal do Pará e outras instituições conveniadas com o HUIBB/UFPA. Também oferta cursos técnicos de Enfermagem e Radiologia (Relatório de Planejamento Anual, 2011). Importante ressaltar que fazem parte da Divisão de Treinamento e Educação Continuada as atividades de Telemedicina e Telessaúde no HUIBB. Estas ações têm sido desenvolvidas pela Rede Universitária de Telemedicina e Telessaúde (RUTE). A RUTE se configura como um instrumento de educação continuada, voltada para profissionais em saúde habitantes de localidades distantes dos grandes centros urbanos, o que a torna um instrumento de formação e qualificação de importância ímpar na região Norte.

Nesse mês de maio (2013), o HUIBB foi um dos escolhidos no Pará, pelo Ministério da Saúde (MS), para transmitir a programação da TV Saúde, com uma programação diária voltada e criada por médicos e profissionais de marketing da saúde. O objetivo é informar e orientar, além de entreter todos os pacientes e funcionários que circulam diariamente pelos corredores e recepções de hospitais, clínicas e laboratórios do País. A TV Saúde deverá abordar os assuntos de forma simples e direta, e cujo objetivo é subsidiar de informação e conteúdo relevantes o cotidiano de diversas famílias, além de criar valor para os hospitais, clínicas e laboratórios que estão inseridos no projeto. O canal pretende, assim, ser direto com seu público, aumentando os índices de prevenção de doenças e melhoria na qualidade de vida de toda a comunidade.

Sendo uma unidade multidisciplinar, com foco no ensino-assistência, o HUIBB tem promovido um diálogo com as outras Unidades Acadêmicas, com o objetivo de melhor definir os fluxos relacionados a docentes e discentes, sempre visando a qualidade do binômio Ensino x Aprendizagem. Nesse sentido, dentre as ações desenvolvidas pela divisão de Ensino estão aquelas baseadas em instrumentos de avaliação e planejamento, dentre as quais podem ser citadas o Plano Operativo Anual e o Perfil dos Hospitais Universitários/MS. Desta forma, estes instrumentos referentes ao planejamento, avaliação e pactuação de metas são em nível interno do hospital e em nível municipal, estadual e nacional. Além disso, a co-participação na formação de

discentes na graduação, através da relação ensino-serviço, proporciona o recebimento de disciplinas práticas, estágios de graduação e Internato dos diversos cursos da área da saúde, da Universidade Federal do Pará (UFPA), da Universidade do Estado do Pará (UEPA) e de 03 Universidades Particulares conveniadas – CESUPA; UNAMA e ESAMAZ (Relatório Anual, 2011).

Finalmente, têm-se que em 2011 foi realizado o XIV Congresso do HUIBB com cerca de 850 participantes e apresentação de cerca de 180 trabalhos científicos. Também nesse mesmo ano houve a continuidade das atividades da Residência Multiprofissional em Saúde, com duas áreas de concentração: **Oncologia** (Biomedicina, Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Nutrição, Odontologia e Psicologia) e **Saúde do Idoso** (Enfermagem, Fisioterapia, Farmácia, Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional), ambas com 24 (vinte e quatro) meses de duração, em tempo integral e dedicação exclusiva; com Certificação de Especialista, de acordo com cada área de concentração.

Houve, também, a continuidade do Doutorado Interinstitucional em Ciências Médicas e em Oncologia, e da Residência em Cirurgia e Traumatologia Buco-Maxilo-Facial. O Primeiro conta com a UFRGS como instituição promotora, e a UFPA, junto com a UNIFAP como receptoras. Já o segundo, tem o INCA como instituição promotora, sendo a UFPA, a UEPA e a UFMA as receptoras. Suas atividades foram iniciadas no segundo semestre de 2010, com 13 (treze) alunos em Ciências Médicas e 17 (dezessete) em Oncologia, no total de 30 (trinta) alunos, com a meta de qualificar docentes das respectivas Universidades e técnicos administrativos do HUIBB. Ainda em 2011, houve a aprovação, pelo CONSUN (UFPA), da Especialização em Gestão Ambiental Hospitalar, cujo início das atividades se deu em 2012.

Também oferta Internato em Medicina e dispõe de Programas de Residência Médica, que são realizados nas Unidades Hospitalares previamente estabelecidas e sob a supervisão de um docente e médico da Universidade Federal do Pará. A Residência iniciou suas atividades com especialidades de Pneumologia e Infectologia. Em 1993, passou a oferecer vagas nas áreas de Clínicas Médicas e Cirurgia Geral. Já em 2005, o Programa cresceu e passou a disponibilizar Residência médica nas áreas de Endocrinologia, Gastroenterologia Médica e Anestesiologia. Atualmente, são disponibilizadas vagas nas Residências Médicas nas especialidades de Anestesiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Digestiva, Clínica Médica, Endocrinologia, Gastroenterologia Clínica, Infectologia e Pneumologia. O HUIBB também mantém um projeto de

interiorização dos médicos residentes para municípios do estado, com supervisão de preceptores dos programas e da localidade.

Dentre todas essas ações, também tem ativa participação no Pólo de Educação Permanente, além de participar das políticas prioritárias do SUS, já que 100% de sua clientela é composta por pacientes oriundos desse sistema.

Tem se beneficiado com o repasse dos recursos do REHUF (Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino), que o tem ajudado na aquisição de equipamentos. Ainda segundo esse relatório, também houve a aprovação de reformas na estrutura física do Hospital, “com a realização de importantes obras, que melhorarão a qualidade dos serviços ofertados pelo HUIBB, no valor total de R\$ 9.048.376,05” (p. 11). Desse modo, houve, por exemplo, a aquisição de equipamentos “considerados imprescindíveis a realização de diversos exames e que impactarão na melhoria de atendimento aos usuários, no valor total de R\$ 4.272.100,00” (Relatório Anual, 2011, p. 11), conforme abaixo descrito:

- 01 Angiógrafo digital – tipo Sistema Hemodinâmica;
- 01 Aparelho de Ressonância Magnética;
- 01 Aparelho de Tomografia Computadorizada;
- 02 Intensificadores de imagem de uso radiológico;
- 01 Aparelho de Raio-X telecomandado 800 MA;
- 01 Aparelho de Raio-X portátil.

Ainda segundo o relatório, também houve a aprovação de reformas na estrutura física do Hospital, com execução em 2012, para “a realização de importantes obras, que melhorarão a qualidade dos serviços ofertados pelo HUIBB, no valor total de R\$ 9.048.376,05” (Relatório Anual, 2011, p. 11),

- Reforma e ampliação de 10 leitos de UTI;
- Reforma da UTI Pediátrica;
- Reforma com substituição do piso dos pavimentos;
- Reforma e recuperação do Centro Cirúrgico;
- Reforma e adaptação dos serviços de triagem, ambulatório cirúrgico, Unidade de Apoio a Cirurgia (UAC) e Central de Material Esterilizado (CME);
- Reforma geral da infraestrutura predial (5º Oeste, 3º Oeste, 3º Leste, 2º Oeste, reforma dos corredores dos pavimentos, Setor de manutenção, troca do piso do pavimento térreo, cobertura do hospital, reforma do DAME e Subestação).

Portanto, desde a sua fundação, o HUIBB tem desempenhado um importante papel no diagnóstico, tratamento e controle de doenças infecciosas e parasitárias no Estado do Pará, e atualmente se insere no SUS como um dos três HUs certificados⁷ existentes no estado do Pará, sendo considerado um dos principais serviços de saúde da Região Norte do país (Ver Capítulo III).

⁷ Segundo dados de janeiro de 2011, da Coordenação-Geral de Atenção Hospitalar do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde (CGHOSP/DAE/SAS/MS), dentre os 235 hospitais que solicitaram certificação, 167 deles obtiveram sucesso. Desse total, 09 são vinculados ao MS e 38 ao MEC, sendo todos federais. 47 deles são filantrópicos e os demais possuem outro tipo de vinculação e rubrica. <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lista_hosp_ensino.pdf>. Acessado em 13 de janeiro de 2013.

II.4.2- Perfil do Serviço Pesquisado

*Clínica de Infectologia (DIP)*⁸

Localizada no 3º andar do HU e subdividida em duas Alas (Leste e Oeste), a Clínica de Infectologia ou DIP (Doenças Infecciosas e Parasitárias) como é mais conhecida, dispõe de 69 leitos, dos quais 05 são de isolamento e 28 destinados a pacientes portadores de HIV/Aids. Também conta com dois postos de enfermagem e duas salas de convivência para os profissionais lotados no setor, cada um dos quais nas respectivas alas. Além disso, sua estrutura física também conta com 03 consultórios médicos, 01 de Psicologia, 01 de Terapia Ocupacional e 01 de Serviço Social. Possui uma secretaria que funciona no mesmo espaço da sala da gerência de Enfermagem e da Coordenação da Clínica.

Por ter um processo de trabalho multidisciplinar, são várias as categorias profissionais envolvidas na produção do cuidado ao usuário, como Médicos, Enfermeiros, Auxiliares e Técnicos de Enfermagem, Psicólogos, Assistentes Sociais, Terapeutas Ocupacionais, Fisioterapeutas, Fonoaudiólogos, Nutricionistas, Farmacêuticos, além do apoio administrativo. A tabela 01, abaixo, apresenta a distribuição da força de trabalho lotada na DIP, por categoria profissional.

Tabela 01: Distribuição da força de trabalho lotada na DIP

CATEGORIAS	QUANTITATIVO
APOIO ADMINISTRATIVO	03
AUX./TÉC. ENFERMAGEM	75
ASSISTENTE SOCIAL	01
ENFERMEIRO	15
FARMACÊUTICO	02
FISIOTERAPEUTA	01
MÉDICO	10
NUTRICIONISTA	01
PSICÓLOGO	01
TER. OCUPACIONAL	01
TOTAL	110

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

⁸ Informações acessadas no site www.hujbb.ufpa.br, no Plano de Gestão Hospitalar (HUJBB) / 2007-2009 e 2010-2012, e no Relatório Anual de 2011, bem como nas minhas anotações de Diário de Campo.

Outras doenças frequentemente atendidas são a Leptospirose, as Meningites, Hepatites, Sepses, Etafilococcia, Febre Tifóide, Tétano, doenças oportunistas da Aids, especialmente as Meningoencefalites Mriptocócica e Tuberculosa, Neurotoxoplasmose, Candidoses, dentre outras.

No início da década de 90, a Clínica atendeu à epidemia de cólera do Estado do Pará, e mais recentemente atendeu aos múltiplos casos de raiva humana transmitida por morcego, em alguns municípios paraenses.

A Clínica DIP também atua na área de ensino, com Internato, Residência Médica em Infectologia, Treinamento e Educação Continuada, com 01 sala de aula/orientação.

O que se iniciou como um projeto em 2009 e aqui apresentado anteriormente, a Unidade de Meningite - UDM foi inaugurada em abril de 2011, tendo realizado 769 atendimentos e foram atendidos 769, com 643 punções lombares. Ainda encontra-se em fase de elaboração o Programa de Hepatites e de expansão dos Ambulatórios de Micologia e Aids, além da Residência de Enfermagem em Infectologia.

II.4.3- ... Continuando “a metodologia”

- A chegada aos interlocutores

Após a pesquisa ter sido aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUIBB (Anexo I) foi feito contato inicial com os profissionais que participariam da mesma. Estes foram divididos do seguinte modo: *Gestores* (Categoria 1) – Coordenação Clínica do serviço pesquisado e Coordenação de Recursos Humanos. Também estava programada uma entrevista com a Gerência de Enfermagem da clínica DIP, mas após essa a ter cancelado pelo menos três vezes, decidi comunicá-la por escrito que a entrevista não mais seria realizada, mas se ainda assim quisesse colaborar com a pesquisa, em algum momento posterior, poderia entrar em contato por meio telefônico e/ou e-mail fornecidos, o que não ocorreu.

Os outros participantes foram denominados como *Profissionais de Saúde*⁹ (Categoria 2), e seus integrantes ocupavam os seguintes cargos: Auxiliar/Técnico de Enfermagem, Enfermeiro, Médico (especialidades). Assistente Social, Fisioterapeuta,

⁹ O uso do termo “Profissionais de saúde” para nomear a Categoria 2, está sendo feito por questões puramente didáticas. Grosso modo, tem-se que o trabalho em saúde é trabalho vivo em ato e, por isso, a rigor todo trabalhador de saúde é gestor de seu próprio trabalho, no microcosmo por ele operado em seu fazer diário.

Nutricionista, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional. Os ocupantes destes últimos cargos, embora desenvolvendo suas atividades na Clínica DIP, não estavam diretamente lotados nela, mas nos seus respectivos serviços. E, por conseguinte, não estavam subordinados diretamente à coordenação e/ou gerência da clínica.

II.5- Plano de Coleta e Análise dos Dados

Para obtenção de dados com a Categoria 2 (*Profissionais de Saúde*) foram utilizados dois questionários, considerados como fonte primária de coleta de dados. Um estruturado - socioeconômico (Apêndice I) – que abordava questões relativas a essa temática (Cor/Raça; Gênero; Estado Civil; Renda Familiar; Religião; Cargo/Função; Tempo de Serviço; dentre outros). O outro, semiestruturado (Apêndice II), apresentava questões específicas acerca da atuação dos profissionais, inclusive com questões relacionadas à gestão dos processos de trabalho no HU como um todo e na unidade pesquisada. Ambos os instrumentos também foram utilizados para as entrevistas com a Categoria 1 (*Gestores*) e embora tivesse questões semelhantes àquelas presentes no questionário usado com a Categoria 2, também contava com questões específicas referentes à sua atividade de gestão (Apêndice III).

Especificamente para a Categoria 2, e como parte integrante do instrumento de coleta de dados específico com ela utilizado, foram acrescentadas as Questões de Centralidade do Trabalho. Tais questões advêm do trabalho da equipe MOW (*The Meaning of Occupational Working – International Research Team, 1987*), que considera a multidimensionalidade e cuja estrutura de pesquisa assenta-se em um modelo com quatro dimensões do significado do trabalho: centralidade, normas sociais, resultados e objetivos valorados (BORGES; TAMAYO; FILHO, 2005). Embora essas dimensões se apresentem correlacionadas, a atenção recaiu, com certa cautela, sobre a Centralidade do Trabalho, considerada como o grau de importância atribuído ao trabalho, em comparação com as outras esferas da vida: Família, Lazer, Religião e Comunidade. Os estudos pressupõem uma hierarquização dessas esferas e identificam a esfera Trabalho como a segunda mais importante, sendo precedida apenas pela esfera Familiar, para a maioria dos participantes de diferentes amostras (SOARES, 1992).

Com exceção ao questionário socioeconômico, os instrumentos apresentavam quatro conjuntos de questões (*Autonomia-Controle; Precarização-Produção do*

Cuidado; Qualificação Continuada-Novas Tecnologias e Modo de Gerenciamento-Tipo de Enfrentamento) que estavam imbricados nos conceitos ferramenta. Todas as perguntas tiveram como eixo norteador o quadro geral da pesquisa (problema, hipótese e objetivos).

Para verificar a adequação dos instrumentos de coleta de dados, realizei um pré-teste com 15 (quinze) profissionais e acadêmicos/estagiários de saúde de diversas formações, também do próprio hospital, escolhidos aleatoriamente e de acordo com a disponibilidade dos mesmos. Embora esse pré-teste não tenha incluído necessariamente as categorias que participaram propriamente da pesquisa, a realização do mesmo mostrou a viabilidade dos instrumentos, inclusive no que diz respeito ao teste semântico das questões neles contidas. O tempo médio de aplicação dos questionários (quando isso foi feito) e realização das entrevistas ficou em torno de 20 (vinte) e 40 (quarenta) minutos, respectivamente.

Quanto à escolha da clínica DIP como território da pesquisa, esta se deu a partir da indicação feita pelos profissionais e acadêmicos/estagiários (ao final do pré-teste). A eles foi apresentado o organograma do HUIBB (Anexo II), momento em que foram novamente esclarecidos acerca dos objetivos da pesquisa. Ao serem interrogados sobre o porquê da escolha, cerca de 76% dos mesmos relataram que as maiores dificuldades relacionadas aos objetivos da pesquisa poderiam ser encontradas lá, e que poderia “dar uma boa ideia sobre o todo do hospital”.

Para um melhor aproveitamento da entrevista com a Categoria 1, as respostas foram gravadas e posteriormente transcritas e analisadas. Quanto à coleta com a Categoria 2, dada a natureza das atividades diárias desenvolvidas e a consequente dinâmica do serviço, decidi apresentar-lhe verbalmente a pesquisa, de modo individual ou coletivo. Após a aceitação em participar do estudo, lhes foram entregues o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice IV) e os instrumentos de coleta de dados. Posteriormente, e quando não foi possível pegar os instrumentos no mesmo dia, foi marcado um momento para que fossem pegos de volta.

Como parte da obtenção de dados e suporte para a análise dos mesmos, foram considerados alguns documentos de gestão (regimento, planos de gestão, planos de trabalho, organograma, etc.) do hospital. Além disso, foram realizadas observações diretas e/ou indiretas (ambas não sistemáticas) das práticas de gestão e do trabalho diário dos profissionais de saúde, no contexto geral do hospital, e que também foram registradas em diário de campo (considerado como documento de pesquisa). Esses

recursos também se constituíram como instrumentos secundários na obtenção de informações.

II.6- Distribuição da amostra, dentro do universo da pesquisa

Participaram da pesquisa 45 (quarenta e cinco) profissionais distribuídos conforme a Tabela 02, abaixo. Esse quantitativo equivale a cerca de 42,99% do universo total de profissionais lotados na DIP.

Tabela 02: Distribuição das entrevistas realizadas dentro do universo da pesquisa

CATEGORIAS	UNIVERSO	ENTREVISTAS REALIZADAS
AUX./TÉC. ENFERMAGEM	75	25
ASSISTENTE SOCIAL	01	01
ENFERMEIRO	15	11
FISIOTERAPEUTA	01	01
MÉDICO	10	04
NUTRICIONISTA	01	01
PSICÓLOGO	01	01
TER. OCUPACIONAL	01	01
TOTAL	105	45

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

II.7- Aspectos Éticos

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUIBB, sob o Protocolo N° 027, de 06 de Janeiro de 2011. E como parte desse processo de autorização, foi devidamente registrada no Conselho Nacional de Saúde / Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CNS/CONEP), sob o seguinte registro: CAAE – 0153.0.071.000-11 (Anexo III).

A cópia do TCLE entregue a cada um dos participantes estava de acordo com a Resolução N° 196 de 10 de outubro de 1996 (CNS)¹⁰, que prescreve as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas que envolvem seres humanos.

¹⁰ Importante notar que essa Resolução foi atualizada pela Resolução N° 466 de 13 de Junho de 2013 (CNS).

CAPÍTULO III

A aproximação: Um pouco mais do caminho...

III.1- E eis que encontrei as Teorias da Administração!

Muitas são as concepções, em diversas vertentes teóricas, da psicologia (social) às ciências sociais, passando pelas ciências sociais aplicadas – que não são menos importantes - sobre o que possa vir a ser uma organização. Fenômeno cotidianamente presente em nossas vidas e ao longo delas, tomá-las como objeto de estudo científico é dar-se conta de um campo de estudo fragmentado e disperso, embora se reconheça a sua centralidade na vida do ser humano. Não é por acaso que G. Morgan (1996), em obra intitulada *Imagens da organização*, utiliza a noção de metáfora caracterizando a diversidade de olhares que compõe esse campo de estudo. Partindo do ponto de vista de que as organizações são fenômenos complexos e paradoxais que podem ser entendidos sob variadas perspectivas, considera que as teorias e explicações sobre a vida das organizações estão baseadas em metáforas que nos levam a ver e compreendê-las de modos específicos, embora incompletos. Afirma que sempre usamos a metáfora quando tentamos compreender um elemento da nossa experiência em face do outro, o que invariavelmente produz um tipo de descoberta unilateral e que relega outras interpretações a um plano secundário.

Independente de qualquer noção, no entanto, e antes de discorrer sobre elas, esclareço que as organizações de que trato no presente trabalho são aquelas que fazem parte do empreendimento capitalista, e como tais, fazem uso da racionalidade instrumental para atingirem seus objetivos (abaixo, apresento essa noção quando é tratada a concepção burocrática de Max Weber). Em todo caso, obviamente que qualquer movimento que se faça no intuito de tentar apreendê-las ou, se quer, descrevê-las, será um movimento feito a partir de um determinado lugar, ético e político e, portanto ideológico, que não dará conta de sua intensidade.

Esse é o movimento que farei nesse capítulo; primeiro de modo bastante incipiente, com relação às organizações e, depois, tentando apresentá-las a partir de uma discussão sobre as Teorias da Administração e os modelos de gestão dela derivados, centrando a atenção particularmente nos modelos taylorista-fordista e, em segundo plano, no toyotista; máximas expressões do capitalismo no período histórico recortado. Posteriormente, discorro sobre o contexto histórico fundamental para a compreensão da chamada reestruturação produtiva. Também como parte das minhas intenções, mas ainda relacionado a discussão mais geral apresentada nesse capítulo, apresento alguns apontamentos sobre a gestão das organizações hospitalares no contexto da saúde

pública, lançando mão de alguns entendimentos teóricos que também fundamentaram a discussão dos achados empíricos na pesquisa realizada, articulando-os à discussão anterior.

De modo geral, organização é a expressão que refere um sistema social formal, deliberadamente constituído para um determinado fim (PARSONS, 1981, p. 43). No entanto, sua estrutura e a relação entre seus membros constituintes não surgem espontaneamente durante o curso dessa interação social, pois são “designadas conscientemente, *a priori*, para antecipar e guiar a interação e as atividades” (BLAU; SCOTT, 1979, p. 19). Aqui, interessa analisar as organizações como um processo social no qual a dinâmica dos comportamentos de um determinado número de indivíduos requer uma cooperação indispensável, “mas que mantêm um certo grau de autonomia e que perseguem interesses que não são forçosamente convergentes” (FRIEDBERG, 1995, p. 376).

Moura (2003) considera organização como um “conjunto de pessoas e processos que tende a estabelecer relações e ações duráveis com vistas a objetivos que o orientem e, além disso, que o perenizem” (p. 36). Para efeitos do presente trabalho, no entanto, considero organização como sendo construções humanas concretas e simbólicas, concebidas a partir de um movimento constante para lidar com os desafios que lhe são impostos pelo seu contexto. Ainda, um empreendimento coletivo que está imerso, e não poderia deixar de estar, em imbricadas redes de significados e interesses que são mais ou menos convergentes, e cuja complexidade emerge a partir de múltiplos níveis (individual, grupal e organizacional propriamente dito) que lhe são constituintes.

De um modo ou de outro, é dentro desse nível de complexidade que ao longo da história da humanidade se tem buscado, de forma consciente ou não, olhar a dinâmica do mundo a partir de uma determinada lente, e isso inclui a maneira do homem gerenciar os espaços por ele constituídos enquanto organizações. Nesse sentido, podem ser identificados diversos períodos históricos nos quais tal tentativa foi marcada de maneira bastante idiossincrática, de acordo com a conjuntura social, política, econômica e até científica que a cercava. Assim, por exemplo, a invenção da máquina a vapor, por James Watt (1736-1819), marcou a primeira Revolução Industrial e impôs a mecanização da indústria fabril e da agricultura, que posteriormente se estendeu ao transporte e à comunicação, e finalmente, atingiu todas as esferas da vida social. Tais mudanças acabaram por implementar o controle capitalista sobre as principais atividades econômicas, inclusive o trabalho.

No entanto, é em Frederick W. Taylor (1856-1915) que se pode encontrar a verdadeira expressão da tentativa de aplicação da ciência positivista, racional e metódica que passou a marcar o período, aos problemas administrativos, em busca do menor desperdício possível e da máxima obtenção de produtividade. Sendo o principal expoente desse pensamento, em 1903 Taylor publicou o artigo intitulado *Shop Management* (e em 1910, como livro) e em 1911, a obra *Princípios da Administração Científica*, que provocaram verdadeira revolução no pensamento administrativo da época e no mundo industrial como um todo, fundando a Teoria da Administração Científica. Nessas obras estão expostas todas as suas concepções *científicas* da divisão técnica do trabalho humano dentro da produção industrial para a obtenção máxima de produtividade, propondo métodos e sistemas de racionalização do trabalho, com a consequente disciplinarização e subordinação do conhecimento do operário à gerência. Esta, por sua vez, tinha a missão de fazer a seleção rigorosa dos mais aptos (*the right man in the right place*), enquanto que aos demais cabia a execução, da melhor maneira possível (*the one best way*) das tarefas que já haviam sido extremamente fragmentadas em tarefas mais simples. Tal projeto foi conseguido a partir do estudo detalhado e minucioso do tempo (este, como o símbolo máximo do capital incipiente) e do movimento empregado por cada operário, durante o trabalho, o que também evitou “desperdício” e proporcionou economia de capital. A compartimentalização das atividades também tinha uma razão de ser a mais: poderiam ser realizadas por um tipo de operário “tão forte e tão imbecil, um homem-boi”, pois “um operário classificado faz justamente o que se lhe manda e não reclama” (TAYLOR, 1990, p. 18; 46). Como parte de seu arcabouço técnico científico, Taylor propunha, ainda, incentivos financeiros (salários e prêmios) como fatores motivacionais, pressupondo um *homo economicus*, ou na melhor expressão deste, como um “monstro antropológico”, que é habitado por uma suposta racionalidade que reduz todos os problemas da existência humana a um cálculo (BOURDIEU, 2001), e cuja motivação ligava-se diretamente àqueles aspectos, tão somente.

Como todo e qualquer projeto inovador, o de Taylor não fez apenas adeptos, que empregaram amplamente seus métodos em várias indústrias. Conquistou também inimigos que eram contrários às suas ideias, considerando-as um mecanismo que propiciava o controle e exploração exacerbados do homem pelo homem. Silva (2004) ousa dizer que a partir das concepções de Taylor passou-se a engendrar “uma produção de subjetividades não só sobre o processo de trabalho, mas sobre o trabalhador” (p. 52),

pois práticas dessa natureza são traduzíveis em termos de produção de bens de consumo a baixo custo e de sujeitos pouco autônomos e alienados do processo de produção, marcados que são pela heteronomia no trabalho; retrato de uma crescente indistinção das características pessoais, subjetivas, do ponto de vista da divisão técnica do trabalho. Portanto, ao mobilizar as massas de camponeses para o trabalho nas fábricas, desqualificando-os enquanto operários frente a uma nova divisão técnica do trabalho padronizado em atividades mais simples, com operações uniformizadas, a divisão taylorista possibilitou a efetiva distribuição dos trabalhadores e suas ferramentas ao longo da linha de produção, separando-os da concepção do que haveria de ser produzido, tornando-os apêndices à nova lógica produtiva fundada na máquina.

Fazendo uso das concepções tayloristas, o também estadunidense Henry Ford (1862-1947) aplicou a tecnologia da linha de montagem na produção de automóveis em massa, em 1913. Mesclando o “tempo métrico” taylorista com a produção em série, com base em suas esteiras mecânicas, os dispositivos organizacionais e tecnológicos fordistas incorporaram o sistema de Taylor na medida em que as máquinas automáticas passaram a se encarregar pelo deslocamento dos materiais e objetos de trabalho, o que suprimiu o trabalho humano, anulando e robotizando os trabalhadores, exercendo tarefas parcelares durante a produção. Esta, por sua vez, passou a ter uma cadência contínua de tal ordem que apenas os movimentos que estivessem dentro de um raio de ação que transformassem efetivamente matéria-prima em produtos acabados eram permitidos aos trabalhadores (PINTO, 2007). Tratava-se, portanto, de racionalizar ao máximo as operações realizadas pelos trabalhadores, com diminuição do tempo e aumento do ritmo de trabalho, com vistas à intensificação das formas de exploração. Juntamente com a perda da destreza do labor, “o processo de *desantropomorfização do trabalho* e sua conversão em *apêndice* da máquina-ferramenta”, dotou o capital incipiente, mas já bastante contundente, de maior intensidade na extração do sobretrabalho (ANTUNES, 2007, p. 37).

Também como uma extensão do trabalho de Taylor, o francês Henri Fayol (1841-1925) dedicou-se aos aspectos globais das companhias, construindo sua formulação teórica sob a mesma base racional (Teoria Clássica). Sua atenção recaiu, no entanto, na direção da empresa, propondo a racionalização da estrutura administrativa e enfatizando as funções e operações no interior da mesma. Foi dele a primeira abordagem racional para a organização, bem como o primeiro a valorizar o papel do gerenciamento para a direção de todo tipo de empreendimento. Também é dele os

princípios para uma boa administração, e a clássica visão do papel do administrador: organizar, planejar, coordenar, comandar e controlar.

Juntas, as concepções de Taylor, Ford e Fayol compõem a chamada Administração Científica ou Estrutural da Administração. Formam os primeiros modelos de gestão propositivos de arranjos organizacionais formulados sistematicamente e orientados intencionalmente para determinados fins (FERREIRA *et al.*, 2005).

Outro modo de pensar a organização foi formulado em 1913, pelo sociólogo alemão Max Weber (1864-1920), que desenvolveu a Teoria da Burocracia. Considerada a primeira formulação teórica sobre as organizações, seu estudo fundamentou-se na racionalidade e em um conjunto de regras morais por ele denominado de “ética protestante”. Esta é considerada tendo como base o trabalho “duro” e “árido”, como dádiva divina, e no estoque (poupança) como modo de evitar a vaidade e a ostentação (ETZIONI, 1987).

Weber identificou determinadas características da organização formal voltadas exclusivamente para a racionalidade e para a eficiência. A base de suas formulações também encontra no taylorismo/fordismo e no fayolismo certa afinidade. Weber especula o tipo ideal de organização burocrática, na qual a divisão do trabalho deveria ser baseada nos seguintes aspectos: especialização funcional; sistema de regras de procedimentos para tratar das situações de trabalho; impessoalidade nas relações interpessoais e seleção; e promoção com base em competências técnicas (LARANGEIRA, 1999). Nessa concepção, e considerando a empresa capitalista ocidental, o uso da racionalidade instrumental para a consecução de seus objetivos no mercado torna-se essencial, o que a faz diferente de outros tipos de empreendimentos. Ou seja, privilegia o uso específico de um tipo de racionalidade na qual o cálculo é o objetivo da ação, servindo de meio para todos os fins. É desse modo que a modernidade, ao se apropriar da teoria weberiana, revelou a burocracia como “uma estrutura social na qual a direção das atividades coletivas fica a cargo de um aparelho impessoal hierarquicamente organizado, que deve agir segundo critérios impessoais e métodos racionais” (MOTTA, 1981, p. 30).

Um marco importante na Teoria da Administração foi a passagem à chamada Abordagem Humanística, tendo como sua maior expressão a famosa pesquisa realizada na *Western Electric Company* (Hawthorne), em Illinois (EUA), em 1927. Ao combater o formalismo na administração, se contrapôs à Teoria da Administração Científica e

Teoria Clássica, representando um avanço em relação às mesmas. Defendeu a importância dos grupos informais e a necessidade de ver o trabalho como um processo de construção coletiva e cooperativa (aspecto sociológico), considerando, portanto, as relações interpessoais; daí a necessidade de reconhecimento, segurança e adesão ao grupo, em detrimento aos incentivos venais. As discussões sobre a motivação humana, baseadas nas teorias de Maslow (1908-1970) e Herzberg (1923-2000), foram ampliadas pela Escola Comportamental. Embora tendo focado sua atenção na motivação dos indivíduos (aspecto psicológico) como aspecto nodal para a organização atingir seus objetivos, a partir da participação dos trabalhadores nas decisões que envolvessem as tarefas, as formulações dessa escola viam as relações entre os indivíduos de modo simplista, pois desconsideravam a possibilidade de existirem conflitos entre os interesses individuais dos empregados e os interesses corporativos. Consideravam-no indesejável e passível de eliminação por meio do uso do estilo de gestão mais participativo, como possibilidade de fazer convergir os interesses na relação capital *versus* trabalho (FERREIRA *et al.*, 2005).

Recompensas sociais podem parecer um importante recurso para promover a motivação humana. No entanto, ter esse elemento como o único capaz de motivar as pessoas se traduz em um perigo a mais para modelos de gestão que primam por ele. Pode ocultar o conflito de interesses acima citado, caracterizando como apaziguadoras as práticas de gestão, valorizando aspectos simbólicos relacionados a prestígio e afeição, por um lado e, por outro, escamoteando questões como condições de trabalho, salário, etc.

Inaugurando o sistema aberto das organizações, a Escola Estruturalista partiu da análise das limitações do modelo burocrático e da derrocada da abordagem humanística. Mantendo certa aproximação com esta última, seu avanço está representado pelo reconhecimento de que os conflitos são inerentes às relações humanas de modo geral, inclusive na produção. Nesse sentido, “as tensões (...) – que podem ser reduzidas, mas não eliminadas – (...) entre a racionalidade e a irracionalidade, entre a disciplina e a autonomia (...) ou, mais genericamente, entre posições e divisões, são ‘inevitáveis’” (ETZIONI, 1997, p. 55).

Outras tentativas de entender o funcionamento das organizações, a partir do modo de gerenciá-las, também foram desenvolvidas. Seja em complementação a outra concepção já existente, tentando reformulá-la nos aspectos que mais haviam sofrido críticas, seja em total contraposição a ela. O fato é que de uma maneira ou de outra,

todas tiveram, em alguma medida, suas concepções empregadas como modelos de gestão, dando suporte às estratégias gerenciais nelas situadas e, portanto, influenciando o modo de produção dentro dos diversos seguimentos laborais. Tais tentativas estão sistematizadas no quadro abaixo (Quadro 02), juntamente com as que já foram discutidas até aqui¹¹.

Embora ainda com foco para o interior da organização, mas contrapondo-se à ênfase no “processo físico” do trabalho, na estrutura e no funcionamento da mesma (níveis operacional e diretivo); próprios do taylorismo (Modelos Humanístico; Comportamental e Burocrático), e preocupando-se com as relações interpessoais e com os aspectos psicossociais como fatores intervenientes na produtividade, no fordismo a fragmentação no estudo das organizações foi substituída por uma perspectiva mais abrangente da realidade organizacional (Modelos Sistêmico; Contingencial e ADO), incorporando o planejamento de mercado, outras instituições e a sociedade (GONÇALVES, 2009, p. 144).

Quadro 02: Desenvolvimento do pensamento sobre a ação gerencial (taylorismo)

MODELOS	FIGURAS PRINCIPAIS	PROCESSO PRINCIPAL	OBJETIVO	ÊNFASE	TIPO DE GESTOR	PALAVRAS-CHAVE
TAYLORISMO						
Administração Científica 1903	Taylor, Henri Fayol	Tarefa	Racionalização do trabalho	Padronização	Supervisor	tarefas, especialização, hierarquia
Humanística – Comportamental 1920	Elton Mayo, Kurt Lewin, Mary Park Follett	Relações	Clima organizacional	Emoções / Atitudes	Motivador	comportamento, relações, dinâmica de grupos, motivações e lideranças
Burocrática 1940	Max Weber	Norma	Rotinas escritas	Registro	Burocrata	formalização, manuais, normas e procedimentos

Fonte: Adaptado de Gonçalves (2009, p. 144)

¹¹ Embora algumas concepções gerenciais tenham sido discutidas da maneira como o foram, decidi apresentar, nos Quadros 3 e 4, parte daquelas relacionadas mais especificamente ao fordismo, e a totalidade daquelas próprias do toyotismo. Estão apresentadas as informações mais relevantes acerca de cada uma delas, pelo menos para o presente trabalho.

Quadro 03: Desenvolvimento do pensamento sobre a ação gerencial (fordismo)

MODELOS	FIGURAS PRINCIPAIS	PROCESSO PRINCIPAL	OBJETIVO	ÊNFASE	TIPO DE GESTOR	PALAVRAS-CHAVE
FORDISMO						
Sistêmica 1950	Bertalanffy	Sistema	Sistemas de informações	Interação	Gestor de sistemas	interdependência, <i>feedback</i> , processamento.
Contingencial 1955	Burns e Stalker; Lawrence e Lorsch	Realidade situacional	Combinação de soluções	Situação	Gestor de contingências	adaptação, especialidades do momento
Administração por Objetivos (ADO) 1962	Peter Drucker, John Humble, George Odiorne	Resultado	Cumprimento de metas	Pragmatismo	Gestor de resultados	avaliação contínua, objetivos, hierarquia de objetivos, individualismo

Fonte: Adaptado de Gonçalves (2009, p. 144)

As ideias de Taylor, em associação com as práticas de Ford, difundiram-se por todo mundo, de modo que essa articulação é considerada como um binômio chamado de taylorismo/fordismo, tão identificáveis que são entre si. Apesar do consequente sucesso promovido pelo crescimento da produção, esse binômio enfrentou resistências, mesmo nos Estados Unidos e, principalmente, na Europa, em função do trabalho baseado na rotinização, fragmentação e extensa mecanização através das esteiras rolantes. O combinado de estratégias utilizado pelo taylorismo/fordismo passou a denotar a máxima expressão do trabalho abstrato.

Sendo os legítimos representantes da forma mais avançada da racionalização capitalista do processo de trabalho ao longo de várias décadas do século XX, começaram a dar sinais de esgotamento no final dos anos 60 e início dos anos 70, quando já estavam estruturalmente comprometidos.

Além desses, também estão representadas, no Quadro 04, à seguir, as concepções gerenciais que passaram a nortear o pensamento administrativo a partir da década de 1970 e que se situam no campo da gestão (estratégica), identificado como modo de produção flexível (toyotismo). De acordo com Gonçalves (2009), em tais concepções “a gestão estratégica vai variar o foco da análise do sistema à situação, dos cenários à participação, do resultado à qualidade total, do envolvimento à flexibilidade, dos valores à parceria instantânea”, isto para tentar dar conta da elasticidade da produção, característica desse momento histórico (p. 145). Vejamos:

Quadro 04: Desenvolvimento do pensamento sobre a ação gerencial (Produção Flexível - Toyotismo)

MODELOS	FIGURAS PRINCIPAIS	PROCESSO PRINCIPAL	OBJETIVO	ÊNFASE	TIPO DE GESTOR	PALAVRAS-CHAVE
TOYOTISMO						
Estratégica 1970	Ansoff, Mintzberg, Chandler	Estratégia	Plano estratégico	Cenários	Estrategista	ambiente, unidades estratégicas de negócios
Participativa 1976	Macmillan, Guth	Poder	Decisões de grupos	Envolvimento	Articulador	poder, participação nos lucros, comitês gerenciais
Administração Japonesa 1980	Deming, Juran	Cultura	Qualidade Total	Consenso	Mediador	cultura, <i>kereitsu</i> , <i>kaizen</i> , <i>just in time</i> , escritório coletivo
Empreendedora 1986	Fortin, Filion	Iniciativa	Empreendimento	Autonomia	Empreendedor	inovação, efetividade, empreendimento , antecipação
Holística 1989	Christian Smuts (origem)	Convergência	Compatibilização de conceitos	Flexibilidade	Facilitador	valores, aprendizado, multifuncionalid ade, convergência
Virtual 1992	Levy	Interconectividade	Parceria instantânea	Redes: EDM, EDI, EDC	Gestor de informação	marketing de valor, equipes voláteis autônomas, agilidade, personalização

Fonte: Adaptado de Gonçalves (2009, p. 145)

Embora o período acima recortado (Quadro 04) tenha se iniciado na década 1970, é a partir do modelo de administração japonês (anos 1980) que pode ser identificado o momento histórico em que o toyotismo alcançou um considerável poder ideológico e estruturante (daí a razão de ser assim denominado). No entanto, Alves (2005) considera que o toyotismo teve origem muito além de sua gênese sócio-histórica e, portanto, não se reduz a ela. Mesmo que à esta esteja associado o sucesso da indústria manufatureira japonesa frente à concorrência internacional, havia um quadro de exigências do capitalismo mundial, das novas condições de concorrência e de valorização do capital (necessidades da acumulação do capital frente à crise de superprodução), em vigor desde a crise capitalista dos anos 70; o considerado complexo de reestruturação sob a mundialização do capital.

Importante notar, ainda, que a dimensão mundial assumida por esse modelo,

também foi favorecida por um conjunto articulado de estratégias de gestão, do qual resultou a máxima flexibilização da produção com a consequente *manipulação da subjetividade operária*. Eis aqui a maior expressão da capacidade manipulatória desse modelo, que para se instaurar também contou com as sucessivas derrotas do movimento sindical combativo, em luta contra essa nova hegemonia desde os anos de 1959; 1952/1953. A partir de então, após a repressão dos líderes grevistas e a desmoralização imputada ao movimento, foram criados os chamados sindicatos de empresa, culminando com a campanha reivindicatória de 1954, já sob a subsunção do sindicalismo ao “espírito toyotista”, refletida no lema “Proteger nossa empresa para defender a vida!” (CORIAT, 1992b, p. 37). Estavam criadas, portanto, as condições para que a empresa capitalista japonesa, particularmente a Toyota, pudesse implementar no campo da gestão organizacional os dispositivos que compunham o arcabouço ideário desse modelo, dentre eles: Círculos de Controle de Qualidade (CCQ’s), *just-in-time / kanban*, o engajamento consentido (“gestão participativa”), a polivalência operária, a busca pela “qualidade total”, etc.

Não tenho o propósito de esgotar a apresentação do detalhamento desse modelo e os desdobramentos que o fizeram tomar dimensões mundiais como estratégia de maior acumulação, flexibilização e produção de mercadorias. Mas ainda me é imperativo fazer algumas considerações, agora também retomando o modelo taylorista-fordista para, em seguida, começar uma aproximação com alguns apontamentos acerca das organizações hospitalares e os outros conceitos ferramenta que também fundamentaram minhas análises. Inicialmente faço isso retomando algumas considerações de Giovanni Alves sobre a articulação entre esses modelos, e as análises ofertadas por Harvey, acerca do significado e da configuração das transformações operadas no interior do mundo produtivo.

Alves aponta que

o toyotismo não é considerado um novo modo de regulação do capitalismo (...); o potencial heurístico do conceito de toyotismo é limitado à compreensão do surgimento de uma nova lógica de produção de mercadorias, novos princípios de administração da produção capitalista, de gestão da força de trabalho, cujo valor universal é construir uma nova hegemonia do capital na produção, por meio da captura da subjetividade operária pela lógica do capital (ALVES, 2005, p. 31)

E completa, citando Aglietta (1978): “é um estágio superior de racionalização do trabalho, que *não* rompe, a rigor, com a lógica do taylorismo-fordismo, é por isso que

alguns autores o denominam de ‘neofordismo’” (ALVES, 2005 – *Grifo meu*). Para ele, o diferencial qualitativo do toyotismo reside na gestão da força de trabalho, exatamente na captura da subjetividade - “pelo menos no plano da consciência de classe” (p. 31).

Harvey (1992), por seu turno, aponta que a acumulação flexível é “marcada por um confronto direto com a rigidez do fordismo”. Apoia-se na flexibilidade dos mercados e dos processos de trabalho, dos produtos e dos padrões de consumo. Está demarcado pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos; novas maneiras de serviços financeiros; novos mercados e, sobretudo, taxas de inovação comercial, tecnológica e organizacional, altamente intensificadas. Segundo ele, a acumulação flexível envolve rápidas mudanças dos padrões do desenvolvimento desigual, tanto entre setores como entre regiões geográficas, criando, por exemplo, um vasto movimento de emprego no chamado setor terciário¹², bem como conjuntos industriais completamente novos em regiões até então “subdesenvolvidas” (HARVEY, 1992. p. 140). Entretanto, esse autor aponta que muito embora tenha havido empresas baseadas no taylorismo-fordismo que adotaram as novas tecnologias e os emergentes processos de trabalho (neofordismo), considera que as pressões da competitividade e as tentativas acirradas pelo controle da força de trabalho levaram à produção de “formas industriais totalmente novas ou à integração do fordismo a toda uma rede de subcontratação e deslocamento para dar maior flexibilidade diante do aumento da competição e dos riscos” (p. 148). Para ele, isso não significa dizer, no entanto, que a força que os sistemas taylorista-fordista de produção têm deva ser ignorada, muito menos

fingir que nada mudou, quando os fatos da desindustrialização e da transferência geográfica de fábricas, das práticas mais flexíveis de emprego e da flexibilidade dos mercados de trabalho, da automação e da inovação de produtos olham a maioria dos trabalhadores de frente” (Ibdem, p. 178-179).

Aqui, é bastante apropriada a questão que nos coloca Sennet (2001), ao discutir o limite do trabalho fundado na rotina e na “nova” flexibilidade moderna: “a flexibilidade, com todos os riscos e incertezas que implica, remediará de fato o mal humano que ataca? Mesmo supondo que a rotina tem um efeito pacificador sobre o

¹² Diferentemente do setor secundário, no qual há a transformação de matérias-primas (advindas do setor primário) em produtos industrializados (automóveis, máquinas, eletroeletrônicos, etc.), esse setor econômico está relacionado aos serviços. Exercidos por pessoas ou empresas, os serviços são caracterizados por produtos não materiais em que a atividade está voltada para a satisfação de determinadas necessidades. Áreas como a da saúde estão nele localizadas.

caráter, exatamente como vai a flexibilidade fazer um ser humano mais engajado?” (p. 51).

De um modo ou de outro, o fato é que me parece que a discussão que circunscreve os modos “estratégicos” de produção até aqui abordados ainda está em aberto. Se não, bastaria ficarmos com a seguinte passagem da obra intitulada “Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social”, de Vincent de Goulejac:

Para Taylor, o aumento dos salários e o aumento dos lucros deviam ser parceiros. O gerenciamento extraía sua legitimidade na defesa dos interesses dos trabalhadores. Ficamos surpresos ao constatar que, ao menos no plano das intenções, Taylor permanece muito mais progressista do que um bom número de dirigentes atuais. Se estes evocam a consideração da pessoa, o desenvolvimento da iniciativa individual (...), ao mesmo tempo evocam muito pouco respeito pelos interesses dos trabalhadores e muitos consideram que a cooperação entre capital e trabalho passa pela flexibilidade antes do aumento das remunerações, a rentabilidade antes da defesa dos interesses do pessoal (GOULEJAC, 2007, p. 48-49).

Portanto, esses modelos têm sido bastante criticados, ainda na atualidade, mesmo com o campo da gestão tendo sido ampliado desde 1911, o que alterou radicalmente o modo como são organizados os processos de trabalho; a disciplina e o controle continuam sendo a base central dos métodos de gestão atuais. Mesmo os mais modernos, por assim dizer, apenas reinventaram a “sopa de letrinhas” para atualizar o discurso de maior participação e autonomia do trabalhador quando, na verdade, nenhuma delas investe na produção de sujeitos autônomos, com capacidade para “contratar compromissos com outros”. Em uma conjuntura cuja configuração é marcada pela derrota do operário fordista e pelo reconhecimento da centralidade do trabalho vivo, a atualidade aponta para a inventividade cada vez mais manipulatória das estratégias de gestão que devem modificar a subjetividade dos sujeitos e “ganhar-lhes até a alma”. É ela que deve ser organizada e comandada... “é a alma do operário que deve descer à oficina”, prescrevem os novos modelos *management*, configurando o que se tem chamado Racionalidade Gerencial Hegemônica (CAMPOS, 1998, p. 865; 2007; LAZZARATO; NEGRI, 2001, p. 25).

Voltarei a esse ponto ainda no presente capítulo, particularmente quando as atenções se centrarem na gestão dos processos de trabalho em saúde, momento em que faço uma discussão sobre como as práticas de gestão têm se apresentado nas instituições de saúde. E daí a diante, nos demais capítulos. Por ora, importa ir, junto com essas

teorias, para dentro do território que me interessa.

III.2- Mas se é assim, e nos territórios que me interessam?

Antes de me voltar às questões que passam a interessar mais amiúde, reporto-me a Etzioni (1989; 1997); Mintzberg (1995); Mintzberg e Quinn (2001); Daft (1992; 2002); Shortell e Kaluzny (2006), que tratam das particularidades das organizações hospitalares. Para Mintzberg (1995) e Mintzberg e Quinn (2001), por exemplo, tais organizações são consideradas Burocráticas Profissionais ou Organizações Profissionais, pois nelas se realiza um trabalho de grande complexidade, centralmente dependente de “peritos”, e que é a confluência dos atributos de seus profissionais e a natureza de seu processo de trabalho que conferem às organizações de saúde, e em particular à organização hospitalar, uma complexidade diferenciada. É desse modo que a organização hospitalar está sendo aqui entendida; como proposto por estes últimos autores. Ou seja, como organizações onde convivem profissionais cuja importância advém do poder originado da centralidade de seu trabalho, de sua autonomia e de seus conhecimentos e habilidades e, como tal, pode ser percebida como uma pirâmide invertida que concentra o poder decisório da produção no processo de trabalho desses profissionais, e cuja configuração apresenta duas hierarquias paralelas e separadas. Uma invertida, mais democrática, flexível e negociada para os profissionais; e outra de cima para baixo, mais mecânica e rígida para a equipe de suporte composta pelas áreas que dão apoio ao trabalho dos profissionais, como a área administrativa e de serviços gerais (MINTZBERG; QUINN, 2001).

É no interior dessas organizações que também reside o desafio de gestão dos processos de trabalho de profissionais que têm o domínio dos conhecimentos e das técnicas próprias à intervenção terapêutica que um determinado caso requer, seja em nível investigativo, preventivo, curativo ou, ainda, de reabilitação; o que podemos considerar como produção do cuidado. Dentro dessa perspectiva, a complexidade das ações de gestão fica aumentada, uma vez que a coordenação dos diferentes atores organizacionais deverá levar em consideração os diversos interesses, em grande medida antagônicos, dos profissionais e categorias que nela co-habitam, desenvolvendo seu trabalho, imbricados que estão por seus Núcleos (conjunto de saberes próprios, específicos a cada profissão ou especialidade) e Campos (saberes e responsabilidades

comuns às várias profissões)¹³ de Competência (CAMPOS, 2007), em seus fazeres na cotidianidade de suas funções. Hoje é inegável que a produção do cuidado está imersa em práticas produzidas por um conjunto de “especialismos” derivados da divisão do trabalho em saúde, que convivem entre si, em diferentes espaços produtivos das organizações de saúde, e espalhados em uma rede de tensão crônica. Tensão existente, e legítima, que decorre dos modos de governo presentes em tais organizações (que tentam garantir sua sobrevivência, subsumindo-se, muitas vezes, ao mercado e aos meios) e dos diferentes interesses de realização (financeira, profissional e pessoal) de todos que nelas atuam, de um lado; e da tentativa de produção de valores de uso, de outro. Esse cenário impacta direta e indiretamente no tipo de estratégia adotada pela gestão dos processos de trabalho como tentativa de resolver questões que envolvem a noção de núcleo e de campo.

As ações de gestão, portanto, também podem ser entendidas como parte de um processo político de coordenação institucional, cujo objetivo é a garantia das ações de saúde em uma determinada unidade sanitária, bem como a efetivação de um dado modelo técnico assistencial¹⁴. Constituído-se em um momento de planejamento, especialmente no que diz respeito às estratégias e às táticas adotadas; compreende desde a tomada de decisão acerca das prioridades a serem consideradas, e que envolvem não só o processo de trabalho com todos os insumos a ele relacionados, mas as ações conflitantes entre os vários atores nele envolvidos (CAMPOS, 1994b; 2006). Considero, ainda, que a gestão assenta-se como campo de prática social onde acontece a coordenação do trabalho em saúde, perpassado pelo exercício do trabalho vivo em ato com consequente manifestação dos auto-governos dos profissionais que atuam na área, pois ao manejarem suas clínicas, seus saberes tecnológicos e estabelecerem tentativas de controle dos cuidados realizados, ambas o fazem de forma autônoma (MENDONÇA, 2008).

Considerando o setor saúde como qualquer outro setor produtivo que está dentro do desenvolvimento histórico do capitalismo e, portanto, sofrendo todas as suas implicações nas relações de produção e consumo, então devemos nos reportar ao fato de que ele também vem sofrendo com os mesmos processos de racionalização e

¹³ Tais noções devem ser consideradas para a discussão sobre controle dos processos de trabalho / trabalho em equipe e produção do cuidado, abaixo.

¹⁴ Veja que o conceito de gestão também pode ser entendido como incluindo as instâncias superiores de governo. Embora esse nível também interesse no presente trabalho, aqui me reporto apenas às unidades assistenciais, com suas decisões sobre o cotidiano operacional de suas ações (para uma maior discussão, ver Moreira, 1997).

reestruturação que marcam o setor produtivo em geral. A saúde, ou sua produção e, portanto, o “produto saúde”, é resultado de um processo sócio-histórico, cuja importância relaciona-se com os valores vigentes em cada sociedade e em cada época. Sua utilidade – valor de uso, no entanto, tem sido dada por sua *potencial e suposta* capacidade de atender a essa mesma necessidade social, já que ela não é, nem deve ser confundida, com o valor de uso em si. “Confundir valor de uso com atendimento automático de necessidades sociais é uma armadilha tecnocrática ou mercantil, que dificulta, à maioria, analisar de modo crítico a produção de valores de uso” (CAMPOS, 2007. p. 49). Basta lembrarmos que o processo de produção em saúde, como aponta Franco (2003), estar incorporado nesse jogo de desenvolvimento do capital e atender à geração e acumulação de riquezas, além de “os processos de subjetivação implicados com as práticas mercantis na saúde estruturam-se também em modos de agir dos trabalhadores e usuários que orientam as práticas assistenciais” (p. 114).

Se nos voltarmos, por exemplo, a um nível macroeconômico, considerando as práticas de gestão das instâncias superiores de governo ao pensarem as políticas para o setor, temos que parte significativa delas é guiada pela racionalidade ditada pelo capitalismo, o que tem orientado as ações governamentais em detrimento de uma maior proteção à saúde dos cidadãos. No contexto nacional, esse aspecto fica mais claro quando olhamos para as Reformas Administrativas do Estado (anos 1960 e 1930), incluindo a Gerencial (1990) - dentro da qual a área da saúde se insere como parte do setor social -, com sua investida privatizante e de flexibilização da gestão, incluindo a de recursos humanos (Ver capítulo V).

A discussão e posterior tomada de decisão acerca da descentralização do poder para os municípios (regionalização do SUS), com a conseqüente instauração do controle social (conselhos e conferências de saúde), ocorridas ainda dentro do processo de implantação do SUS atestam a tentativa de tornar mais democrática a gestão do sistema, bem como a decorrente gestão das instituições de saúde, o que poderia contribuir para o alcance dos objetivos do sistema e implicaria a diminuição do alto grau de alienação em que se encontra a maioria dos trabalhadores (CAMPOS, 1998).

Em um nível micro, o da gestão dos processos de trabalho, a conjuntura que vem sendo discutida acima também não se faz diferente, embora apresente suas idiosincrasias. Há muito se têm discutido propostas de como tornar o interior das organizações de saúde, e aqui passo a considerar particularmente os hospitais, como espaços mais democráticos. As propostas vão desde o modo de governar as mesmas,

discutindo a influência das teorias administrativas, particularmente a taylorista-fordista e seus derivados na organização do trabalho, e como torná-las mais democráticas (CAMPOS, 1998 e MATOS; PIRES, 2006); passando pela possibilidade de tornar os conflitos nela existentes como uma ferramenta de gestão (CECÍLIO, 2005); ou mesmo por elaborações teóricas que tem sua base de sustentação na micropolítica do trabalho em saúde, olhando a gestão do cotidiano como forma de produzir novos poderes na fabricação de modelos de atenção à saúde (MERHY, 2007). Também são encontradas aquelas que colocam em xeque os próprios modelos de gestão que se auto intitulam democráticos e centrados na autonomia (CECÍLIO, 1999), chegando-se a propostas de modelo de avaliação da gestão de recursos humanos em saúde (CECÍLIO, 2010).

Isso impõe a necessária mudança na organização e gestão dos processos de trabalho, uma vez que o setor saúde, em especial a organização hospitalar, é fortemente marcada pelo modelo taylorista/fordista, da administração clássica e do modelo burocrático (MATOS; PIRES, 2006, p. 511). Sua estrutura é pensada de acordo com organogramas clássicos, cuja hierarquização vertical impõe uma fragmentação nas responsabilidades e formalismo nas relações, que se pautam nas lógicas de autoridade legal, como herança da concepção burocrática, muito embora distante do tipo ideal weberiano. Portanto, os hospitais têm se constituído em espaços organizacionais onde residem práticas de gestão controladoras, idealizadas e praticadas de modo a serem mantidas de forma rígida e inflexível, justamente para sustentar e dar conta da tão desejada efetividade em operar sistemas de saúde dessa natureza, numa verdadeira acepção ao modo taylorista/fordista de gerenciar processos de trabalho. Tais práticas também podem variar e se apresentar de acordo com o que denomino de o “novo espírito do taylorismo” (acepção a Boltanski e Chiapello), marcantes em alguns espaços que se autodenominam democráticos, e cujos gestores se orgulham de supostamente compartilhar com os trabalhadores o poder decisório que permeia as ações de gestão, inclusive a de gestão dos processos de trabalho, como se para mexer em esquemas de poder fortemente instituídos dentro de organizações bastasse apenas criar mecanismos de gestão participativa, encarnados nos colegiados de gestão existentes na área da saúde como um todo. Nesses espaços convivem não apenas projetos antagônicos em disputa por autonomia individual, o que já seria o bastante para impor dificuldades a qualquer projeto daquela natureza, mas também por afirmação e reafirmação de projetos corporativos ligados às diversas categorias que historicamente não se subordinam a determinados centros de controle e operam o seu trabalho com certa autonomia.

E as ferramentas gestionárias do toytismo já nos ensinaram o suficiente para, no mínimo, desconfiarmos de “boas intenções” que venham de ações semelhantes. Ou, se ainda for necessário, me reporto novamente a Cecílio (1999) que discute o poder nas instituições de saúde, enfatizando a tensão constitutiva entre controle e autonomia no processo de gestão, em particular no hospital, avaliando a possibilidade de criação de múltiplos dispositivos institucionais ou contextos de negociação, onde as diversas racionalidades organizacionais possam se encontrar e se confrontar como alternativa ao que ele tem idealizado como uma gestão radicalmente democrática, assentada na ideia de que nenhum macroator (direção ou governo) tenha o poder de imprimir racionalidade na organização, o que poderia se configurar como um contra-projeto a modelos de gestão democráticos e participativos, com forte publicização da vida institucional, invariavelmente vistos como controlistas por parte dos trabalhadores.

No entanto, se o olhar se volta para o micro, como o olhar de Emerson Merhy (2007), quando da análise da micropolítica do trabalho em saúde, o trabalho será visto como sendo operado com certa autonomia, própria do trabalho vivo em ato, a partir dos encontros de subjetividades entre o trabalhador e o usuário, o que passa longe dos constrangimentos da superestrutura. Se assim o for, caberia pensarmos como vai operar a produção do cuidado, que poderá ou não promover a saúde e, em última instância, deve ser fundamentada pela defesa da vida, exatamente em um espaço onde o uso de estratégias de gestão tem por base ações que tentam impor constrangimentos institucionais para manter o controle sobre os processos organizacionais e, por extensão, dos processos de trabalho (sem falar de outros interesses).

O fato é que os paradigmas administrativos, sejam eles reencarnados ou não, têm se mostrado pouco suficientes em dar conta de um terreno organizacional cuja lógica de produção é de outra natureza, muito embora dele também façam parte os aparatos presentes em outros espaços produtivos, como máquinas e equipamentos de alta densidade tecnológica. A gestão dos processos produtores de atos de saúde, portanto, precisa deixar a disciplina e o controle, que continuam sendo sua base central, e olhar de frente um território onde se encontram forças políticas hegemônicas, fortemente estruturadas política e socialmente; e que esse olhar possa revelar novos paradigmas gerenciais que deem conta de aliar pelo menos alguns constrangimentos necessários para a manutenção e sobrevivência do sistema, à autonomia que marca a produção qualificada de saúde e, por conseguinte, a produção de sujeitos autônomos o suficiente como parte de um projeto ético-político necessário no setor saúde, marcado pela

legitimação dos fazeres terapêuticos que o circunscribe, bem como das demais estratégias que dão base para legitimá-los.

III.3- Ainda os territórios... agora o trabalho que opera em seu interior

Quero começar essa incursão pela definição conceitual da categoria trabalho, tão cara às ciências sociais, particularmente à sociologia (do trabalho). Ainda assim, temos que quando consideramos que o trabalho sempre esteve presente em toda e qualquer sociedade humana, defini-lo conceitual e categorialmente torna-se uma tarefa árdua também graças a esta sua onipresença, mas que é necessária (embora não suficiente) para a consecução do objetivo aqui pretendido. Como ponto de partida, opto pela elaboração de Marx (1985) que considera trabalho como uma práxis que expressa a relação homem-natureza (mundo) e cujo processo é marcado por mútua produção de significado. No que pese todos os aspectos envolvidos nessa definição, daí a não suficiência da mesma, nela está presente a centralidade do trabalho (concreto) na vida do ser humano. O trabalhar humano se dá a partir de um recorte interessado no mundo que, ao *gerar significados*, ambos os atores, por assim dizer, envolvidos nessa relação, são modificados de modo decisivo e criam aquele terceiro elemento (significado). No entanto, é essencialmente esse terceiro elemento que na atualidade tem sido expropriado da “classe-que-vive-do-trabalho”, por meio de diversos mecanismos. Se não, vejamos: se nas sociedades pré-capitalistas o trabalho constituiu-se em “apenas” força de produção de bens de troca e subsistência, com o advento do modo de produção capitalista ele adquiriu significação de mercadoria. Ao instaurar formas históricas de intercâmbio produtivo entre seres humanos e natureza, o capital o expropriou do trabalhador (força de trabalho) e o vinculou estritamente ao dinheiro, à produtividade e ao desenvolvimento econômico. Por conseguinte, o mercado (que também sempre existiu) passou a ter uma composição nunca antes vista, pois se tornou a mediação suprema da acumulação da mais-valia - estruturação do nexo produtivo e reprodutivo-social (ALVES, 2007).

Mas para o interesse da presente pesquisa, essa definição ainda é um tanto quanto abstrata, pois poderíamos perguntar como essa expropriação tem se apresentado, se é que se tem apresentado, no contexto aqui enfocado? Ora, como já brevemente comentado na introdução, e como se verá mais detalhadamente, ela parece ter assento, em saúde pública, nos processos relacionais. Se o trabalho em saúde é um processo

eminentemente relacional e “intercessor”, tendo o usuário como um de seus eixos (MERHY, 2002), é imperativo considerar outros dois conceitos fundamentais na teoria marxiana (trabalho vivo e trabalho morto), intimamente relacionados a essa discussão. A apropriação desses conceitos dará melhores condições de entender o processo que passarei a chamar de desafetação/desvinculação do outro. Nesse sentido, a definição e diferenciação aqui apresentadas são importantes não apenas por serem didáticas (o que já deveria nos bastar), mas fundamentalmente por terem implicações diretas no entendimento e análise a que me proponho. Como modo de análise, os conceitos de trabalho vivo e de trabalho morto, propostos por Marx, têm sido transpostos para o contexto do trabalho em saúde, tentando destacar o potencial criativo do trabalho humano em ato, do trabalho vivo.

Início dizendo que trabalho morto é todo trabalho em cujo processo hajam produtos-meios envolvidos, sejam eles ferramentas ou matéria-prima, e que se apresentem como resultado de um trabalho humano anterior (não existiam antes da sua produção como resultante de um processo de trabalho - vivo). Assim, por exemplo, é o trabalho de um artesão-carpinteiro quando este, para produzir (trabalho vivo em ato) um armário, lança mão de ferramentas como martelo, chave de fenda, formão, serrote, cola..., e de madeira. Todos são produtos de trabalhos anteriores, agora presentes (incorporados) no processo de trabalho do artesão-carpinteiro como trabalho morto, ou seja, já realizado e “congelado” no produto; já instituídos. Embora o trabalho anterior (produção da ferramenta e a própria madeira) não esteja em ato, não esteja vivo, estará presente no ato da produção do armário e o influenciará. A partir disso, creio que já dá para supor, e definir, o que é trabalho vivo. Este diz respeito ao trabalho em ato; é um trabalho criador, no momento mesmo da produção daquilo que se está buscando como resultado. É o que está em ação e que no caso do artesão-carpinteiro, lhe permite a produção do armário. Na saúde, por exemplo, o trabalho vivo em ato (produção do cuidado) também faz uso do que está dado (trabalho morto – máquinas e equipamentos), e o faz exercendo certa autonomia nesse uso do que está cristalizado. Ao utilizar o trabalho morto (ferramentas e materiais, no caso do carpinteiro e máquinas e equipamentos, no caso do profissional de saúde) na consecução daquilo que busca alcançar, é exigido certo autogoverno dos profissionais, que também devem possuir um determinado saber prévio: uma tecnologia (MERHY, 2002; 2007). Nas habilidades que o artesão-carpinteiro e o profissional de saúde desse exemplo possuem, a criatividade, dentre outras coisas, constitui-se na organização do trabalho, processo no qual há o

encontro entre trabalho vivo em si com o trabalho morto.

Esse entendimento, bem como os demais que sigo discutindo, é fundamental dentro do quadro geral de análise dos dados que imprimi no capítulo VI, quando o olhar se voltou aos processos produtores de atos de saúde no cotidiano dos profissionais, uma vez que a singularidade desses processos não tem sido suficientemente bem compreendida a partir das concepções teóricas que se debruçam sobre outros processos produtivos, e que os têm apreendido de modo mais efetivo quando o interesse é o tema da reestruturação produtiva.

Estou entendendo “reestruturação produtiva” na saúde de acordo com Merhy e Franco (2008), que a consideram como sendo as “novidades introduzidas nos sistemas produtivos, que impactam os processos de trabalho, geram mudanças no modo de elaborar os produtos, e efetivamente até mudam a forma de assistir às pessoas” (p. 87). Para eles, podem existir diversos modos desse fenômeno operar, sem necessária determinação *a priori*, mas que podem ser verificadas a partir do momento em que dão nova conformação estrutural para a produção e organização dos processos de trabalho. Nesse sentido, apontam que geralmente buscam alterar a conformação tecnológica do processo produtivo e introduzem mudanças organizacionais nos mesmos.

A introdução de novas tecnologias (duras) à produção do cuidado (PIRES, 1998), por exemplo, foi um marco da reestruturação produtiva na saúde, quando da passagem de uma medicina mercantil e de um profissional mais liberal (MERHY, 2002). Consideradas como elemento importante nos processos de trabalho e na sua micropolítica, as tecnologias ganharam conotação diferenciada a partir de Gonçalves (1994) que as definiu como “tecnologias materiais” (máquinas e instrumentos) e “tecnologias não materiais” (conhecimento técnico). No entanto, tendo os modos de se fazer e gerir os processos de cuidado em saúde como o locus privilegiado de discussão da reestruturação produtiva na área, Merhy (1997b; 2002) amplia o conceito de tecnologia, traduzidas até então apenas daquele modo. Ao discutir o trabalho do médico como figurativo dos modelos tecnoassistenciais em saúde, esse autor lança mão de três valises, metaforicamente falando, para demonstrar o arsenal tecnológico do trabalho desse profissional. Inclui, dentro dessa perspectiva, “certos saberes que são constituídos para a produção de produtos singulares, e mesmo para organizar ações humanas nos processos produtivos, até mesmo em sua dimensão inter-humana” (p. 45). O conceito também está associado “a um certo ‘saber fazer’ e a um ‘ir fazendo’ que, inclusive, dão sentido ao que será ou não ‘a razão instrumental’ do equipamento” (1997b. p. 84).

Assim, o autor as sistematiza, propondo a seguinte tipologia:

Tecnologias Duras: equivalem àquelas tecnologias bem estruturadas, tais como máquinas e equipamentos. Também podem ser expressas, em seu sentido mais profundo, em normas, estruturas organizacionais, etc.

Tecnologias Leve-duras: essas, por sua vez, expressam saberes bem estruturados que têm lugar no processo de trabalho em saúde. São consideradas leves por compreenderem um saber adquirido e que se inscreve no modo como os profissionais agem, e duras por ser um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, normalizável e normalizado. Fazem parte dessa tipologia, a Clínica Médica, a Psicanálise, a Epidemiologia, o Taylorismo, e todos os outros conjuntos de conhecimentos bem estruturados.

Tecnologias Leves: diferentemente das anteriores, essas são não-estruturadas. São produtoras de encontros marcados pelo trabalho vivo em ato, de relações intercessoras como as que acontecem na *inter*-ação trabalhador de saúde-usuário, quando da produção dos atos de saúde, a partir da escuta, da produção de vínculo, autonomia, acolhimento, a própria autonomia do profissional, bem como nos processos de gestão, como forma de *governar processos* de trabalho, etc. Essas tecnologias trazem de volta a centralidade do sujeito (trabalhador e usuário) como elemento constituinte da produção do cuidado.

Na produção do cuidado em saúde, portanto, podemos considerar todos os recursos utilizados, desde máquinas e equipamentos, até saberes, práticas e processos relacionais estabelecidos *inter*-atores (trabalhadores e trabalhadores e os usuários) presentes no campo da saúde, embora na atualidade as tecnologias duras venham exercendo certa hegemonia. O trabalho em saúde é, por excelência, relacional e intercessor. Desse modo, no processo de trabalho no setor, a produção ocorre na intervenção em ato, isto é, exatamente no trabalho em si, no trabalho vivo em ato. O produto e o processo que o produz são interdependentes – reside na própria realização da atividade. Estabelecendo um paralelo com o momento de produção do artesão-carpinteiro, podemos considerar, e não mais que isso, que o trabalho em saúde não pode ser capturado pelo trabalho morto, pelo menos em sua totalidade, já que se dá no próprio ato de cuidar, no acolhimento, na relação (*inter*-ação) profissional-usuário.

As tecnologias leves são o elemento central do processo assistencial, pois nenhum tipo de máquina ou equipamento substitui o trabalho humano da criação, sendo as principais revoluções na saúde delas provenientes (SILVA, 2005). É a criatividade do profissional, que tem a capacidade de inventar novos processos de trabalho e de descobrir novas maneiras de cuidar (AZEVEDO, 2002). E é exatamente essa dimensão do trabalho vivo em ato que se tem tentado capturar nos diversos procederes em saúde. É o núcleo tecnológico do trabalho vivo em ato, a sua capacidade de produção de novas conformações dos atos de saúde e o seu lugar na construção de processos produtivos que tem sido o foco da tentativa de captura... “A reestruturação produtiva é mais intensa e está estrategicamente articulada a novos territórios tecnológicos não materiais” (MERHY, 2002. p. 29). O que está em jogo é a disputa por aquilo que Alves (2009) chama a atenção: a “captura” da *intersubjetividade*. E na saúde, a conformação do modelo produtivo têm configurado processos de trabalho centrados tecnologicamente no trabalho morto, máxima expressão das tecnologias dura e leve-duras.

Essa discussão está no interior do quadro teórico mais geral que discute a categoria trabalho e a nova conformação que ela tomou no mundo contemporâneo a partir da chamada revolução tecnológica e informacional, e cujas consequências se acoplam aos efeitos da reestruturação produtiva. Este último fenômeno tem contribuído para o alargamento da distância entre os dois polos de um mesmo pêndulo que caracteriza a classe trabalhadora. De um lado, aqueles (homens e mulheres) que cada vez *menos* trabalham muito, em ritmo enlouquecedor e, de outro, homens e mulheres trabalhadores que encontram cada vez *menos* trabalho, o que os força a buscarem qualquer tipo de trabalho, configurando uma tendência crescente de precarização do trabalho em todas as escalas, ampliando o desemprego estrutural, considerada a manifestação mais virulenta desse movimento (ANTUNES, 2007, p. 13).

Essas transformações do capitalismo, considerado flexível, volátil e leve, implementaram diferenciações na experiência subjetiva dos trabalhadores, o que ressaltou a valorização do trabalho imaterial. Isso foi causado, segundo Grisci (2006), em especial por dois aspectos: a derrocada dos rígidos padrões espaço-temporais do modelo de produção fordista, em associação com as possibilidades advindas das novas tecnologias da informação e comunicação; e a instalação de novos modos de controle, bem mais sutis. Ainda segundo essa autora, as diferentes investidas do capital foram incrementadas pelas novas formas de estruturação e organização do trabalho, o que contribuiu para a apropriação da força física e, mais importante, da criatividade dos

trabalhadores, presente em qualquer atividade produtiva (p. 327). As capacidades de criação e de gerenciamento de informações, bem como as de iniciativa e de decisão, além do investimento pessoal nas tarefas e nas relações, antes desvalorizadas (período fordista), passaram a ser consideradas e exigidas na nova relação estabelecida entre produção e consumo. Ao contrário dos trabalhadores das manufaturas, ou dos subalternos e disciplinados do período taylorista, que precisaram ser despojados dos saberes, habilidades e hábitos adquiridos na cultura do cotidiano, para serem submetidos a uma nova divisão parcelar do trabalho e se tornarem operacionais, aos do período pós-fordismo é exigido o seu total envolvimento com o processo de produção, “com toda a bagagem cultural que eles adquiriram nos jogos, nos esportes de equipes, nas lutas, disputas, nas atividades musicais, teatrais, etc.” (GORZ, 2005, p. 19).

Estavam dadas as condições para o reconhecimento da centralidade do trabalho vivo, que passou a estar na ordem do dia! Lembremos-nos, por ora, do que já foi dito na introdução, por Lazzarato e Negri (2001), sobre a prescrição do novo *management!!!* Muito embora tenha surgido na contramão da produção eminentemente industrial, marcante até meados da década de 1970, quando começou a migração de empregos para o setor terciário, não significa dizer, no entanto, que o trabalho imaterial seja dominante na atualidade, mesmo que essa tendência venha se apresentando de forma cada vez mais crescente nos países capitalistas de ponta (ALBERTO, 2011; ANTUNES, 1999; HARDT, 2003).

No entanto, esta nova configuração tem colocado em evidência um conjunto de categorias de trabalhadores cuja produção não pode mais ser caracterizada como material; produzem “produtos-mercadorias imateriais”, marcados que são pela intangibilidade, e está no que podemos chamar de “serviços”. Cobre uma ampla gama de atividades, que vão desde a assistência médica, educação, área financeira, passando por transportes, até o chamado mundo do entretenimento e marketing/propaganda. Para Hardt (2003), o mais importante é que “tais empregos caracterizam-se, em geral, pelo papel central desempenhado por conhecimento, informação, comunicação e *afeto*” (p. 147). Este movimento histórico aponta, portanto, para o fato de que o trabalho atual de um considerável contingente de indivíduos se dá *na relação* com outras pessoas, particularmente no *vínculo afetivo* que dela surge e que caracteriza, portanto, o objetivo do trabalho (*Grifos meus* - abaixo retomarei esse aspecto afetivo do trabalho imaterial).

No entendimento de Hardt e Negri (2001) ficam explicitados três diferentes aspectos de trabalho imaterial que, segundo eles, levam o setor de serviços ao topo da

economia informacional. No primeiro deles, o trabalho imaterial é pensado como produção no campo de “serviços simbólico-analíticos”. Envolve a “resolução de problemas, a identificação de problemas, e atividades estratégicas de intermediação” (p. 312). Nele, a efetuação do trabalho imaterial se dá ao tomar em análise a complexidade presente nas sociedades contemporâneas, convocando o trabalhador não apenas a identificar, mas também a resolver e mesmo criar novos problemas. Nesse primeiro aspecto, o trabalho imaterial envolve as capacidades de análise e de abstração dos trabalhadores que, por meio delas, percorrem diferentes domínios do conhecimento, cada um dos quais, associado a um componente do produto final. Aqui, a busca está em fazer a mediação entre as diferentes esferas produtivas do mundo material, para a criação de uma organização descentralizada, mas que ainda mantenha, no entanto, articulações precisas junto ao produto final. Percebe-se, portanto, que a nova exigência diz respeito ao fato de o trabalhador ter de conhecer todo o processo de produção e colaborar para o seu aperfeiçoamento, mesmo que suas ideias e opiniões sejam esvaziadas de um saber técnico. Nesses termos, o conhecimento baseado na experiência passa a ter outra conotação, sendo considerado como um diferencial. Disso, também surge a necessária capacidade de tomada de decisão e a habilidade para enfrentar situações inusitadas e imprevisíveis, o que demanda uma articulação direta entre o fazer e o pensar, com uma exigente implicação subjetiva do trabalhador para com o processo produtivo.

Quanto ao segundo aspecto, o trabalho imaterial se faz presente na tentativa de intervenção para intermediar a relação entre o produto material e o mercado consumidor, e não mais se ocupar da integração dos diferentes conhecimentos, como no anterior. Aqui, a atenção recai sobre a análise e a produção de uma demanda, o que envolve uma estrutura complexa que vai desde a pesquisa sobre as preferências, críticas e sugestões dos consumidores, acerca dos produtos já disponibilizados, até aqueles que poderão vir a ser criadas. Nele está presente, portanto, a indústria do *marketing*, cujo papel é abrir diferentes canais de comunicação com os consumidores e/ou usuários e, a partir dos dados obtidos em pesquisas de opinião, criar campanhas publicitárias que facilitem a identificação do consumidor com a mercadoria em questão. Isso envolve um trabalho minucioso e estratégico, pois segundo Lazzarato (2004) a permanência das empresas e/ou dos profissionais no mercado é papel fundamental desempenhado pelo marketing, dado que “cria novos mundos” que fazem o produto entrar em circulação, atraindo a atenção do consumidor e facilitando sua identificação com o produto ou

marca idealizada. São esses novos mundos subjetivos que, veiculados às mercadorias, a tornarão vendáveis, pois é com eles que, antes de qualquer coisa, os consumidores deverão se identificar; com as formas de vida associadas aos mundos produzidos a partir do horizonte ideal de trabalhadores e consumidores. Eis a tarefa fundamental dessa modalidade de trabalho imaterial, na “guerra estética” considerada pelo autor: conhecer, do ponto de vista da subjetividade, quem é o consumidor, suas opiniões e desejos (p. 230).

Um terceiro e último aspecto do trabalho imaterial, e retomando o aspecto momentaneamente acima suspenso, diz respeito à produção e manipulação de afetos, e requer o contato e a proximidade humana - virtuais ou efetivos (HARDT, 2003). Esse tipo de trabalho “parece ser o aspecto mais importante, o elemento que liga todos os demais” (p. 152). É nele que os serviços de saúde e produção do cuidado estão fundamentados, bem como a própria indústria de entretenimento e as várias indústrias culturais. Para Hardt,

é imaterial, mesmo sendo corporal e afetivo, no sentido de que seus produtos são intangíveis: um sentimento de inquietude, de bem estar, de satisfação, de entusiasmo, de paixão – até mesmo uma sensação de união ou integração a uma comunidade. Categorias de serviços que exigem a presença ou a proximidade física de uma outra pessoa são frequentemente utilizadas para identificar esse tipo de trabalho, embora o que é essencial nele, seu aspecto de presença física, é, de fato, a criação e manipulação de afetos (HARDT, 2003, p. 152)

O que chama a atenção, no entanto, nas discussões em torno da temática do trabalho imaterial, realizada por esses autores, é o fato de, se por um lado o trabalho imaterial pronunciar “liberdades ampliadas, pela diminuição da alienação do trabalho e das fronteiras e dos meios de confinamento”, pois destaca habilidades antes desmerecidas, por outro, também põe em relevo outras formas de controle e servidão que extrapolam as previsões das antigas formas de poder. Nesse sentido, “consequências humanas perversas podem advir do engajamento, da mobilização e da disponibilidade total que os trabalhadores devem oferecer” (GRISCI, 2006, p. 329). Portanto, a compreensão das novas formas de vida (laboral) e de modos de existência que se configuram sob a chamada subjetividade passa, necessariamente pelo trabalho imaterial enquanto fonte privilegiada (LAZZARATO; NEGRI, 2001; HARDT; NEGRI, 2001; PELBART, 2003, GRISCI, 2004; 2005).

Outro aspecto que chama a atenção, na discussão que esses autores fazem em

torno do trabalho imaterial, diz respeito ao fato de este não se encontrar totalmente subjulgado e controlado, em sua dimensão mais criadora, às relações de produção que na atualidade tentam apreendê-la, na tentativa sistemática de expropriar-lhe a vitalidade e a criação coletivas. Nesse aspecto, Lazzarato e Negri (2001) discutem a tese de que “o ciclo do trabalho imaterial é pré-constituído por uma força de trabalho *social e autônoma*, capaz de organizar o próprio trabalho e as próprias relações com a empresa. Nenhuma organização científica do trabalho pode predeterminar esta capacidade e a capacidade produtiva social” (p. 26-27). Disso resulta o elemento fundamental para a compreensão do trabalho imaterial e suas repercussões na vida dos trabalhadores, que para Hardt e Negri (2001) diz respeito à noção de cooperação, inerente ao trabalho e requisito indispensável para sua efetuação. Para eles, o trabalho imaterial envolve de imediato a interação e a cooperação sociais, uma vez que o seu aspecto cooperativo não é imposto e organizado de fora, como em outras formas anteriores de trabalho, mas “a cooperação é totalmente imanente à própria atividade laboral”, o que aumenta a potência dos trabalhadores fazer frente às investidas do capital (p. 315). Por seu turno, Lazzarato e Negri (2001) chegam mesmo a afirmá-lo, considerando inclusive a questão da subjetividade em Marx, como uma questão relativa à transformação radical do sujeito na sua relação de simples subordinação ao capital, que esta relação não é mais de subordinação ao sistema.

Ao contrário, esta relação se põe em termos de independência com relação ao tempo de trabalho imposto pelo capital. (...) se põe em termos de autonomia com relação à exploração, isto é, como capacidade produtiva, individual e coletiva, que se manifesta como capacidade de fruição. A categoria clássica de trabalho se demonstra absolutamente insuficiente para dar conta da atividade do trabalho imaterial. (...) Quando dizemos que essa nova força de trabalho não é dialética, queremos dizer que a relação que esta tem com o capital não é somente antagonista, ela está além do antagonismo, é alternativa, constitutiva de uma realidade social diferente. O antagonismo se apresenta sob a forma de poder constituinte que se revela alternativo às formas de poder existentes (LAZZARATO; NEGRI, 2001, p. 30;36).

Não tenho a pretensão de trazer à tona, aqui, o debate que tem se ocupado, de forma mais intensa, da temática do trabalho imaterial, e que vem sendo realizado no interior da sociologia contemporânea. Ele está relacionado, direta ou indiretamente, com a retomada da teoria do valor-trabalho, com as teses sobre as novas tecnologias da informação e sobre o trabalho imaterial convergindo para uma nova forma da teoria do valor-trabalho ou para a superação da mesma. Em um caso ou outro, esse é um debate

que ainda se encontra em aberto, creio eu¹⁵.

Quero, entretanto, retomar o conceito de rotas-ação, já inicialmente referido nas hipóteses, como uma possibilidade que dê conta de um olhar analítico que reconheça a potência do trabalho vivo em saúde também como um “plano de potência” que faça frente àquelas investidas, sejam elas quais forem, inclusive as de gestão, mas que elas (rotas-ação) não estejam constituídas, ou mesmo dentro da possibilidade, de também pretender-se hegemônicas, embora este seja, no meu entendimento, um movimento constante nos “indos” e “vindos” próprios das interações sociais. Nesse ponto, abre-se um leque de possibilidades, tanto para o agir individual, quanto para o agir coletivo, para operar uma certa autonomia na produção do cuidado que irá marcar, inclusive, a constituição de subjetividades outras, que não as que têm marcado os encontros em saúde que, dentre outras coisas, não têm produzido significados “simbólicos”, e mesmo concretos (valor de uso), para os usuários. Rotas-ação comporiam/entrariam, portanto, na mesma composição do trabalho vivo em ato, no sentido de enquanto elas permitem o rearranjo dos atos/processos de gestão, pois operam em nível mais operacional, o trabalho vivo em ato, por seu turno, preside os processos com base nas relações no momento mesmo do ato cuidador. Mas aqui também devo considerar, como anteriormente, as próprias ações cotidianas dos trabalhadores em saúde como práticas de gestão dos seus próprios afazeres; no momento do exercício do trabalho vivo (produção do cuidado), por isso afirmo que esses dois elementos estão intimamente relacionados, e é no trabalho vivo em ato que ocorre o instante de encontro entre um (rotas-ação) e outro (trabalho vivo em ato); um potencializando o outro.

Portanto, como o processo de trabalho em saúde tem sido marcadamente invadido pela divisão social do trabalho, o que tem diversificado os saberes e práticas na produção do cuidado, o plano de potência aqui considerado está no encontro dos processos acima considerados. Como bem sabemos, frente a essa realidade, existem algumas tensões próprias dos diversos atos produtivos na área, uma vez que sua lógica também é parte (como resultado) de intervenções restritas a cada uma das competências específicas existentes nesse contexto, por exemplo, as centradas no saber médico ou no

¹⁵ Para os mais interessados indico, além do referencial teórico por mim utilizado sobre essa temática, pelo menos dois artigos bastante esclarecedores acerca desse debate, e que se colocam como contraponto à tese de superação da relação dialética no capitalismo. São os trabalhos de Sérgio Lessa, intitulado: “Trabalho imaterial”: Negri, Lazzarato e Hardt, publicado na Revista Estudos de Sociologia, v.6, n.11, p. 119-143, 2001; e de Henrique Amorim, sob o título de Valor-trabalho e trabalho imaterial nas ciências sociais contemporâneas, publicado em Caderno CRH, Salvador, v.23, n.58, p. 191-202, Jan./Abr. 2010.

saber da enfermagem, e que precisam ser enfrentadas no interior das organizações de saúde.

Mesmo que se reconheça o núcleo de atuação de cada uma dessas especialidades, essas questões podem ser consideradas diametralmente opostas à noção de integralidade na assistência à saúde. Esse conceito-chave, caro à área da saúde pública e saúde coletiva, assenta-se na possibilidade de escuta, cuidado, acolhimento, tratamento digno e respeitoso, substituindo-se o foco na doença pela atenção à pessoa com sua história de vida e seu modo próprio de viver e adoecer, bem como reconhecer e lidar com os diferentes saberes, abrindo mão de apriorismos universalizantes.

Mas como enfrentar esse desafio em um contexto onde a prevalência é de um trabalho compartimentalizado, que não reconhece o sujeito como pleno, e que traz consigo não só um problema de saúde, mas sua subjetividade, sua história de vida que também se inscreve no processo saúde e doença? Aliás, é exclusivamente da objetividade que a biomedicina extrai o seu sucesso; da fragmentação do corpo em diversas partes que se tornam objeto de intervenção das mais variadas especialidades (SOUZA, 2008).

Considerando que o objeto da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se atingirá a cura e a saúde (MERHY, 1995), a noção de tecnologias, discutida acima, pode contribuir para o desvelamento dessa questão. A produção do cuidado está perpassada por elas, e mais particularmente, como se viu acima, pelas tecnologias do tipo leve-duras e leve. Portanto, uma adequada produção do cuidado, e como aqui está sendo entendida, é aquela que, enquanto meio para se atingir a cura e a saúde, são atos assistenciais comprometidos com as necessidades dos usuários – são usuário centradas – que estão imersas em uma adequada configuração entre os três tipos de tecnologias acima discutidos, e que está atravessada por essa noção de Integralidade. O tipo de produção de cuidado aqui considerado diz respeito, e depende intimamente, de uma radical inversão do uso das tecnologias de cuidado atual - de duras para leve-duras e leve (FRANCO; MAGALHÃES Jr., 2007). Devemos lembrar que o trabalho em saúde, ou mais precisamente, a produção do cuidado em saúde, não se dá *sobre* coisas ou objetos; se dá *em relação* (intersecção) com o outro.

CAPÍTULO IV

Os (des)caminhos do SUS:

A saúde pública e o locus de serviços e atuação em

Belém-PA

IV.1- Partindo de algum ponto que me fizesse entender os (des)caminhos

Lobato e Giovanella (2008) consideram sistemas de saúde como o “conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma população que se concretizam em organizações, regras e serviços”. Dentre seus objetivos, buscam resultados que possam estar de acordo com a concepção de saúde prevalecente numa dada sociedade.

Atualmente conhecidos como estruturas orgânicas públicas e privadas, só tiveram sua consolidação em meados do século passado. E seu estudo tem se configurado como uma das áreas mais importantes das ciências da saúde. Seus componentes e sua dinâmica estão intimamente relacionados, direta ou indiretamente, com as características (históricas, econômicas, políticas e culturais) de cada país. Por isso, conhecê-las e analisar as configurações pelas quais um determinado sistema tem passado ao longo do tempo, e sua conformação atual, nos ajuda a perceber sua dimensão político-social e as implicações dessa dimensão na conformação das ações de saúde implementadas pelos atores nele envolvidos (governos, mercado e sociedade). Desse modo, tal entendimento permite avaliar suas potencialidades e limites, no intuito de promover melhorias das condições de saúde e seus impactos na vida da população em geral. Sua forma de funcionamento e organização, seus resultados na vida e na saúde dos indivíduos dependem do quanto aqueles atores trazem para si a responsabilidade pela saúde da população (LOBATO; GIOVANELLA, 2008).

Também caracterizado como um desses sistemas, com o SUS não foi diferente. Ele é uma conquista fundamental da sociedade brasileira e um marco histórico nas políticas de saúde do nosso país. Sua proposição e implementação foi (e tem sido) resultado de um longo processo político e social, cujo objetivo principal era mudar o modo como o Brasil vinha garantindo a atenção à saúde de seus cidadãos. Hoje, todos nós sabemos que a saúde é um direito de todos e um dever do Estado, segundo preconiza o direito constitucional. E por mais que ainda na atualidade possamos estar longe do real cumprimento desse preceito ou, como diz Gastão Wagner, por mais que ainda haja “pedras no meio do caminho do SUS”, os avanços na garantia do acesso à saúde são gritantes se comparados com o período anterior à sua proposição.

IV.2- As “pedras no caminho do SUS”: Sobre como chegamos ao sistema seguindo as trilhas do possível!

Quando consideramos a história do Brasil como um Estado-Nação, percebemos que a história das políticas de saúde no país está intimamente a ela relacionada. No período colonial, por exemplo, já existiam as primeiras ações de saúde pública, implementadas pelos governantes, a partir da vinda da família real para o Brasil, em 1908. Não é meu objetivo fazer um apanhado histórico detalhado desse período, no entanto, vale um recorte retrospectivo do mesmo, apontando alguns fatos que denotam certa preocupação na institucionalização das práticas de assistência à saúde, já que até então estas se davam sem qualquer regulamentação.

Foi, então, naquele mesmo ano que houve a inauguração da primeira faculdade de medicina, a Escola Médico-Cirúrgica, em Salvador-BA, com o objetivo de institucionalizar programas de ensino e normalizar a prática médica de acordo como que vinha sendo feito na Europa (BAPTISTA, 2005). Já em 1852, até meados da década de 20 do século passado, seguiram-se outras ações de cunho disciplinar e normalizante, como por exemplo, a inauguração do primeiro hospital psiquiátrico brasileiro do Rio de Janeiro – Hospital D. Pedro II, voltado para o tratamento medicalizante dos chamados “doentes mentais” (COSTA, 1989).

Até então o interesse pela saúde e pela regulamentação da prática profissional relacionava-se estritamente com o interesse político e econômico do Estado (garantia de sustentabilidade e produção da riqueza), seguindo uma prática já utilizada com sucesso desde o início do século XVIII por países europeus - controle da mão de obra e dos produtos (COSTA, 1985; ROSEN, 1979), com ações coletivas para o controle das doenças, disciplina e normalização da prática profissional (FOUCAULT, 1979).

Não pode deixar de ser mencionado que a partir da proclamação da República, em 1889, as políticas de saúde ganharam força. Com a economia cafeeira em franco desenvolvimento, dependente do trabalho assalariado e da crescente necessidade de expansão da mão de obra, também surgia a necessidade de maior efetividade das ações de saúde, pois as epidemias se alastravam entre os trabalhadores devido às péssimas condições de trabalho, o que impactava naquele desenvolvimento. Isso levou, em 1897, à criação da Diretoria Geral de Saúde Pública (DNSP), que foi assumida posteriormente (1903) pelo ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, Oswaldo Cruz. Já em 1904, Oswaldo Cruz propôs o primeiro código sanitário, que instaurou uma série de ações,

como a desinfecção e a atuação da polícia sanitária, que tinha como uma de suas funções, a identificação de doentes e a submissão dos mesmos à quarentena e tratamento. Também é desse período, a implementação daquela que é considerada a primeira grande estratégia no combate às doenças: a obrigatoriedade da vacinação - o que culminou no movimento popular, no Rio de Janeiro, conhecido como a Revolta da Vacina (COSTA, 1985; COC, 1995), ainda naquele mesmo ano. Em termos de poder, o modelo das “campanhas sanitárias” adotado por Oswaldo Cruz no combate às epidemias urbanas e, posteriormente, às endemias rurais, como o próprio nome sugere, é de inspiração bélica, concentra fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adota um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social (LUZ, 1991).

Embora se tenha avançado bastante nas ações de saúde pública durante esse período, grande parte da população ainda se deparava com uma dificuldade extremamente delicada: as ações de saúde pública caracterizavam-se como ações de massa (de cunho autoritário) e curativistas. Em situações de doença individual, onde havia a necessidade de assistência médica individual, o acesso aos serviços ou era feito recorrendo-se aos profissionais legais da medicina, ou seja, aos “médicos de família”, ou buscava-se atendimento filantrópico nos hospitais sob a tutela da igreja e recorria-se à medicina caseira (CEFOR, s/n). Obviamente que à primeira opção só tinha acesso a classe dominante, e à segunda, a grande massa da população, que não possuía recursos financeiros próprios para pagar pela assistência e nem sempre estava satisfeita como o tipo de assistência disponível, dada, entre outras coisas, a característica repressiva da mesma. Não havia, portanto, uma preocupação com a universalização da atenção à saúde integral da população, bem como com a definição de uma política ampliada de proteção social.

Foi apenas em meados da década de 20, do século passado, que surgiu o que é considerado por alguns atores como o marco do início da Previdência Social no Brasil. Em 1923 houve a promulgação da Lei Eloy Chaves, que regulamentava a formação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs). Seu surgimento está fortemente associado ao processo de mudança de postura liberal do Estado frente às questões trabalhistas e sociais, e a um movimento operário-sindical que assumia importância cada vez mais crescente, posicionando-se contra tal postura. Foi no período de 1923 a 1930, que as CAPs surgiram organizadas pelas empresas, administradas e financiadas em conjunto por empresas e trabalhadores, sem qualquer participação do Estado, a não ser a legalização das mesmas e seu controle à distância, dado algum conflito de interesse

(CUNHA; CUNHA, 1998). Para Baptista (2005), apesar dessa característica do Estado, denotando uma não definição de um sistema de proteção abrangente, essa foi a base para a constituição de um primeiro delineamento de sistema de proteção social no Estado brasileiro, cuja definição se deu a partir dos anos 30, no governo de Getúlio Vargas.

Sem ignorar o contexto econômico maior desse período (1930-1945), como por exemplo, a crise mundial causada pela quebra da bolsa de valores de Nova Iorque (1929) e todas as consequências daí advindas - inclusive no âmbito nacional -, pode ser citado o início de uma maior intervenção do Estado na sociedade e na economia, assumindo ativamente o papel de regulador econômico. Um dos maiores destaques desse momento, pelo menos no que diz respeito à política previdenciária, foi a criação do Ministério do Trabalho, atrelando a ele todos os sindicatos e elaborando uma ampla legislação trabalhista que instituiu uma série de direitos aos trabalhadores urbanos, como a obrigatoriedade da carteira de trabalho, jornada laboral de 8 horas, direito a férias, e a lei do salário mínimo. Com essa política, o Estado regulamentou as relações entre capital e trabalho, criando condições indispensáveis para o enfrentamento de uma nova etapa a ser combatida pela economia, baseada na industrialização com o objetivo de substituição de importações (CEFOP, s/n). No plano da política de saúde, é desse período a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que, ao contrário das CAPs, tinham sua dependência bastante atrelada ao governo federal, com participação significativa em sua administração, controle e financiamento, além de não mais incluir apenas as empresas, mais as categorias profissionais como um todo.

Esse modelo, por mais diferente que fosse a sua configuração administrativa, ainda contribuía para a heterogeneidade de acesso a benefícios de saúde entre as categorias de trabalhadores vinculados e os não vinculados a um sistema de proteção trabalhista. Esses últimos, por sua vez, ainda contavam apenas com a caridade, o assistencialismo dos hospitais e dos profissionais de saúde para ter o almejado acesso aos cuidados em saúde. Tal heterogeneidade também se apresentava mesmo entre as categorias vinculadas, pois aquelas mais privilegiadas economicamente poderiam oferecer um leque mais abrangente de possibilidades de benefícios aos seus segurados, o que mantinha as desigualdades sociais, mesmo entre os trabalhadores. A igualação, por assim dizer, ainda se restringia apenas às ações de saúde pública mantidas pelo Estado, para promover o controle e a cura das doenças transmissíveis, e atuação na assistência de algumas delas.

Na década de 50, com o acelerado processo de industrialização do Brasil, houve a transferência do polo da economia, até então assentado na agricultura, para os grandes centros urbanos, gerando a necessidade de a massa operária ser atendida pelo sistema de saúde (MENDES, 1993). Para Baptista (2005), isso fez com que houvesse uma “expansão progressiva e rápida dos serviços de saúde, instaurando a prática de convênios-empresa” (p. 20), o surgimento dos grandes hospitais, com tecnologias de ponta e incorporando a lógica da especialização dos recursos humanos. A assistência à saúde tornou-se mais cara, sendo o hospital o principal referencial para a busca pelo acesso aos cuidados de saúde, em detrimento da atenção primária (centros de saúde), dada a existência de maior compatibilidade entre um - modelo hospitalocêntrico - e outro - crescente desenvolvimento da indústria de equipamentos médicos e da indústria farmacêutica. Aliás, é esse o momento histórico em que a reestruturação produtiva atingiu a organização do trabalho em saúde em geral, particularmente a do médico, a partir de uma medicina mais mercantil e de um profissional mais liberal (DONNANGELO, 1975).

Baptista (2005) também aponta que embora no Brasil não tenha se configurado um Estado de Bem-Estar Social (EBES), à exemplo dos principais países desenvolvidos da Europa, teve lugar uma ideologia “desenvolvimentista” que mostrou a relação pobreza-doença-subdesenvolvimento, indicando a necessária melhoria nas condições do nível de saúde da população na obtenção do desenvolvimento almejado. Para ela, esse foi o passo inicial em direção a uma discussão mais profunda sobre o direito à saúde e à proteção social como política pública (p. 21). E segue afirmando:

Na prática, os anos do desenvolvimento mantiveram a lógica de organização do modelo político em vigor para a saúde, com as ações e serviços de saúde pública de um lado e o sistema previdenciário de outro, com políticas isoladas de saúde que atendiam a diferentes objetivos. Uma política de saúde pública universal e com ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, e uma política de saúde previdenciária, restrita aos contribuintes e seus dependentes, com ênfase na assistência curativa (BAPTISTA, 2005, p. 21).

Dentre as outras ações no campo da saúde pública, também pode ser destacada a criação do Ministério da Saúde (MS), em 1953. Assim, as iniciativas na área tomaram tal vulto que acabaram exigindo uma estrutura administrativa própria. O Estado passou a ver as políticas de saúde não apenas pelo viés do controle a ser exercido no espaço de circulação dos produtos e do trabalhador, mas particularmente pelo montante de

recursos que passou a ser mobilizado – postos de trabalho, indústrias (de medicamentos e de equipamentos), ensino profissional, hospitais, ambulatórios, etc.

Desse modo, a partir do golpe militar de 1964 e da nova forma de organização do Estado, o sistema sanitário nacional passou por mudanças, dentre as quais está a ênfase na assistência médica, o crescimento progressivo do setor privado e a abrangência de parcelas sociais no sistema previdenciário.

Em 1966, houve a primeira ação sistemática desse sistema, representada pela unificação dos IAPs e a constituição do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). Tal unificação marcou a perda da representatividade dos trabalhadores na gestão do sistema, sob o discurso de racionalidade, eficácia e saneamento financeiro; tendo na diminuição de verbas para a saúde pública, seu primeiro efeito sobre o MS. Representou, ainda, uma perspectiva modernizadora da máquina estatal, o que aumentou o poder de regulação do Estado sobre a sociedade, além de uma tentativa de desmobilização das forças políticas estimuladas no período populista anterior (BRASIL, 2007). Também levou insatisfação aos contribuintes com acesso ao leque de benefícios mais extenso, uma vez que ao uniformizar os institutos, também nivelou, em termos de possibilidades, os benefícios prestados para todas as categorias. Os que até então contribuía com menores recursos e que participavam de institutos cujos serviços prestados não eram de tão boa qualidade, passaram a usufruir dos benefícios ofertados pelos institutos mais ricos. Isso ocasionou uma migração de usuários de alguns institutos e a superlotação de alguns hospitais, gerando filas, demora no atendimento, etc. e, por conseguinte, a uma insatisfação geral.

Note que na política proposta pelo INPS, no início dos anos 70, o rompimento com a perspectiva populista, não representou alteração em relação à política assistencialista anterior. A cobertura da previdência foi ampliada aos trabalhadores rurais e domésticos. Além do mais, cedeu às pressões sociais por uma efetiva cobertura daqueles trabalhadores já beneficiados pela Lei Orgânica da Previdência Social, tornando assim, todos os trabalhadores cobertos pela Previdência, com exceção aos do mercado de trabalho informal (BRASIL, 2007). O aumento da demanda foi inevitável, e cuja resposta apresentada pelo Estado foi, se não outra, a contratação de serviços privados, o que acabou por fomentar o que ficou conhecido como “complexo médico-empresarial” (CORDEIRO, 1984). Esse fomento, de uma medicina de massa em detrimento a uma medicina social e preventiva, foi apenas um dos efeitos e consequências institucionais e sociais dessa política. Além disso, Luz (1991) aponta o

alargamento do ensino médico desvinculado da realidade sanitária da população, voltado para a especialização e a sofisticação tecnológica, e dependente das indústrias farmacêuticas e de equipamentos médico-hospitalares. Também refletiu na consolidação da relação entre médico e paciente, e entre serviços de saúde e população, caracterizada como uma relação autoritária, mercantilizada e tecnificada (medicina tecnológica).

A partir daí, não é difícil prognosticar que a estrutura administrativa do INPS, e com ela toda a política pública de saúde, viesse a romper frente ao modo como eram tratadas pelo governo. Sob forte domínio do Estado autoritário e total descaso com relação à sua vinculação com o desenvolvimento social, o INPS passou a enfrentar grave crise financeira, resultante de todos esses aspectos. Em todo o período do regime militar (1964-1985), as condições de vida da população só pioraram, com o aumento da pobreza e desigualdade social. Os investimentos em saúde foram precários, e doenças antes erradicadas reapareceram, e as que já haviam sido controladas, voltaram à cena sanitária nacional, atingindo a população em surtos epidêmicos.

Até aqui, e não por força de expressão, mas para denotar o devir do sistema, foram essas as “pedras” no caminho do SUS. Eram essas as “pedras” que estavam no caminho do cenário sanitário no fim dos anos 70, caracterizado por um modelo médico-assistencial privatista que se encontrava em plena falência, e acabou contribuindo para a elaboração do que foram as primeiras tentativas para alterar o quadro precário da saúde no Brasil. Portanto, “foi contra a crise da saúde, a permanência da ditadura e as características perversas desse ‘sistema’, que segmentos sociais se mobilizaram por mudanças, configurando o ‘movimento’ da Reforma Sanitária Brasileira (RBS) ou movimento sanitário” (PAIM, 2008, p. 95), que ganhou força na primeira metade da década de 80.

IV.3- Finalmente o SUS. Mas que SUS?

A década de 80 teve início diante de um quadro desalentador e cujas medidas para a reformulação do modelo vigente não eram mais passíveis de adiamento. A configuração do quadro da saúde pública não era outra senão a presença do baixo índice de qualidade dos atendimentos e de produtividade, desperdício acentuado de recursos públicos e grande frequência de fraudes. Dessa forma, o RSB¹⁶, conforme concebida por Arouca (1988) e Paim (2008), como uma “reforma social” que articula proposições de mudanças, sob diversas dimensões, objetivava transformar o sistema de saúde até então vivenciado pela sociedade brasileira, considerando a importância de se ter uma política pública de saúde sistemática, para a construção de uma sociedade mais justa, democrática e solidária. Com base ideológica em diversas instituições acadêmicas (Universidade de São Paulo e Universidade de Campinas, por meio de seus Departamentos de Medicina Preventiva; o Instituto de Medicina Social, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e a Escola Nacional de Saúde Pública da Fundação Oswaldo Cruz - Ensp/Fiocruz); além de conselhos e entidades de Classe, bem como o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes), criando em 1976, o RBS tinha como sua principal reivindicação a construção de uma nova política de saúde efetivamente democrática, considerando a descentralização, universalização e unificação como elementos essenciais para a reforma do setor.

O sistema possuía um histórico de não responder efetiva e eficazmente às demandas da população, sempre desvinculado de uma concepção de saúde mais abrangente. Tinha como características marcantes a atenção à cura de doenças em detrimento da prevenção e da promoção da saúde (cunho curativista); ênfase no modelo/atendimento médico-hospitalar (hospitalocêntrico); forte influência dos interesses corporativos de grupos empresariais ligados ao setor saúde (privatista) e a atenção à saúde era apenas aos trabalhadores inseridos no mercado de trabalho formal ou para quem podia pagar (excludente). Além disso, também não permitia a participação social nas discussões e definição acerca dos rumos do sistema e do controle

¹⁶ Estou de acordo com os pressupostos apontados por Paim; Teixeira (2007), com relação à RSB. Ou seja, ela se configura para além das reformas setoriais, difundidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), pela Organização Pan-Americana de Saúde (Opas) e pelo Banco Mundial, desde a década de 80. A RBS não se restringe ao SUS, mesmo que aquela se constitua em algumas das suas dimensões setorial, institucional e administrativa. E finalmente, não há um enquadramento total na noção de “políticas sociais” e nem se restringe ao tópico das “políticas de saúde”. “Sua concepção e formulação transcendem às políticas estatais” (PAIM, 2008, p. 92).

da aplicação dos recursos financiadores (SILVA; LIMA, 2005).

Esse cenário faz parte de uma conjuntura ampliada que se relaciona com as temáticas da Reforma do Estado e da Seguridade Social. Tais temáticas estiveram ausentes da agenda e do discurso das esquerdas no Brasil até os anos 70, quando as mudanças na teoria e na prática introduziram no centro das discussões políticas, temas como a cidadania e a institucionalidade democrática. Segundo Fleury (2008), essas mudanças eram um reflexo do forte engajamento dos movimentos sociais na luta pela democratização do país e da centralidade assumida pela Assembleia Nacional Constituinte, em 1987-88, como arena pública privilegiada de enfrentamento de projetos em disputa por uma nova institucionalidade. Parece que o resgate da dívida social passou a ser um tema central da agenda da democracia, convergindo para ele movimentos de natureza diversa. A intensificação desse processo, ainda na década de 1980, deu-se com o surgimento de uma rica tecitura social emergente a partir da aglutinação do novo sindicalismo e dos movimentos reivindicatórios urbanos e da construção de uma frente partidária de oposição.

Foi ainda em 1979 e meados de 1980, sob forte pressão das deliberações realizadas na VII Conferência Nacional de Saúde (CNS)¹⁷, que o Ministério da Saúde e Previdência Social (MSPAS) criou o Programa Nacional de Serviços Básicos em Saúde (PREV-saúde), cujo objetivo era a expansão do Pias (Experiência exitosa realizada na região Nordeste, que possibilitou a melhoria na saúde da população, implantando uma rede de atendimento de saúde básica, em municípios de até vinte mil habitantes).

Pretendia-se, com isso, expandir em todo o país, uma rede de atendimento de saúde básica, cuja oferta possibilitasse, em quantidade e qualidade, cuidados primários de proteção, promoção e recuperação da saúde, objetivando uma cobertura estendida a toda a população até o ano de 2000 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1980). Embora não sendo concretizado, em função do conflito de interesses entre o seguimento médico-empresarial, medicina liberal, o setor contratado e as próprias resistências intraburocráticas baseadas no Inamps, o contexto de discussão sobre o PREV-saúde permitiu que “ideias reformistas defendidas por diversos grupos de discussão da saúde comesçassem a se integrar em uma proposta abrangente de definição da política de saúde” (BAPTISTA, 2005, p. 27).

¹⁷ As CNSs são de origem anterior a publicação da Lei Orgânica da Saúde – LOAS (1990). Têm como principal objetivo a articulação entre os governos federal e estaduais, dotando-os de informações para a elaboração de políticas, concessão de auxílios e subvenções financeiras (SCOREL; BLOCH, 2005).

Ainda nessa década, outras ações de reformulação foram tentadas, tais como a criação do Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (Conasp), no âmbito do MSPAS, para tentar diagnosticar e buscar repostas para a crise na saúde. Também, e como consequência dessa ação, foram apresentadas diversas propostas, tais como: Programa das Ações Integradas de Saúde (Pais); Programação e Orçamento Integrada (POI); Programa de Racionalização Ambulatorial (PRA) e o Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social (SAMHPS).

Em 1986, em pleno período de redemocratização do país, e sob a convocação do MS, gestores de saúde, técnicos e usuários, reuniram-se para travar uma discussão aberta sobre a tão pretendida reforma do sistema de saúde. Desse modo, foi realizada a VIII CNS, que contou com a presença de cerca de 4.000 mil pessoas, incluindo amplos setores da sociedade civil organizada, de todo o país. Esse foi um marco histórico, uma vez que as anteriores¹⁸ nunca tinham contado com a participação popular. Os debates giraram em torno da tônica da universalização da garantia dos atendimentos em saúde e o efetivo controle social das práticas de saúde a serem implementados, ambos, pontos nevrálgicos do sistema. Nela, a saúde deixou de ser concebida como um estado biológico abstrato de normalidade ou ausência de patologias – conforme era predominante no discurso médico e socialmente hegemônico. Passou a ser entendida como um efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência, como a expressão ativa de um direito de cidadania (alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, emprego, lazer, etc.), com superação da concepção mediatizante (LUZ, 1994; BAPTISTA, 2005). Tal entendimento alarga o sentido da reforma para a saúde, constituindo-se também em uma reforma para o Estado.

Portanto, a realização da VIII CNS denota a luta pela democratização das políticas e pela afirmação do direito à saúde. Nela, o projeto institucional do SUS foi posto a partir de um amplo processo de discussão. Além disso, com sua instituição, a saúde emergiu como uma questão de cidadania e a participação política, como condição de seu exercício, perspectiva assegurada no princípio constitucional de “participação da comunidade” e na Lei nº 8.080 (28 de dezembro de 1990) (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006), introduzindo-se a noção de controle social e participação popular. No entanto, embora tendo sido uma conquista ocorrida no cenário político já salientado acima, ela

¹⁸ Nos anos de 1992, 1996, 2000, 2003, 2007 e 2011 foram realizadas, respectivamente, a 9ª, 10ª, 11ª, 12ª, 13ª e a 14ª CNS's. Todas elas, em alguma medida, trouxeram à baila discussões sobre a política de Recursos Humanos no sistema, bem como a administração e gestão das organizações de saúde.

não será entendida como um processo de verdadeira democracia se não fortalecer os poderes locais a aprofundar as práticas da gestão descentralizada e participativa no SUS, cujo exercício de controle deve ser feito voltando a atenção para a produção e consumo dos serviços de saúde, conforme o relatório final da VIII CNS.

Embora as propostas saídas no relatório final da VIII CNS tenham sido inovadoras e com forte cunho político-ideológico a favor da efetivação das mudanças pretendidas, elas não foram imediatamente postas em prática. O MPAS/Inamps teve a iniciativa de criar o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (Suds), que contribuiu não só para o avanço da descentralização da saúde e permitiu que os estados tivessem maior autonomia no planejamento de suas ações, mas também para a hierarquização, regionalização e universalização do sistema. Desse modo, o Suds acabou se configurando como uma “estratégia-ponte” para o SUS (PAIM, 2008), enquanto as discussões da Assembleia Nacional Constituinte ocorriam intensas e acirradas. Durante esse processo, a pressão da sociedade civil organizada e dos movimentos democráticos de esquerda conseguiu fazer frente às resistências de alguns segmentos (prestadores do serviço de saúde privado e da medicina autônoma, reformistas ligados ao MS e da previdência social) que se contrapunham às propostas, e incluir no “Título VIII – Da Ordem social” o capítulo II, específico sobre a seguridade social (BRASIL, 1988).

Considerado como uma política pública constituída pelos movimentos sociais que lutaram pela democracia, e ocupando espaços na Constituição e nas leis, o SUS é uma política pública de saúde e um dos meios para a garantia do direito à saúde dos cidadãos, dever do Estado e “o maior sistema público de saúde do mundo” (PAIM, 2008). Para esse autor,

o SUS ‘não é’ um mero meio de financiamento e de repasse de recursos federais para estados, municípios, hospitais, profissionais e serviços de saúde. Não é um programa de saúde pública, nem um ‘plano de saúde para pobres’. Também ‘não é’ um sistema de serviços de saúde destinado apenas aos pobres e ‘indigentes’. Não se reduz a uma política de governo – federal, estadual e municipal -, muito menos a uma proposta política exclusiva desse ou daquele partido. Enfim, não é caridade de instituição beneficente, organização não governamental, prefeito, vereador, deputado, governador, senador ou presidente (PAIM, 2008, p. 96).

Estando dentro do contexto mais amplo – seguridade social (políticas de saúde, de previdência e assistência social), o SUS foi criado pela Constituição Federal (CF) de

1988, e regulamentado dois anos depois, pela LOAS – leis 8.080/90 e 8.142/90. A partir daí, a saúde passou a ser financiada com o orçamento da seguridade social e sua política de gestão do trabalho foi marcada pelo resgate dos ideais de justiça social, de recuperação dos direitos de cidadania e promoção do bem-estar.

Nesse sentido, pode-se assumir que existem duas grandes conquistas para a institucionalização do Sistema. A primeira criou condições legais para um sistema integrado por ações e serviços, com a participação do setor privado em caráter suplementar; a segunda conquista (mais recentemente), diz respeito à organização dos serviços, com a descentralização dos mesmos, o que significa a gestão plena do sistema por parte dos municípios, que passam a ter a gestão dos estabelecimentos de saúde contidos em sua área geográfica, ficando sob a responsabilidade do secretário de saúde, gestor municipal. Isto por que até 1995, a administração do SUS estava consubstanciada na Norma Operacional Básica (NOB)-93, que previa a gestão “semiplena” da saúde, o que significava um compartilhamento de responsabilidade, de gestão, entre as três esferas de governo: Federal, Estadual e Municipal. Essa condição foi mudada a partir da NOB-96, que descentralizou a administração, passando a gestão plena aos municípios. Vale ressaltar, ainda, que a reforma gerencial no SUS foi consubstanciada nessa NOB.

O SUS está assentado em princípios doutrinários, cuja base filosófica apoia-se na filosofia dos direitos humanos e da cidadania, e em princípios organizativos (diretrizes), que balizam a sua operacionalização, válidos para todo o território nacional. Dentre eles, podemos destacar a *Universalização* do acesso em todos os níveis do sistema; a *Igualdade* na assistência, sem preconceitos ou privilégios, sejam elas de qualquer natureza; a *Integralidade* da atenção, isto é, as ações de promoção e prevenção não devem ser dissociadas da assistência ambulatorial e hospitalar (diagnóstico, tratamento e reabilitação); *Participação da comunidade* (concretizada pela constituição de conselhos de saúde e realização das conferências de saúde) por meio de suas entidades representativas e como garantia de participação na formulação das ações, fiscalização do cumprimento dos dispositivos legais e normativos, e controle e avaliação das ações e serviços executados; e a *Descentralização* político-administrativa (única direção em cada esfera de governo), possibilitando aos governos, estaduais e municipais, maior responsabilidade e autonomia na decisão e implementação de ações e serviços de saúde. Implica na descentralização dos serviços para os municípios e na regionalização (distribuição geográfica dos serviços) e hierarquização (serviços definidos por níveis de atenção – baixa, média e alta complexidades) da rede de

atendimento.

Obviamente que na prática toda essa institucionalidade, firmada em instrumentos jurídicos-normativos, não funciona desse modo e, portanto, ainda existem “pedras” no caminho do sistema. Considerando seus princípios e diretrizes, certamente que na atualidade os desafios de implantação e consolidação do SUS em todo o território nacional ainda são inúmeros. O uso da palavra “implantação” pode parecer estranho aos olhos de leitores mais atentos, pois como pode uma política de saúde pública que já está na sua “maioridade”, ainda se caracterizar como uma política que está sendo implantada? Considero o sentido da palavra como sendo positivo, se levarmos em conta que isso denota o devir do sistema e, como tal, ele precisa se mover. No entanto, tal movimento não parece ir sempre no sentido de seu crescimento e fortalecimento, pelo menos dentro do que se espera para uma maior eficácia e efetividade do sistema de saúde que todos queremos (SANTOS; MANESCHY; ALBERTO, 2010).

Ao fazer uma análise ampliada da política de saúde e de todas as estratégias adotadas com vistas à sua operacionalização, Baptista (2005) aponta alguns desafios, ou como têm sido aqui tratados, “pedras” que constantemente ainda se revelam. Para Baptista, por exemplo, isso denota o que foi herdado do período de autoritarismo vivenciado pelo Brasil, com decisões centralizadas e prática clientelista, e reproduzidas na burocracia institucional e nas ações de saúde, “quicá no imaginário social” (p. 37). É a partir dessa consideração que volto a atenção, especificamente, para o princípio da descentralização, os desafios nela implicados para a operacionalização do sistema, particularmente, para a gestão do trabalho em saúde, conforme os objetivos iniciais. Ainda assim, é válido dizer que o sistema pode ser analisado a partir de pelo menos cinco perspectivas: financiamento, gestão, organização, infra-estrutura e modelos de atenção (PAIM, 2005). É claro, também, que tais perspectivas são ampliadas, por exemplo, quando se fala de gestão em saúde, se está falando “de cima para baixo”, ao nível (macro) das esferas governamentais, mas certamente isso não inviabiliza outro movimento de análise, de certo modo, inverso. Ou seja, considerar a gestão ao nível mais micro e discutir, pelo menos brevemente e apontando alguns dados dessa conjuntura, suas implicações para a gestão do trabalho na área.

Diversos autores (MENDES, 1993; CORDEIRO, 2001; BAPTISTA, 2005; SILVA; LIMA, 2005; CAMPOS, 2007; PAIM, 2008; KOSTER, 2008; GIOVANELLA *et al.*, 2008; NORONHA; LIMA; MACHADO, 1988) são unânimes em considerar que

assim como a descentralização se configurou como um dos grandes sucessos do SUS, também foi, ou ainda tem sido, uma das “pedras” em seu caminho.

Segundo Noronha, Lima e Machado (2008), o processo de descentralização vigente no país é do tipo político-administrativo, pois envolve não apenas transferência da gestão de serviços públicos, mas também de poder decisório para estados e, principalmente, para municípios. Partindo de uma concepção administrativo-organizativa centralizada, testemunhou-se a passagem a uma coresponsabilidade pelo sistema, onde as esferas estaduais e municipais passaram a ter participação fundamental na gestão do mesmo, firmando o estabelecimento de novas relações entre os governos, instituições e entre serviços (VIANA, 1995). Desse modo, o que inicialmente pareceu como uma ação que removeria uma “pedra” significativa que travava/impedia o sistema de se movimentar, rapidamente se configurou como um dos seus maiores desafios: dotar estados e municípios, particularmente esses últimos, de maior resolutividade, o suficiente para fazer frente às demandas de saúde da população. Significa dar sustentação e suprir eventuais fragilidades (particularmente suporte técnico e financeiro) para fortalecê-los e preservar seu compromisso na garantia e defesa do SUS, bem como preservar o papel de principal regulador da política, para o governo federal. A descentralização, portanto, enfrenta as características geográficas heterogêneas de todo o país, diante das diferentes capacidades financeira, administrativa e operacionais de estados e municípios, além das diversas disposições políticas de governadores e prefeitos para darem conta daquela tarefa (SOUZA, 2002). Em grande parte desses municípios, há apenas estabelecimentos de atenção básica, e em outros tantos casos as ações de saúde são planejadas para abranger vários deles (os chamados consórcios), onde um deles participa como o polo central de recepção da demanda dos outros participantes. A disponibilidade de serviços especializados, de alta e até média complexidade, por sua vez, é bastante concentrada.

Como já antecipei, não tenho, aqui, a intenção de esgotar a discussão macro acerca da descentralização do sistema, não só porque irei retomá-la, em um ou outro momento, ainda nesse trabalho, mas também porque quero passar direto para as suas implicações para a gestão do trabalho na área (fazer o movimento inverso). Por isso, para o leitor interessado no assunto, recomendo a vasta literatura existente na área (por exemplo, SILVA; LIMA, 2005 e CORDEIRO, 2001), parte dela, inclusive, citada aqui. Mas ainda me é imperativo dizer que ao longo desse processo, até a atualidade, e mais uma vez denotando o devir “do sistema”(?), tem havido uma importante evolução nas

proposições acerca dos movimentos necessários à efetiva capacidade de descentralização; na capacidade gestora e reguladora de estados e municípios, fundamentada em instrumentos jurídico-normativos, dentre eles as chamadas Normas Operacionais Básicas da Saúde (NOBs)¹⁹, e mais recentemente, o Pacto pela Saúde, em 2006.

Em contrapartida, os desafios se refletem em vários aspectos da política de saúde dos diversos estados e dos milhares de municípios existentes no país. Os impactos se espraiam, direta ou indiretamente, sobre nós críticos e estratégicos para o sistema, dentre eles os voltados para a gestão do trabalho. Nesse sentido, Levcovitz; Lima; Machado (2001) consideram como algumas dificuldades relacionadas à questão, as distorções na formação dos profissionais de saúde; a heterogênea constituição das equipes técnicas das secretarias de saúde dos estados e municípios; a contratação de quadro de pessoal, agravadas pela conjuntura da Reforma do Estado e pressões para diminuição dos gastos com pessoal.

Essa questão não pode deixar de ser situada na conjuntura neoliberal, que emplacou o desmonte flagrante do setor. Tal política levou a diversas consequências que desestruturaram o setor, dentre elas o que Faveret e Oliveira (1990) denominaram como um movimento de “universalização excludente”, para caracterizar a migração de parte da população brasileira (que deveria ser atendida pelo SUS), para o sistema de seguro privado. Para esses autores, tal movimento passou a ocorrer após a criação do SUS e configura-se como a migração de uma parcela da população, de melhor posicionamento econômico, para o seguro privado, pela contratação individual ou pelo sistema empregador empregado. Assim, o objetivo da inclusão social, que deveria ser consolidado por meio do princípio da universalização do acesso e da equidade, fica altamente comprometido. Segundo Ribeiro (2009) esse tipo de universalização ganha a conotação excludente a partir da conjugação de dois principais mecanismos: a) a migração de famílias de camadas de renda média e alta para os serviços privados e b) o racionamento da oferta de serviços no sistema público. Incluindo-se, nesse último aspecto, uma série de “racionalidades” voltadas ao trabalho na área. Além disso,

¹⁹ Publicadas nos anos de 1991, 1992, 1993 e 1996, têm sido o principal instrumento de orientação do processo de descentralização, junto com as Normas Operacionais da Assistência à Saúde (Noas), publicadas em 2001 e 2003. Definem as competências e responsabilidades de cada esfera de governo e estabelece as necessárias condições para que estados e municípios assumam novos posicionamentos frente aos desafios de implantação e consolidação do SUS.

também a heterogeneidade distributiva e inequitativa de profissionais de saúde no território nacional e o aumento, como “não podia deixar de ser”, dadas essas dificuldades, da precarização das relações de trabalho.

Com respeito a esse último ponto, os mais afetados foram os municípios, cuja força de trabalho ficou retraída, uma vez que a descentralização desencadeou o processo de transferência de gestão de força de trabalho para esses entes federativos, causando o crescimento desordenado de trabalhadores das diferentes esferas de governo, com contratos por serviços prestados e/ou temporários; acúmulos e diversificação de modalidades de vínculos e pagamentos, provocando desigualdades entre os trabalhadores, inclusive os de mesma categoria profissional, e favorecendo a desestabilização das categorias de classe; sublocação dos serviços, o que dilui a figura do empregador e favorece o desrespeito aos princípios do SUS; dentre outros (ARAÚJO *et al.*, 2006; SANTOS, 2009).

Esse é um pequeno recorte do cenário em que as relações de trabalho atuais, no SUS, estão incrustadas, e que voltará a ser abordado no decorrer da presente proposta, especificamente com respeito às ações voltadas às políticas de gestão de recursos humanos em saúde. Serão enfatizadas as implicações dos modelos de gestão atualmente correntes na área, e no locus da pesquisa em particular, sobre a produção do cuidado em saúde e na vida dos profissionais que atuam na área, subjetivando-os de modo a não se reconhecerem na produção desse mesmo cuidado que têm de produzir no encontro com o outro – usuário e consigo mesmo. Essa é a tensão presente no cenário atual e que tem na descentralização, flexibilização e negociação, o tripé de sustentação da nova proposta para a gestão do trabalho na área. Desse modo, faz com que sejam pensadas mudanças de regras e de procedimentos nas esferas de gestão do SUS, com vistas à autonomia das mesmas e a necessária e constante compatibilidade entre elas.

Por último, mas não menos importante, passo a descrever como os hospitais, particularmente os universitários, se inserem no SUS. Além disso, discorro sobre os modos de financiamento que vêm sendo utilizados ao longo dos anos, e apresento o debate atual acerca desse tema, mais especificamente sobre os modelos de gestão que têm sido propostos como mecanismos para viabilizar a tão esperada saída da crise atualmente enfrentada por essas instituições. Finalmente, trago essa discussão para próximo ao contexto pesquisado, com a atenção centrada na gestão do HUIBB.

VI.4- HUs e impasses de financiamento: As repercussões de gestão

De antemão é importante destacar que segundo Feuerwerker (2005), o conjunto de serviços – hospitalares, ambulatoriais e unidades básicas – construídos no período da assistência previdenciária, e o conjunto de trabalhadores nele inseridos-, foram herdados pelo SUS. Suas relações com os serviços privados conveniados se davam por meio da compra de serviços e todos tinham a orientação de suas ações pautada nos conceitos hegemônicos de saúde. A base do modelo de cuidado à saúde foi, portanto, fortemente marcada pela hegemonia médica, de caráter puramente assistencial e que até o presente momento exerce certa influência no cotidiano dos serviços de saúde.

Essa construção do modelo assistencial, por sua vez, repercutiu diretamente na estruturação da força de trabalho, com forte concentração dos postos de trabalhos em instituições hospitalares e a valorização do profissional médico. Mesmo que a título de políticas de saúde tenhamos, de alguma forma, superado esse modelo de organização do sistema - vigente nos anos 70 e início dos 80, fortemente baseado na lógica flexneriana²⁰ e priorização da medicina curativista e hospitalocêntrica - na atualidade ainda o vemos exercer forte influência no imaginário da população em geral e nas práticas de assistência em particular, não obstante o movimento de desospitalização do sistema.

Foi com a descentralização prevista na lei orgânica da saúde, cuja manifestação encontra-se no movimento de municipalização da gestão dos serviços e sistemas de saúde, que os municípios passaram a ter as funções de controle e avaliação dos serviços públicos, filantrópicos e privados, vinculados ao SUS.

Os hospitais ocupam lugar de destaque no contexto geral das políticas públicas de saúde. Sendo integrantes de uma rede de atenção à saúde, sua atribuição é a oferta de assistência médica continuada e integrada; viabilizar recursos de diagnóstico e tratamento para reintegrar, em menor tempo possível, o paciente à sua vida regular e promover a saúde e prevenir doenças. Independente de sua natureza, se público ou privado, são considerados uma organização complexa que têm o avanço dos conhecimentos médicos e tecnológicos como presença marcante em seu cotidiano. Além disso, são palco constante da contradição entre a promoção do cuidado e os

²⁰ Abraham Flexner foi o responsável pela elaboração do chamado “Relatório Flexner”, que avaliou o ensino médico norte-americano do início do século XX, e propôs uma formação médica centrada no campo biológico.

aspectos mercadológicos, na medida em que se coloca o desafio de apresentar bons resultados em termos de promoção da saúde.

No que diz respeito aos Hospitais Universitários (HUs) temos que, no Brasil, as primeiras experiências de integração ensino-assistência ocorreram em 1808 com a criação, por D. João VI, da Escola de Cirurgiões, que posteriormente se tornou a Faculdade de Medicina da Bahia. Após a transferência da família real para o Rio de Janeiro, nessa cidade também foi criada a Escola de Cirurgiões, atualmente Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Para ambas, as Santas Casas de Misericórdia eram utilizadas como campo de ensino (CLEMENTE, 1998). No entanto, com a criação do primeiro Hospital de Clínicas de propriedade de uma Universidade Federal Brasileira, em Salvador-BA, e com o surgimento de diversas faculdades de medicina, a partir dos anos 70, é que houve a expansão dos hospitais universitários. Estes se tornaram a base dos sistemas de formação de médicos e os principais centros de atendimento de alta complexidade do país (CALDAS JÚNIOR, 1999).

De acordo com Médici (2001), do ponto de vista prático, um hospital universitário é entendido, antes de tudo, como um centro de atenção médica de alta complexidade que:

(a) tem importante papel no atendimento médico de nível terciário; (b) apresenta forte envolvimento em atividades de ensino e pesquisa relacionada ao tipo de atendimento médico que dispensa; (c) atrai alta concentração de recursos físicos, humanos e financeiros em saúde e; (d) exerce um papel político importante na comunidade que está inserido, dada sua escala, dimensionamento e custos (MÉDICI, 2001, p. 150).

Como já pontuado anteriormente, e considerando o entendimento acima, essas instituições cumprem um papel crucial no que diz respeito à assistência de alta complexidade, em um nível mais especializado ou complexo dentro do SUS.

Longe de empreitar por um apanhado histórico dessas instituições, ainda cabe apontar alguns recortes que ajudarão no entendimento geral da inserção das mesmas no contexto do sistema e sua atual conformação, inclusive no que diz respeito à crise que vêm passando. Nesse sentido volto a atenção para o seu financiamento.

Com reflexo do contexto social, econômico e político, foi imposta aos HUs a necessidade de racionalizar gastos, dada a natureza dispendiosa de sua manutenção. Ao fazer uso de alta tecnologia e envolver ensino e pesquisa, sua despesa com saúde se eleva em dobro quando comparada ao valor de sua participação no volume de

atendimento, sendo, portanto, hospitais caros (MÉDICI, 2001. p. 151). Dessa forma, instaurou-se a contradição entre promover uma formação de qualidade aos profissionais da área da saúde, a oferta de atenção à saúde da população, com a respectiva disposição de atendimentos e serviços de alta complexidade e tecnologia avançada.

Até então, os hospitais universitários federais tinham seu financiamento integral garantido desde a sua criação pelo Ministério da Educação e Cultura (MEC), com desvinculação da produção de serviços. Seu financiamento se dava de acordo com a lógica do orçamento, sem um sistema contratual ou informal que pudesse avaliar e vincular o repasse de recursos ao alcance de metas e ao cumprimento de compromissos com o sistema de saúde, confirmando sua principal missão: ensino e pesquisa (CARMO, 2006). Ainda para essa autora, a crise econômica da década de 80 resultou em forte retração na destinação de recursos aos HUs, “além de se transformarem em ‘bode expiatório’ da crise financeira nas universidades às quais pertenciam, por serem unidades de custo mais elevado” (p. 29).

A partir da criação do SUS, o financiamento passou a se dar a partir da Seguridade Social, da União, Estados, Municípios e outras fontes, com repasse fundo a fundo de saúde, sendo a participação do setor privado em caráter complementar. No Art. 45, a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080 de 1990/MS), está estabelecido que:

Os serviços dos Hospitais Universitários e de Ensino integram-se ao Sistema Único de Saúde – SUS, mediante convênio, respeitada sua autonomia administrativa em relação ao patrimônio, aos recursos humanos e financeiros, ensino, pesquisa e extensão, nos limites conferidos pelas instituições a que estejam vinculados (BRASIL, 1990).

Durante seu percurso histórico, vários foram os reflexos sofridos pelos HUs no que diz respeito à definição de seu modelo de financiamento. Não à toa que são diversos os debates e propostas de soluções que tentam viabilizar a saída dos mesmos da crise em que se encontram na atualidade. Dentre elas, por exemplo, estavam os que defendiam a sua transferência para os gestores do SUS; havia os que defendiam sua transformação em Organizações Sociais (OS), que têm a flexibilização das relações como marca principal, especialmente as relacionadas à gestão do trabalho; e houve os que defenderam a privatização dos mesmos, com a criação de estruturas para a prestação de serviços ao sistema suplementar. No entanto, ainda hoje permanecem no cenário de busca de soluções algumas das alternativas apontadas nesse período (CALDAS JÚNIOR, 1999).

Para citar algumas dessas tentativas, têm-se a publicação da portaria conjunta MEC/Ministério da Saúde N° 01, de 1994, que estabeleceu os critérios de classificação dos Hospitais de Ensino, integrantes do Sistema de Informações Hospitalares, para a concessão do Fator de Incentivo ao Desenvolvimento de Ensino e Pesquisa – FIDEPS e respectivos percentuais de adicional sobre suas receitas. Esse incentivo, de 25 a 75% sobre o faturamento das Autorizações de Internação Hospitalar (AIH), representou um importante aporte financeiro, especialmente para os HU federais, que preenchiam os critérios para o adicional de 75%. No entanto, devido a falta de recursos suficientes nos fundos municipais e estaduais de saúde e/ou por falta de pactos de interesse da gestão do SUS, os valores do FIDEPS tenderam a permanecer fixos ou a ter acréscimos aquém do que seriam na lógica anterior, o que contribuiu para agravar a situação de desfinanciamento dos hospitais que faziam jus ao fundo.

Já em maio de 2003, por meio da Portaria Interministerial N ° 562 – MEC/Ministério da Saúde/Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão/ Ministério da Ciência e Tecnologia, foi criada a comissão interinstitucional com o objetivo de avaliar e diagnosticar a situação dos HUs, visando reorientar e/ou formular a política nacional para o setor. Nesse mesmo ano, foram estabelecidos novos critérios de certificação das instituições hospitalares como HU, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS N° 1000, de 15 de abril de 2004, e posteriormente revogada pela Portaria Interministerial MEC/MS N° 2400, de 15 de abril de 2004, que estabelece quatro dimensões que um hospital deve abarcar para ser considerado hospital de ensino: atenção à saúde, ensino, ciência e tecnologia e gestão. Dentre os requisitos obrigatórios para a certificação enquanto HU estão: a participação nas políticas prioritárias do SUS e colaboração ativa na constituição de uma rede de cuidados progressivos em saúde, estabelecendo relações de cooperação técnica no campo da atenção à saúde e da docência com a rede básica, de acordo com realidades locoregionais; a destinação de 100% dos seus leitos ao SUS em 04 anos e a manutenção, sob regulação do gestor local do SUS, da totalidade dos serviços contratados.

Ainda em maio daquele mesmo ano, foi publicada a Portaria Interministerial N° 1006 – MEC/Ministério da Saúde, criando o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais de Ensino (REHUF/MEC/MS) do Ministério da Educação; a Portaria MS/GM N° 1.702, de 17 de agosto de 2004, que cria o Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e dá outras providências; a Portaria MS/GM N° 1.703, de 17 de agosto de 2004, que destina

recursos de incentivo à contratualização de Hospitais de Ensino Públicos e Privados, e dá outras providências; e a Portaria MS/GM N° 2.352, de 26 de outubro de 2004, que Regulamenta a alocação de recursos financeiros destinados ao processo de contratualização constante do Programa de Reestruturação dos Hospitais de Ensino do Ministério da Educação no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências.

Essas tentativas têm se configurado como um potente indutor na qualificação dos HUs, pois exigem o cumprimento de vários critérios nas dimensões acima citadas. Nelas estão definidos recursos para o financiamento do programa, que deveriam englobar todos os já existentes (produção, FIDEPS, Programa de Reforço à Manutenção dos Hospitais Universitários), além de incentivo à contratualização, que seria repassado pelo Ministério da Saúde e o impacto do aumento da tabela do SUS que estava para ocorrer. No entanto, também têm se configurado como mecanismos de impasse entre formuladores de políticas, gestores, trabalhadores, sindicatos e demais associações de trabalhadores e conselhos de classe, bem como de fatores que acabam acentuando a crise dos HUs, segundo aqueles que têm a responsabilidade direta por gerir tais instituições. Assim, por exemplo, a Associação Brasileira de Hospitais Universitários e de Ensino (ABRAHUE), apoiada pela Associação Nacional dos Dirigentes das Instituições Federais de Ensino Superior (ANDIFES), fez mobilização, inclusive no Congresso Nacional, em defesa dos HUs. Apontava como solução para a crise a celebração de Contratos de Gestão entre os HUs e os gestores do SUS, com o estabelecimento de metas quali e quantitativas, recursos materiais e humanos, responsabilidades lado a lado, que pudessem ultrapassar a lógica de remuneração por serviços, com evitação do desperdício associada à dotação orçamentária sem compromissos de metas (ABRAHUE, 2002), e que a oferta de serviços dos HUs ao sistema suplementar poderia significar a arrecadação de recursos adicionais para estes hospitais, além de oportunizar a fixação de profissionais com dedicação exclusiva aos serviços (ABRAHUE, 2004).

Já em 2010, em Carta Manifesto dos HUs federais²¹ (14 de julho de 2010), a ABRAHUE afirma que vinha acompanhando “com grandes expectativas a concretização das propostas do Decreto Presidencial N° 7.082, de 27 de Janeiro de 2010, que instituiu o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais (REHUF), e que apontava para a possibilidade de solução para a grave crise

²¹ <<http://www.abrahue.org.br>> Acessado em 09 de março de 2011.

vivida pelos HUs”. Nela, a ABRAHUE aponta que

a publicação da Portaria Interministerial Nº 883, dos Ministérios da Saúde, Educação e Planejamento, Orçamento e Gestão, de 5 de julho de 2010, que regulamenta o Decreto, *frustrou profundamente as expectativas criadas, já que não contemplou nem o aporte de recursos financeiros de custeio nem a contratação emergencial de recursos humanos [...]*. Tais medidas são indispensáveis à manutenção do funcionamento desses hospitais, que têm enorme peso na assistência e educação em saúde em nosso país (ABRAHUE, 2010 – *Grifo meu*).

Tal manifestação, portanto, é contrária ao que prescreve o parágrafo 1º do Art. 2º do Decreto Nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010, que instituiu o REHUF/MEC/MS. Esse Programa “tem como objetivo criar condições materiais e institucionais para que os hospitais universitários federais possam desempenhar plenamente suas funções em relação às dimensões de ensino, pesquisa e extensão e à dimensão da assistência à saúde”. Orienta-se pelas seguintes diretrizes: instituição de mecanismos adequados de financiamento, igualmente compartilhados entre as áreas da educação e da saúde, progressivamente, até 2012; melhoria dos processos de gestão; adequação da estrutura física; recuperação e modernização do parque tecnológico; reestruturação do quadro de recursos humanos dos hospitais universitários federais; e aprimoramento das atividades hospitalares vinculadas ao ensino, pesquisa e extensão, bem como à assistência à saúde, com base em avaliação permanente e incorporação de novas tecnologias em saúde (BRASIL, 2010).

Não obstante, já em 10 de janeiro de 2013, no próprio site da ABRAHUE, foi publicada uma matéria (Agência Brasil)²² dando conta do montante de investimentos (R\$ 1,39 bilhão) nos três anos de existência do Programa, sendo repassados, em 2012, R\$ 585 milhões, o que corresponde a um montante de R\$ 85 milhões a mais do que foi investido de 2011. Tais recursos foram aplicados para o custeio de atividades assistenciais e de ensino, obras, reformas e a compra de equipamentos, e beneficiaram 45 hospitais de forma direta e outras duas unidades indiretamente. Esses hospitais estão localizados em 32 cidades brasileiras, sendo 22 deles situados em capitais, com a previsão de inclusão de mais uma unidade (Hospital da Universidade Federal do Piauí), ainda em 2013.

Embora com todo repasse de recurso, realizado durante esse tempo de três anos,

²² <<http://www.abrahue.org.br>> Acessado em 13 de janeiro de 2013.

ainda há grande impasse e mal-entendidos sobre alguns aspectos previstos na proposta do REHUF/MEC/MS, dentre eles a questão da divisão do financiamento entre o ME e o MS, e a questão dos recursos humanos e da estabilidade, que está a ela atrelada. Assim, o ME paga os profissionais concursados e o MS repassa recursos para o custeio dos serviços prestados à população nas unidades. Desse modo, de acordo com o Sindicato dos Trabalhadores na Universidade Federal do Espírito Santo (SINTUFES) e com a ANDIFES, o REHUF/MEC/MS se constitui como:

uma política perversa de transição (...); no início era uma simples base para levantar dados, como número de servidores, usuários, capacidade dos HUs. Depois ficou explícito que a ideia (...) é fazer uma política de transição que vai contra o serviço público de qualidade. Ele promove a disputa e substitui gradativamente trabalhadores concursados por terceirizados para facilitar a entrega dos HUs às fundações” (TEIXEIRA, 2010)²³

Ainda segundo Teixeira (2010) uma das grandes “novidades” da política foi a criação do Adicional por Plantão Hospitalar (APH) e a previsão para contratação temporária de seis mil profissionais, entre médicos e enfermeiros. Essa possibilidade, explica, criou uma disputa prejudicial entre a categoria no ambiente de trabalho, já que o valor dos plantões faz grande diferença no orçamento dos trabalhadores, cujos salários estão defasados, e que os critérios para a realização dos plantões não foi técnico, mas político. Também há a explícita opção de não realizar concurso público, contratando profissionais de “forma temporária enquanto a transição dos HUs para as fundações é feita”, conclui.

Como está configurado, a política do REHUF/MEC/MS ainda é uma questão em aberto e, por isso, mobiliza debates entre seus críticos, geralmente parcela importante do movimento sindical nacional, e seus defensores, que estão entre os formuladores do REHUF/MEC/MS, composta em sua maioria por sanitaristas e gestores da saúde. E aqui, não é minha intenção retomar a discussão já realizada no Capítulo III. Em todo caso, o fato é que muitos hospitais estão se beneficiando desses repasses, e o HUIBB não tem feito diferente, como relatado no Capítulo III.

É dessa forma, e nesse contexto político, social e econômico, que os HUs, incluindo o HUIBB, estão inseridos no Sistema Único de Saúde. Tendo suas idiosincrasias, o HUIBB tem se situado como importante centro de prestação de

²³ <<http://www.sintufes.org.br/noticias/O%20Rehuf%20e%20uma%20politica.pdf>> Acessado em 25 de junho de 2011.

assistência em saúde e de formação, qualificação e aperfeiçoamento de recursos humanos em saúde, em nível locoregional, e até nacional. Como HU certificado junto ao MEC/ME, cumpre um dos pré-requisitos para o processo de contratualização com o gestor local (Secretaria Municipal de Saúde – SESMA), de acordo com a Portaria MS/GM N° 1.703, de 17 de agosto de 2004, e a Portaria MS/GM N° 2.352, de 26 de outubro de 2004. Por meio desse processo, o representante legal do hospital e o gestor local do SUS estabelecem metas quali e quantitativas para processo de atenção à saúde, de ensino e pesquisa, e de gestão hospitalar. Elas são formalizadas a partir da celebração de convênio e deverão ser acompanhadas e testadas pelo Conselho Gestor da instituição ou pela Comissão Permanente de Acompanhamento de Contratos. Com isso, tenta-se a reinserção do hospital no sistema de saúde local, como formador de profissionais de saúde e, ainda, no desenvolvimento e avaliação de tecnologias. No entanto, uma das dificuldades atualmente enfrentadas pelo HUIBB diz respeito ao fato de ainda permanecer com o mesmo convênio firmado em dezembro de 2004, com apenas acréscimos de termos aditivos referentes a reajustes como do Incentivo à Contratualização (IAC) e da Tabela de Procedimentos. “Apesar das inúmeras tentativas de negociação, não se conseguiu aprovar o novo Plano Operativo Anual (POA), que está em processo de negociação com a Secretaria Municipal de Saúde de Belém (...), desde maio de 2010, sem, contudo, lograr êxito na finalização, com a consequente assinatura do novo convênio” (HUIBB - Relatório Anual, 2011, p. 12). Para 2012, entretanto, estava prevista a retomada do processo de recontratualização com o Gestor local do SUS, que, uma vez aprovada a proposta contida no novo POA, implicaria em realinhamento das metas, o que não ocorria desde fevereiro de 2009, data da assinatura do último aditivo (6º termo) ao convênio, assim como, a expansão de novos serviços ofertados à rede, o que acabou não se efetivando.

Atualmente, a gestão do hospital tem enfrentado uma série de problemas decorrentes da insuficiência de recursos financeiros, pois o baixo investimento por parte dos órgãos financiadores de equipamentos hospitalares de alta complexidade acaba inviabilizando o cumprimento total das metas assistenciais. Outros aspectos destacados, como impactando negativamente na gestão do HUIBB são: “falta de continuidade na oferta de insumos, comprometendo de maneira significativa a qualidade dos serviços; recursos humanos insuficientes havendo dificuldade para a composição das equipes; estrutura física obsoleta frente às necessidades de novas tecnologias; falta de política para a recomposição do quadro funcional; equipamentos sucateados pelo tempo e uso

excessivos” (Ibdem). Finalmente, as dificuldades provenientes da gestão do SUS (federal, estadual e municipal) também são apontadas no relatório, se configurando como um obstáculo significativo para a implantação de serviços importantes para atendimento do usuário, tais como a Unidade de Alta Complexidade em Oncologia (UNACON) e sua efetiva regulação. Outra dificuldade relatada foi com relação ao faturamento ligado ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), como o cadastramento de 04 leitos de UTI, Nutrição Parenteral/Enteral e atualização do cadastro dos profissionais de saúde.

São esses os cenários, macro e micro, que me têm feito olhar para o HUIBB, particularmente para a gestão do trabalho lá situada, de modo como a estou considerando no presente trabalho, e com suas interfaces com a produção do cuidado ofertada na clínica DIP, em particular.

No capítulo que segue, faço uma revisão sobre a Reforma Administrativa do Estado, considerando o contexto de precarização/flexibilização mundial do trabalho (incipientemente já abordado na introdução), buscando compreender as transformações e influências significativas nas relações de trabalho no setor saúde em geral e no território da pesquisa, em particular, à luz do constructo teórico dos modelos administrativos tecnocrático e gerencial. Além disso, são identificados alguns atores institucionais envolvidos na construção de políticas de gestão do trabalho no SUS e algumas de suas ações com vistas este fim.

CAPÍTULO V

*Na trilha da precarização do trabalho no SUS e sua
implicação na área*

Fica permitido que o pão de cada dia tenha no homem o sinal de seu suor. Mas que, sobretudo, tenha sempre o quente saber da ternura.

Thiago de Mello²⁴

Discorrer sobre o trabalho em saúde e, particularmente, sobre a precarização que tem sido sua marca no contexto aqui de interesse, sempre será uma tarefa desafiadora. Digo isso a partir da perspectiva de que ela possibilita a confrontação com uma temática que me tem sido muito cara, pois nos últimos 8 anos tenho atuado profissional e academicamente na área de gestão dos processos de trabalho, com foco na área da saúde pública. Ela tem sido desafiadora enquanto prática de consentimento para alguns ou de subversão para outros, inclusive eu. Assim, me parece que nesse contexto a consideração acima, feita por Thiago de Mello, tem sido vista, e sentida, *muito mais* como uma reprodução que tem o suor como sinal do pão de cada dia dos trabalhadores (de saúde), do que o “quente saber da ternura”.

Por isso, o imperativo de aceitação desse desafio residiu na possibilidade de me fazer trilhar, e principalmente construir, caminhos se não melhores, pois não advogo a universalização da posição por mim defendida, mas pelo menos que levem a outros desafios, e práticas, cujas potencialidades estejam exatamente em rotas-ação como tentativa de subversão do que está instituído. Afinal de contas, como aponta Campos (2007), “pedras e obstáculos no meio do caminho são para serem contornados ou destruídos, desde que se almeje seguir pela trilha da não-violência, da solidariedade, da defesa da vida e do planeta” (p. 298).

De acordo com o que foi assinalado no capítulo anterior, o sistema de saúde brasileiro obteve conquistas marcantes, destacando-se o movimento pela democratização da saúde, que culminou no RSB, cujos aspectos político-ideológicos, organizativos e técnico operacional provocaram importantes mudanças no setor (PAIM, 1997). Além disso, assinalo que a expansão do sistema se deu particularmente a partir do modelo hospitalocêntrico, permeado por diferentes interesses, muitas vezes antagônicos, dos diversos atores envolvidos. Sua predominância progressiva recaiu sobre o discurso médico assistencial privatista, em detrimento aos outros discursos, tais como o sanitarista. Desse modo é que em todo e qualquer processo de condução de

²⁴ “Estatuto do Homem”, extraído do sítio: <<http://www.ccs.saude.gov.br/mercosul/retratos2.html>> Acessado em 22/02/2011.

políticas públicas no Brasil, na saúde também houve discussões acerca do papel do Estado e da organização do sistema de saúde, o que levou às reformas administrativas e sanitárias.

Recorrer ao processo histórico que está na base de construção do sistema é imprescindível para entender o processo de precarização do trabalho no SUS, o que já foi feito no capítulo anterior. No entanto, também é imprescindível dizer que a questão está perpassada fortemente pela discussão em torno das Reformas Administrativa do Estado. E neste capítulo passo a cumprir essa empreitada, embora a pretensão não seja a de fazer uma revisão geral acerca da Reforma Administrativa do Estado. A ênfase aqui recairá, mais detidamente, na Reforma Gerencial. O objetivo é descrever alguns aspectos desta última que são importantes para o entendimento da sua relação com a temática desenvolvida no presente capítulo.

O caminho da organização do sistema de saúde foi sendo fortemente influenciado pela racionalidade econômica presente nos discursos reformistas do Estado, o que acabou por desalinhar os ideais da reforma sanitária (KOSTER, 2008). Tal desalinho pode ser entendido na consideração de Ceccin (2005) ao apontar que no plano legal a reforma sanitária brasileira nos faz entender os trabalhadores de saúde pela ótica da racionalidade administrativa e gerencial. Esse autor, usando a expressão “racionalidade gerencial hegemônica”, própria da Teoria Geral da Administração e que destaca a subordinação dos trabalhadores à racionalidade econômica, reafirma a presença dessa influência também na área da saúde.

A discussão em torno das reformas está situada no campo das teorias administrativas, mais precisamente dentro dos paradigmas tecnocrata e gerencial, e suas consequências para o trabalho em saúde devem, necessariamente, ser incluídas nesse debate. Com um discurso fortemente marcado pelo léxico empresarial, voltado para a inovação, eficiência, qualidade e modernização da gestão pública, deu-se início à reforma.

No Brasil, a Reforma Administrativa do Estado foi preconizada a partir do ano de 1990. No entanto, antes mesmo desse período, mais precisamente antes da Reforma Gerencial a qual a área social e, portanto, a saúde está atrelada, já haviam ocorrido outras duas reformas administrativas no país e que marcaram a sua remodelagem. A primeira, a chamada Reforma Burocrática (ou Reforma do Serviço Público) se deu a partir de 1936, na era Vargas. Implantou um serviço público profissional e os princípios da administração pública burocrática (BRESSER PEREIRA, 1998). O processo de

construção do Estado desenvolvimentista nacional nela ficou representado, demandando a adequação das estruturas administrativas para o exercício do poder centralizador e organizador dos interesses sociais (PIERANTONI, 2001. p. 343). A segunda (anos 60), conhecida como Reforma Desenvolvimentista, se deu a partir do Decreto-Lei nº 200, de 1967, que dispõe sobre a organização da Administração Federal, e estabeleceu as diretrizes para a Reforma Administrativa. Portanto, ressalto que as medidas para a implantação de uma administração pública gerencial, no Brasil, não são novidade desse período. Elas são fruto da instituição do Decreto-Lei acima citado (nº 200), que instituiu, volto a dizer, a descentralização como sendo o fundamento da execução das atividades da administração pública, o que permitiu a transferência das atividades auxiliares – planejamento, coordenação, supervisão e controle – à iniciativa privada. Isto é, descentralizar e modernizar a administração pública passaria, necessariamente, pelo rompimento da rigidez da administração burocrática, atribuindo maior operacionalidade às atividades econômicas do Estado, além de impedir o crescimento excessivo da máquina administrativa. Se por um lado houve a promoção da “administração pública para o desenvolvimento”, por outro, foi anulada pelo “retrocesso burocrático de 1988” (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 163).

Citando Fleury (1997), Pierantoni (2000) considera que nessa reforma houve a flexibilização da administração pública e viabilização da presença do Estado na área econômica, o que permitiu a substituição do modelo de importação iniciado na década de 30, rompendo com os entraves burocráticos que limitavam a expansão do capital associado.

A bem da verdade, a Reforma Administrativa do Estado fez parte de um cenário político e econômico alargado, que teve origem na crise do chamado Estado de Bem-Estar Social (EBES) ou *Welfare State*; forma de Estado que se tornou predominante no mundo ocidental após a 2ª Guerra Mundial e se estendeu até meados dos anos 80/90 nos países centrais, constituindo o que ficou conhecido como “os 30 gloriosos”. Esse período também marcou, embora sem tanta intensidade, os países da América Latina, nos anos 90 – já que por aqui não se vivenciou um EBES no modelo dos países centrais.

Sendo gradativamente substituídos pela política neoliberal, no Brasil, os germes relacionados ao processo de Reforma Gerencial tiveram início com o governo Collor e foram intensificados durante os oito anos da chamada “Era FHC”, correspondente ao período em que o até então presidente da República, Fernando Henrique Cardoso, ficou no cargo. Foi alavancado, ao mesmo tempo, pelos novos padrões de competitividade

internacional e por um conjunto de mudanças econômicas, políticas e sociais que ocorreram no país (processo recessivo e abertura do mercado ao capital internacional) – “choque modernizador” -, privatização de empresas estatais, desindexação de capitais, flexibilização da gestão, particularmente das relações de trabalho, processo de democratização política e crise do padrão de relações industriais vigente durante o período do “milagre” econômico.

Note-se que nesse momento histórico se está vivendo as repercussões mundiais da reestruturação produtiva, com os grupos hegemônicos adotando a ortodoxia neoliberal e buscando uma nova configuração para o Estado. Para esse cenário convencionou-se chamar de Estado Mínimo, uma configuração que passou a se ocupar cada vez menos do fator econômico e da oferta de serviços, inclusive os de saúde, deixando-os ao bel prazer do mercado – que se tornou o seu regulador -; e cada vez mais das questões que teoricamente lhes são próprias, tais como o governo, a segurança, o aparato judicial e a força policial militar. Isso apontou para uma “nova ordem mundial”, cujas palavras-chave são privatização, desregulação e competição. Essa nova configuração mundial, seja no plano político, econômico ou social, dividiu o mundo entre “globalizadores” e “globalizados”, num processo que avançou cada vez mais e implacavelmente, não apenas sobre as empresas estatais, mas sobre o sistema de proteção social, o sistema educacional, as aposentadorias e os serviços de saúde.

A literatura aponta que no Brasil a Reforma Gerencial – foco da presente discussão - teve início a partir de 1995, efetivamente no governo de Fernando Henrique Cardoso. No início da década de 1990, e no governo de Itamar Franco (1992), as reformas do Estado foram tratadas de modo incremental e segmentadas, sendo apenas no governo de FHC, e mais ainda com o sucesso do Plano Real (1994) é que foram trazidas à baila discussões mais articuladas, cujo objetivo era a inserção do Brasil no âmbito do mercado internacional. Por um lado, foram estabelecidas metas para privatização e, por outro, houve a flexibilização da gestão. As propostas reformistas assentavam-se na ideia de um suposto inchamento do Estado, herdado do Estado desenvolvimentista, e no combate de um suposto funcionalismo privilegiado e quase sempre pouco eficiente. Isso tudo sem contar com o posicionamento favorável da opinião pública que, em grande medida, era cooptada pelos meios de comunicação, especialmente durante o governo de Fernando Collor de Mello, quando o descrédito no funcionalismo público ficou aumentado, culminando no enfraquecimento das entidades de classe do setor (PIERANTONI, 2001).

Segundo Araújo *et al.* (2006), sob a égide de que havia a necessidade de reduzir o aparato de Estado e marcados por excessos economicistas, a administração pública era considerada burocrática, formal e pouco eficiente. Nesse sentido, o então Ministro da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE), do início do governo FHC até os anos de 1998, Bresser Pereira, pôs a engrenagem para funcionar, juntamente com sua equipe. Propunha uma Reforma Gerencial que incluísse, claramente, o aumento da “eficiência do Estado por meio de formas inovadoras e de um movimento para sair das amarras do modelo burocrático do serviço público”, dando “ênfase em cortes de custo – cortes que podem ir muito além do que poderia ser considerado eficiente” (BRESSER PEREIRA, 1998, p. 267).

No entanto, Araújo *et al.* (2006) consideram, ainda, que a Reforma Gerencial “aprofunda e renova a Reforma Burocrática, propondo uma forma mais flexível e descentralizada de administrar os recursos humanos, e definindo um novo perfil para o servidor público (...)” (p. 267-268). Para esses autores, a concepção gerencial dessa reforma enfatizava que diante das forças do mercado e das tecnologias modernas, era necessária rapidez, agilidade e eficiência. Extinta a burocracia, o estilo gerencial deveria se assentar na relação custo-benefício e em conceitos modernos de eficiência e competitividade (palavra de ordem).

Como idealizador da reforma, Bresser Pereira tinha como principal argumento o fato de que a área social era o setor que mais precisava de reforma, e no qual uma administração pública moderna poderia ter efeitos extraordinários. Considerava que a saúde fazia parte do “ministério mais difícil” da área social. Embora diretamente responsável pela manutenção de um sistema de atendimento médico e hospitalar, determinado universal e gratuitamente pela CF, considerava que o SUS não dispunha de recursos orçamentários, de pessoal administrativo competente e de um modelo de administração do SUS que fosse adequado para a execução da tarefa que lhe cabia. E isso não garantia um mínimo de eficiência e efetividade ao sistema. Para ele, a administração do sistema ficava em muito dificultada não apenas por se tratar de um direito humano fundamental e com altas somas de recursos, mas também porque se tratava de um ministério ser “altamente politizado e ideologizado” (p. 254). Além disso, ainda estava diretamente responsável pela administração do sistema, em um país com quase seis mil municípios, dificultando ainda mais a tarefa de estabelecer um sistema de saúde efetivamente universal e de boa qualidade.

A reforma gerencial do SUS, consubstanciada na NOB-96, baseou-se no modelo

inglês de administração no *National Health Service*. Estava assentada em pelo menos cinco pressupostos. Primeiro, pressupunha a *descentralização* para um melhor controle da qualidade e dos gastos públicos localmente prestados. Segundo, tal descentralização, acompanhada da *participação social* por parte da comunidade atendida nos serviços, o que o tornaria duplamente efetivo. Terceiro, a partir da clara separação entre *demanda e oferta*, surgiria um mecanismo de *competição administrada* entre os fornecedores de serviços médico-hospitalares. Quarto, a partir do sistema de encaminhamento via postos de saúde, se *evitaria a grande quantidade de internações hospitalares* desnecessárias. Quinto, a partir da efetiva responsabilização dos prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde, *aumentaria a fiscalização e a participação social*, dando caráter complementar à auditoria já realizada pelo Ministério da Saúde (MS) nos hospitais (BRESSER PEREIRA, 1995b).

No entanto, as condições e intenções aqui descritas foram postas em xeque pelas linhas gerenciais de pensamento sobre a administração pública e pela necessidade dos gestores do SUS em encontrar soluções ágeis para as situações apresentadas. Desse modo, a dimensão gerencial como uma das dimensões críticas para recursos humanos (que envolve a gerência de sistemas e serviços de saúde) ficou aportada em mar de desenvolvimento e proliferação de experiências de novos modelos de gestão. Inicialmente desenvolvidas em hospitais, envolveram aspectos como o da organização do trabalho a partir de iniciativas das esferas estaduais e municipais, ou mesmo das próprias instituições de saúde. Para viabilizar a operacionalização dos serviços de saúde, tentando manter certo grau de autonomia na organização da prestação de serviços e para disponibilizar meios para a sua execução, os gestores buscaram parcerias regionais como a constituição de consórcios intermunicipais (PIERANTONI, 2001). Isso levou à flexibilização na gestão de pessoal e ao crescimento de contratação de mão de obra, culminando na terceirização de pessoal, geralmente realizada por cooperativas, Organizações Sociais (OS) e Organização da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscip) - (ARAÚJO *et al.*, 2006).

A conjuntura econômica e política acirrou e aprofundou esse processo, que passou a ter outra conotação. Assim, ao buscar o equilíbrio das despesas públicas, a gestão de recursos humanos ficou negligenciada, o que impôs desafios cruciais para o processo de construção do SUS, ainda em vigor. Por seu turno, a tentativa de equacionar os problemas do sistema, incrementou o debate sobre a importância de uma política de recursos humanos efetiva para a saúde, o que ainda permanece sempre presente na pauta

de interesse dos gestores.

De acordo com Pierantoni (2001), dentre as soluções apresentadas para viabilizar a reforma do Estado brasileiro, as que realmente apresentaram impacto foram as relacionadas à área de RH, “por introduzirem modificações substantivas e generalizadas nas relações de vínculo trabalhista, direitos e vantagens e carreira do serviço público” (p. 345). Por outro lado, aponta que a área de RH teve agravadas as deficiências que vinham se acumulando durante anos, a proliferação de formas alternativas de vínculos contratuais com diferentes esferas públicas, e cuja avaliação da efetividade de seus resultados, tanto para a esfera pública quanto para a prestação de serviços, requer tempo.

Referindo-se às OS, a autora aponta que a generalização das mesmas ficou impedida pelo caráter polêmico de sua viabilidade técnica e jurídica, que tem as soluções individualizadas como parte do espectro de total adesão ao modelo (como é o caso da Bahia - BA), até o uso de formas de gestão anteriormente existentes (fundações de apoio e terceirização, sob um novo modelo). Essa prática tem sido decisória na promoção da precarização do mercado de trabalho e da própria atividade trabalho nos serviços assistenciais, com graves implicações na gestão de pessoal, uma vez que um dos focos centrais da reforma da década de 1990 era, além das privatizações, a flexibilização da gestão.

Atualmente há um amplo consenso acerca da necessária superação dos entraves e limitações dos processos gerenciais de recursos humanos adotados em saúde. A rigidez constitucional ao mesmo tempo em que tenta preservar os direitos, propicia a busca de mecanismos que ignoram esses mesmos direitos que se tenta preservar. Isto pode ser verificado no crescimento desordenado de trabalhadores das diferentes esferas de governo com contratos por serviços prestados e/ou temporários; acúmulos e diversificação de modalidades de vínculos e pagamentos, provocando desigualdades entre os trabalhadores, inclusive os de mesma categoria profissional e favorecendo a desestabilização e não-identificação quanto a “ter consciência de classe”; vinculação a mais de um contrato de trabalho, em esferas de governo diferentes, com a conseqüente intensificação da jornada de trabalho; sublocação dos serviços, o que dilui a figura do empregador e favorece o desrespeito aos princípios do SUS; dentre outros. Não é por acaso que o pressuposto da reforma, na diretriz relacionada à nova política de recursos humanos era: “o Estado não necessitará de outro tipo de funcionário, ou necessitará deles em volume consideravelmente menor, uma vez que a maioria das atividades de

auxiliares ou de apoio deverá ser terceirizada (...)” (BRESSER PEREIRA, 1998. p. 268); ou ainda: “que o perfil do gerente público (...) deve ser semelhante ao do gerente privado” (p. 269).

Portanto, se por um lado, e em algum momento, o Estado viabilizou a garantia, pelo menos possível, como no caso do Brasil, dos direitos essenciais à vida da pessoa humana, como no EBES, por outro, acabou considerando a saúde, entre outros serviços, como reguláveis pelo mercado e, portanto, com restrição de acesso, prática típica do estado Neoliberal. Pode-se dizer que a flexibilização das relações de trabalho no setor saúde têm sido crescentes nas últimas décadas, sempre em conformação com o que preconiza o modelo neoliberal, pois se compromete com determinadas modalidades de assistência, impressas nos projetos de certas agências internacionais como, por exemplo, as da cesta básica do Banco Mundial.

As discussões sobre a adoção de modelos de gestão fundamentados em OS, Oscip e Fundação Estatal apresentam, na atualidade, uma série de dissonâncias entre seus críticos e defensores. De modo geral, seus críticos apontam que esses modelos levariam à promoção de privatização e terceirização (como parte do projeto privatizante neoliberal) dos serviços públicos, posto que tais propostas tirariam do estado a sua responsabilidade sobre os direitos universais dos cidadãos, levando à conseqüente precarização do trabalho, bem como a não garantia dos direitos dos trabalhadores.

No que pese tais dissonâncias, Pinto, Franco e Merhy (2011) discutem o que chamam de “confundimentos num contexto ruim”, presentes na ordem do dia, particularmente com relação à proposta de gestão fundamentada na Fundação Estatal como modelo de gestão para os HUs. Esses autores afirmam que

a Fundação Estatal é Estado, não tem nada que ver com privatização e terceirização. Sua propriedade é pública, sua direção e gestão são públicas, está subordinada aos órgãos públicos de sua área de atuação, aos controles públicos externos e internos, às leis que regulamentam as instituições públicas de seu setor de atuação (leis 8.080 e 8.142, no caso da saúde), aos princípios da administração pública, seus recursos são públicos e seus trabalhadores são servidores públicos (PINTO; FRANCO; MERHY, 2011, s/n)

Além disso, os autores lembram não apenas a impossibilidade da venda de serviços de saúde ao setor privado e a cobrança da população pelos serviços prestados, já que são universais e gratuitos, mas também a não inviabilidade do Controle Social no SUS. Para eles, esse último seria qualificado e aprofundado, na medida em que as

decisões executivas e operacionais ficariam ao encargo de um Conselho Curador, cuja composição seria feita por nomeação e por eleição de representantes dos gestores, especialistas, trabalhadores e usuários dos serviços, o que difere totalmente do que se tem hoje, que está centralizado apenas nas mãos dos diretores de unidade nomeados.

Dois últimos aspectos por eles levantados em defesa da Fundação Estatal, esses diretamente relacionados ao interesse do presente capítulo, dizem respeito às relações de trabalho e à estabilidade, que também não seriam afetados negativamente. Argumentam que CLT não significa necessariamente precarização, pois se assim o fosse toda a propaganda do Ministério do Trabalho em comemoração aos mais de 6 milhões de empregos formais gerados no governo Lula deveria ser revista. Quanto à estabilidade, ainda segundo eles, esta não estaria em risco, pois os princípios da administração pública ainda permaneceriam presentes e, portanto, “para contratar há que se fazer concurso público e só pode haver demissão mediante processo administrativo com direito a ampla defesa” (Ibdem). Contratos de trabalho celebrados via CLT, por exemplo, tornam o vínculo mais voltado para o mercado, no sentido da prestação de serviço, pois é possível definir aumento por dissídio ou acordo coletivo ao invés de ter que definir por lei, como é feito no Regime Jurídico Único (RJU).

Portanto, propostas como a Fundação Estatal tentam viabilizar um novo modelo de gestão para os HUs, cuja gestão atual, em muitos deles, ainda se mantém conservadora, centrada na administração pública burocrática praticada pelas administrações direta e autárquica, historicamente focadas no meio, pois a ênfase de suas práticas recai mais nas normas do que nas finalidades. Foi esse engessamento da gestão que também contribuiu para que os hospitais entrassem em crise e acabassem criando outros modelos, com surgimento das fundações de apoio, cooperativas e as Oscip, com práticas realizadas fora da administração pública propriamente dita. Isso acabou se configurando como um processo de privatização ou publicização, como ficou conhecido na reforma do Estado “bresseriana”, com a transferência da administração dos hospitais públicos para entes privados específicos. Essa conjuntura, dentro da gestão, inclusive a de recursos humanos, teve graves consequências para todos os que desenvolvem suas atividades profissionais nos HUs, como as até aqui relatadas.

Em meio a esse debate, no entanto, posso afirmar que temos sim um grave problema de gestão desses hospitais que não é nada fácil de ser resolvido. Dentre outras coisas, por exemplo, não conseguem atrair profissionais para o serviço público por não fazer frente aos valores salariais pagos pelo mercado, que são bem maiores. Portanto,

creio que a discussão (sistêmica e não fragmentada) deve girar em torno não apenas da Fundação Estatal, mas considerando um novo modelo (que seja esse ou qualquer outro) que dê conta das demandas sociais para além daquelas ligadas diretamente à saúde e que estejam articuladas, por exemplo, à reforma tributária, fiscal e política, no sentido de termos um Estado verdadeiramente provedor de bem-estar social, com a garantia dos direitos essenciais à vida da pessoa humana.

Como parece estar configurado na área da saúde também tem estado presente a lógica perversa que rege o mundo do trabalho, embora no setor público²⁵ a lógica seja outra – pelo menos a mais importante: a de tentar diminuir o impacto da falta de investimentos que possam subsidiar e reverter a situação atual, caracterizada por pelo menos dois aspectos gerais que englobam as nuances até aqui discutidas: 1) grave crise de inoperância dos serviços de saúde ante o volume e as exigências das demandas sociais e 2) fragilidade dos paradigmas administrativos em uso nas organizações (ARIAS *et al.*, 2006). É basicamente neste último aspecto, sem obviamente desconsiderar o primeiro, que assenta-se o presente trabalho.

De qualquer modo, a questão referente à “desprecarização do trabalho no SUS” tem estado presente na agenda política de governos e instituições ligadas à temática, tais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), Organização PanAmericana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS). Este último por meio da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação em Saúde (SGTES), criada pelo Decreto nº 4.726, de 09 de junho de 2003, que foi posteriormente revogado pelo Decreto nº 5.974, de novembro de 2006. Tem como objetivo, a proposição de políticas de gestão e planejamento e regulação do trabalho em saúde. Fazem parte de sua estrutura, dois departamentos: 1- Gestão e Regulação do Trabalho em Saúde – Degerts -, com suas Cartilhas da Agenda Positiva (editadas em 2004, 2005 e 2009), e a realização do Seminário Nacional sobre Política de Desprecarização das Relações de Trabalho no SUS, realizado em 2003; bem como o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS, lançado em 2006; e 2) Gestão da Educação na Saúde – Deges; para citar alguns exemplos.

Atualmente, a gestão dos processos de trabalho em saúde envolve um quantitativo aproximado de 2,5 milhões de empregos formais, dentre os quais 56,4 estão inseridos no serviço público. Em seu aspecto mais amplo, propõe as políticas de gestão

²⁵ No setor privado essa lógica tem sido voltada para a captação e lucratividade, norteados o modelo de assistência médica de alta densidade tecnológica.

e planejamento, e regulação do trabalho em saúde, e em seu aspecto local, propõe a organização do trabalho nos estabelecimentos de saúde. Pierantoni (2001) considera que a questão aqui discutida tem relação direta com a implantação de políticas gerais, cujo exercício está em diversas atividades do Estado, como trabalho, educação, sistema jurídico e saúde. Por isso, alerta,

os desafios propostos para as políticas públicas de saúde exigem a inclusão definitivamente das questões relacionadas aos recursos humanos na agenda de propostas que destacam o financiamento, modelos assistenciais, flexibilização e regulação com a inclusão dos profissionais de saúde, em suas diversificadas apresentações como participantes das políticas em seus aspectos políticos, administrativos, técnico e social (PIERANTONI, 2001, p. 356).

Essas questões, invariavelmente, envolvem o processo de municipalização, a ausência de disponibilidades de profissionais de saúde em municípios de pequeno porte, a necessidade do desenvolvimento de Plano de Carreira, Cargos e Salários para o SUS, o baixo diálogo entre gestores e trabalhadores, o financiamento para área de saúde e o dilema entre flexibilização *versus* estabilidade, dentre outros. Dentro desse contexto, atualmente existem diversos estudos que se voltam para a análise das políticas de gestão do trabalho em saúde no SUS, incluindo a Educação em Saúde. Como meu interesse nesse capítulo passa quase que ao largo dessa preocupação, não aprofundarei esse debate. Ainda assim recomendo o estudo de Koster (2008) e Brasil (2004e; 2005e; 2006d; i; h) como um bom referencial para aprofundamento das mesmas.

Desse modo, Vieira (2005) considera que um diálogo com a formulação de políticas voltadas para a transformação das práticas no interior das organizações de saúde deve estar ancorado na compreensão da relação trabalhador-trabalho no SUS, que envolve, necessariamente, múltiplas dimensões. Considerando que dentro dessas transformações estão as que afetam a organização e as condições do trabalho e seus efeitos na saúde dos trabalhadores, bem como o serviço prestado por eles à sociedade, através da produção do cuidado, constata-se que a necessidade da pesquisa em saúde pública se dá a partir de uma perspectiva que forneça alicerces para a definição de políticas de gestão do trabalho em saúde.

É salutar, portanto, tentar uma aproximação entre as questões até aqui discutidas e o território pesquisado, considerando que se está buscando, a partir da mesma, alguns apontamentos que possam servir de pistas possíveis para o transcorrer da pesquisa apresentada, e isso foi feito no próximo capítulo.

CAPÍTULO VI

O cotidiano profissional no território pesquisado: O que ele pode dizer sobre a gestão dos processos de trabalho?

VI.1- Caracterização Socioeconômica e Laboral da Amostra

Inicialmente parto muito mais da descrição da caracterização socioeconômica da amostra pesquisada do que de sua análise. Tal descrição dá uma noção bastante significativa acerca da força de trabalho existente no locus da pesquisa. Alguns desses dados são apresentados em tabelas, pois são posteriormente retomados, dessa vez interligados à efetivação das análises e no bojo geral das discussões realizadas a partir dos quatro conjuntos de questões (*Autonomia-Controle; Precarização-Produção do Cuidado; Qualificação Continuada-Novas Tecnologias e Modo de Gerenciamento-Tipo de Enfrentamento*) que integraram o instrumento de coleta de dados propriamente dito, e que aqui estão denominadas como caracterização laboral da amostra.

VI.1.1- Caracterização Socioeconômica

Apenas 06 participantes declararam ser do Gênero masculino, enquanto que 39 se declararam do Gênero feminino. Já com relação à Faixa Etária, a amostra revelou que a maior parte dela (20) está entre 41-50 anos de idade. O total de participantes dentro da maturidade considerada fica aumentado quando a esse dado são somados outros 07 que estão entre os 51-60 anos de idade, perfazendo um total de 27 deles. Quanto às demais Faixas Etárias, somadas chegam a apenas 18 do total.

Com relação à Cor/Raça, a maior parte (34) dos entrevistados se declarou da Cor parda. Tendo os demais se declarado ou como branco (08) ou como Negro (03). Quanto à Religião, o catolicismo foi a que contou com o maior número de declarantes (29), seguido pela evangélica (10). Apenas 06 participantes não declararam qualquer tipo de religião. Quanto ao Tipo de Transporte utilizado, o número de participantes que utilizam condução própria e os que utilizam condução coletiva é bastante próximo, ou seja, 25 e 20, respectivamente. É importante destacar que os A./T. de Enfermagem são os que mais utilizam transporte coletivo (18 entre os 25).

Em relação ao Estado Civil, 23 participantes se declararam casados, sendo que 14 são solteiros. Já os que se declararam como tendo União Estável e Divorciado foram, respectivamente, 04 e 02. Do total da amostra, 38 relataram, ainda, possuir residência própria, ao contrário de 05 deles que declararam morar em residência financiada e 01 que declarou morar em residência alugada.

Abaixo está a descrição do número de participantes de acordo com a Renda

Mensal (Tabela 03). Nela pode ser notado que quase metade deles (21) possui uma renda de 4-6 salários mínimos; outros 11 possuem uma renda de até três salários. Somados, esses números chegam a 32 participantes do total de 45, o que pode ser considerado como tendo um nível de renda baixo, frente às questões econômicas brasileiras. Este nível de renda provavelmente tem determinado a necessidade dos profissionais buscarem ou manterem outro vínculo empregatício (Tabela 08). Quando comparados com os demais (13) que possuem Renda Mensal a partir de sete salários mínimos, essa diferença se torna ainda mais destacada, também podendo ser relacionada aos dados obtidos acerca da existência ou não de um segundo vínculo empregatício, pois 10 dentre os 17 participantes que relataram não possuir outro vínculo também relataram ter Renda Mensal acima de sete salários.

Tabela 03: Distribuição do número de participantes de acordo com a Renda Mensal.

CATEGORIAS	RENDA MENSAL				
	ATÉ 3	4-6	7-9	10-12	13 OU MAIS
A/T ENF.	11	14	--	--	--
AS. SOCIAL	--	--	01	--	--
ENF.	--	03	04	04	--
FISIO.	--	01	--	--	--
MED.	--	--	--	02	02
NUTRI.	--	01	--	--	--
PSI.	--	01	--	--	--
T.O.	--	01	--	--	--
TOTAL	11	21	05	06	02

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Quando os dados da Tabela 03 (Renda Mensal) e os dados sobre o Tipo de Residência foram comparados entre si, e a despeito de outras fontes de renda que a família desses profissionais possa ter, temos que muito embora a maior parte deles tenha renda mensal de até 6 salários mínimos, verificamos que 38 deles moram residência própria ou em residência financiada (05). Aqui também é possível pensar que pelo fato de os A./T. de Enfermagem serem os que possuem menor faixa de Renda Mensal, são eles os que mais utilizam transporte coletivo, considerando a proporcionalidade desse uso em cada uma das categorias profissionais pesquisadas.

Tabela 04: Distribuição do número de participantes de acordo com o Nível de Instrução.

CATEGORIAS	NÍVEL DE INSTRUÇÃO					
	Médio Comp.	Grad. Incomp	Grad. Comp	Esp. Incomp.	Esp. Comp.	Me. Comp.
A/T ENF.	12	04	09	04	05	--
AS. SOCIAL	--	--	01	--	01	--
ENFERMEIRO	--	--	11	02	08	01
FISIO.	--	--	01	--	01	--
MÉD.	--	--	04	--	04	--
NUTRI.	--	--	01	--	01	--
PSI.	--	--	01	--	01	--
T.O.	--	--	01	--	01	01
TOTAL	12	04	29	06	22	02

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

A Tabela 04, acima, também revela que 09 dos A./T. Enfermagem possuem Graduação Completa, sendo que 05 deles são especialistas e 04 estão cursando tal certificação. Quanto às demais categorias profissionais, temos que 22 deles também são especialistas e 06 a estão cursando. Apenas 01 profissional da Enfermagem e o T.O. possuem Mestrado completo.

Considerando esses dados e relacionando-os com a descrição dos cursos de capacitação realizados pela amostra, temos que a composição da força de trabalho da clínica pesquisada possui formação e qualificação bastante interessantes (com destaque para os A./T. Enfermagem.), se considerarmos que o HU é um hospital de ensino. Alguns cursos relatados, com suas respectivas cargas horárias e instituições promotoras foram: Enfermagem do Trabalho (100hs. - Portal Educação); Especialização em Gestão de resultados por produtividade e inovação (UFSC); Atualização em Gerenciamento de Enfermagem (120 hs.), para os A./T. Enfermagem; Saúde Baseada em Evidência (150hs - FGV); Aperfeiçoamento em Gestão Estratégica (180hs - UFSC), para os Enfermeiros; Perícia médica (180hs. - IPOG) para os Médicos; além de Capacitação DTS/Aids (80hs - HUIBB); Aperfeiçoamento em Gestão Hospitalar (180hs – UFPA); Socorrista (120hs. - SAMU) para os demais profissionais.

Importante notar que cerca de 96% dos profissionais se autoavaliaram como tendo qualificação excelente para o Cargo/Função por eles exercido. Note-se, também, que os próprios cursos citados pela amostra foram feitos pelos profissionais via política de RH do próprio hospital, em parceria com as demais instituições promotoras. Desse modo, cabe perguntar se tal qualificação tem sido efetivamente utilizada pela gestão do HU e de que forma isso vem acontecendo? Ou seja, como a capacidade técnica ou

relacional dos profissionais, supostamente aprimorada nesses cursos tem sido posta em movimento pela gestão e por eles próprios? Os dados referentes à gestão de RH e à gestão da clínica, analisados abaixo, parecem falar por si sós. Momentaneamente, basta apontar para o fato de a política de RH, quando descrita pela própria Coordenação, se caracterizou como fundada na promoção de campanhas educativas e eventos alusivos a datas comemorativas, o que se distancia do ideal de uma gestão que tem por objetivo, nas palavras da Coordenadora de RH, “potencializar a qualificação do pessoal como modo estratégico de cumprir com a oferta de um atendimento diferenciado, com a máxima autonomia do exercício profissional prático”.

VI. 1.2- Caracterização Laboral

Quando a variável Tempo na Função foi avaliada (Tabela 05), verificamos que grande parte dos profissionais exerce a função há mais de dez anos (31), isso quando consideramos os tempos relatados que estão entre 10-12 e 13 ou mais anos. Mesmo os que relataram ter menor tempo de exercício na função, esses compreendem 08 e 06 participantes, cujos tempos de função compreendem 4-6 e 7-9 anos, respectivamente. Os dados referentes ao tempo de exercício da função podem ser diretamente relacionados à variável Tempo na Instituição, apresentada na Tabela 06. Assim, quando a análise foi mais detalhada, vimos que os profissionais (31) que têm mais tempo de experiência são os mesmos que também relataram ter maior tempo na instituição (10-12 e 13 ou mais anos). Quanto às demais faixas de tempo na instituição (4-6 e 7-9), o número de participantes apenas se inverte quando comparado à variável Tempo na Função, isto é, 06 para 4-6 anos e 08 para 7-9 anos de instituição.

Tabela 05: Distribuição do número de participantes, de acordo com o Tempo na Função

Tabela 06: Distribuição do número de participantes, de acordo com o Tempo na Função

CATEGORIAS	TEMPO NA FUNÇÃO				TEMPO NA INSTITUIÇÃO			
	4-6	7-9	10-12	13 ou MAIS	4-6	7-9	10-12	13 ou MAIS
A/T ENF.	--	03	10	12	--	03	07	15
AS. SOCIAL	--	--	01	--	--	--	01	--
ENF.	04	01	--	06	02	03	--	06
FISIO.	01	--	--	--	01	--	--	--
MÉD.	01	01	02	--	01	01	02	--
NUTRI.	01	--	--	--	01	--	--	--
PSI.	--	01	--	--	--	01	--	--
T.O.	01	--	--	--	01	--	--	--
TOTAL	08	06	13	18	06	08	10	21

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Quando esses dados também foram comparados à variável Faixa Etária, numa análise mais minuciosa, revelam que os 27 participantes que estão dentro da Faixa Etária de maior idade (41-50 e 51-60) estão entre aqueles que relataram ter não apenas maior tempo de exercício na função, mas também ter maior tempo na instituição.

A Tabela 07, abaixo, apresenta o Tipo de Vínculo predominante entre os profissionais e aponta que o vínculo de maior ocorrência é o de celetista²⁶.

Tabela 07: Distribuição do número de participantes de acordo com o Tipo de Vínculo

CATEGORIAS	TIPO DE VÍNCULO	
	EFETIVO	CELETISTA
A/T ENF.	10	15
AS. SOCIAL	01	--
ENF.	05	06
FISIO.	--	01
MED.	02	02
NUTRI.	--	01
PSI.	01	--
T.O.	--	01
TOTAL	19	26

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Quando aos participantes foi perguntado sobre a Existência ou Não de Outro Vínculo²⁷ (Tabela 08) e o Tipo do mesmo (Tabela 09), 28 deles disseram possuir outro vínculo, ao contrário de 17, que declararam não possuírem. Dentre os primeiros, 16 deles têm vínculo efetivo, enquanto os demais (12) têm vínculo celetista (Tabela 09).

Tabela 08: Distribuição do número de participantes, de acordo com a Existência ou não de Outro Vínculo

Tabela 09: Distribuição do número de participantes de, acordo com o Tipo de Outro Vínculo

CATEGORIAS	OUTRO VÍNCULO		TIPO DE OUTRO VÍNCULO		
	SIM	NÃO	EFETIVO	CELETISTA	OUTRO
A/T ENF.	16	09	10	06	--
AS. SOCIAL	--	01	--	--	--
ENF.	07	04	03	04	--
FISIO.	01	--	--	01	--
MED.	04	--	03	01	--
NUTRI.	--	01	--	--	--
PSI.	--	01	--	--	--
T.O.	--	01	--	--	--
TOTAL	28	17	16	12	--

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

²⁶ O termo “celetista” tem sido usado para trabalhadores cujo contrato de trabalho é regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). No caso do HUIBB os mesmos são contratados via Fundação de Amparo e Desenvolvimento à Pesquisa (FADESP) e têm como local de atuação o referido hospital. Situação como esta tem sido bastante comum na saúde pública, como modo de compensar a falta de servidores “efetivos”, que tenham acessado os quadros do funcionalismo público por meio de concurso público e que têm, portanto, o Regime Jurídico Único (RJU) como instrumento legal que rege seus contratos de trabalho.

²⁷ “Outro Vínculo” está sendo entendido como qualquer outro tipo de vínculo trabalhista que não seja com o HUIBB, mesmo que esse outro vínculo também estivesse com lotação para exercício no próprio hospital.

Um olhar mais acurado sobre esses dados revelou que cerca de 57,14% dos 28 participantes que têm outro vínculo, esse é caracterizado como vínculo efetivo e seus vínculos com o HUIBB são do tipo celetista. Dentre as categorias profissionais que possuem outro vínculo efetivo estão os A/T de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos, sendo os Enfermeiros os únicos a possuir quantitativo menor de segundo vínculo efetivo (03) do que de celetista (04).

Além disso, quando os dados apresentados nas Tabelas 07 e 08 são comparados, percebemos que os 26 profissionais que possuem tipo de vínculo celetista (Tabela 07) estão entre os 28 que possuem outro tipo de vínculo funcional (Tabela 08). Essa relação também pode ser considerada especificamente para algumas das categorias pesquisadas, por exemplo, para A./T. de Enfermagem e Enfermeiro. A análise mais detalhada dos dados relativos aos primeiros, também mostrou que os 15 profissionais que relataram possuir vínculo do tipo celetista estão entre os 16 que disseram ter um segundo tipo de vínculo. Quanto aos Enfermeiros, também mostraram que os 06 que têm vínculo do tipo celetista também estão entre os 07 que relataram ter outro vínculo. Isso revela uma relação muito próxima entre ter outro vínculo funcional e o tipo de vínculo. Nesse sentido, é mais provável que os que possuem vínculo celetista tenham um segundo vínculo, independente da natureza desse segundo vínculo, do que os que têm vínculo efetivo, tendo o HUIBB como referência de primeiro vínculo.

Ao me voltar para as anotações feitas no diário de campo e em outras informações não sistemáticas obtidas no ambiente pesquisado, conversas sobre o *“meu outro trabalho”*; *“ele tá vindo do outro trabalho, por isso chega mais tarde”*; *“ela ainda não chegou. Vamo logo refazer a divisão dos leitos”*; *“a gente não estranha mais porque aqui todo mundo se atrasa... tem outros compromissos, né?”*; ou ainda, *“me sinto pressionada, mas quando não suportar mais, saio daqui porque do outro tenho mais segurança”*; *“comecei primeiro aqui, mas é lá que tenho maior estabilidade”*; eram bastante frequentes entre os profissionais dessa categoria.

Esse tipo de situação, bastante frequente no sistema de saúde pública, é reflexo do longo processo de precarização do trabalho que vem sendo vivenciado pelos profissionais da área. Aqui, bastaria fazer referência ao Relatório de Gestão do próprio HUIBB (Ibidem), que afirma, dentre outras dificuldades enfrentadas pela gestão a *“falta de continuidade na oferta de insumos, comprometendo de maneira significativa a qualidade dos serviços; recursos humanos insuficientes havendo dificuldade para a composição das equipes (...) falta de política para a recomposição do quadro*

funcional” (Grifo meu).

Tendo se baseado no modelo inglês de administração no *National Health Service*, a reforma gerencial do SUS, consubstanciada na NOB-96, não logrou êxito. Como visto anteriormente, as linhas gerenciais de pensamento sobre a administração pública e pela crescente necessidade imposta aos gestores do SUS, que precisavam dar respostas rápidas para as dificuldades surgidas, colocaram em xeque a sua proposta. É nessa dimensão, de acordo com Pierantoni (2001), que a gestão dos processos de trabalho (que também envolve a gerência de sistemas e serviços de saúde) ficou envolta ao desenvolvimento e proliferação de experiências de novos modelos de gestão. Assim, os gestores vêm tentando viabilizar a operacionalização dos serviços de saúde para manter certo grau de autonomia na organização da prestação de serviços e disponibilizar meios para a sua execução. Tentam encontrar “brechas na Lei” com o intuito de dar conta de suas responsabilidades.

Desse modo, os dados acima apresentados também se inserem nesse contexto desfavorável à gestão, independente de qual dimensão se está falando (Federal, Estadual ou Municipal), e que tem refletido seriamente na composição da força de trabalho no SUS, uma vez que a gestão de pessoal ficou flexibilizada, levando ao crescimento da contratação de mão de obra e à própria terceirização de pessoal (ARAÚJO *et al.*, 2006).

É nesse aspecto que vale lembrar a discussão feita por Nogueira (2006), quanto à vinculação trabalhista sem concurso público. Para esse autor, todo vínculo de trabalho em que o trabalhador foi admitido à instituição pública sem concurso ou seleção de natureza pública é irregular, à exceção do trabalhador terceirizado admitido nas áreas não-finalísticas (serviços gerais, segurança, etc.), por pertencer a uma empresa empregadora contratada mediante as normas legais de licitação.

No entanto, para além dessas considerações, é importante lembrar que o setor saúde, como todo e qualquer setor produtivo, está inserido no contexto de mercado, e enquanto tal vem sofrendo, em maior ou menor escala, as transformações impulsionadas pelo modo de produção capitalista. Nesse sentido, o trabalho em saúde se apresenta como uma das áreas que compõem a divisão social do trabalho na economia atual. Está ligado ao consumo individual ou coletivo e, portanto, apresenta-se inserido no contexto de atribuições de valores de troca, o que o torna um produto mercadológico que passa a ser considerado como serviço a ser consumido. Esse processo está relacionado às influências decisivas do Estado e do capital, que levam as relações laborais dentro desse mercado de saúde à praticamente a mesma conformação do mercado em geral.

Como resultado, temos um grande contingente de trabalhadores de saúde com mais de um vínculo funcional, em diferentes esferas de governos e diferentes tipos de vínculo, como modo de tentar compensar algum tipo de perda, por exemplo, melhores condições de trabalho e/ou a perda salarial, seja em função dos poucos e baixos reajustes salariais que eles vêm tendo nos últimos anos ou, seja por tentar igualar o salário ao de quem tem vinculação do tipo efetivo. O fato é que essa situação pode refletir direta e/ou indiretamente na produção do cuidado e na própria saúde desses trabalhadores.

Quando os demais dados são analisados no decorrer do presente capítulo, esta parece ser a situação. Se não, vejamos um exemplo antecipado:

No caso da amostra pesquisada, por exemplo, a maioria (23) dos A./T. de Enfermagem e (09) dos Enfermeiros disseram ter tido desejo de faltar ao serviço nos dois últimos meses anteriores à pesquisa. Foram usadas como argumentos praticamente as mesmas situações relatadas quando as condições físicas e socioafetivas presentes no ambiente de trabalho diário, e seus respectivos reflexos, foram avaliadas (Tabelas 16, 17, 18 e 19).

Segundo os A./T. Enfermagem, situações como a *“falta de estrutura física do serviço”* e *“o sofrimento dos pacientes”*, bem como o fato de saber que *“quando tem pouca gente”* ou *“quando a gente chega e vê que o plantão vai ser difícil, dá vontade de sair correndo [...] tem que ter muita força”*, foram relatadas.

Para os Enfermeiros, é relevante o fato de perceberem que *“não há envolvimento de todos. Há sobrecarga de atividades. Perceber que as coisas não mudam e só tendem a piorar”*. Além disso, *“falta de material, causando estresse”*; *“stress e falta de estímulo”*; e *“o fato de não me sentir valorizada enquanto profissional”*, foram relatados e compõem o leque de situações causadoras de insatisfações reveladas por esses profissionais.

Dada a sobrecarga de trabalho decorrente não apenas das condições físicas e socioafetivas presentes no contexto pesquisado, mas também da existência de um segundo vínculo profissional para parte considerável deles - que também pode ter características semelhantes às aqui descritas -, os profissionais estão sujeitos a problemas psicossomáticos de ordem diversa (casos de hipertensão, depressão, síndrome do pânico, etc. foram relatados - ver abaixo). Condições como essas podem contribuir para o que está sendo considerado como desafetação/desvinculação do outro, inclusive de si, já que é a partir desse outro que eu me constituo.

Além disso, os profissionais também têm aumentada a possibilidade de erro, em uma atividade que, dada a sua natureza, pode levar a perdas – “de si e do outro” - irreparáveis. Por exemplo, não é por acaso que 14 profissionais, dentre os 28 que relataram possuir um segundo vínculo para além do HUIBB, escolheriam o outro vínculo como lugar para atuarem profissionalmente; e isso sem falar de outros 05 que não escolheriam nenhum de seus vínculos atuais (Tabela 11, abaixo).

A Tabela 10, abaixo, apresenta a média e os valores mínimo e máximo atribuídos às variáveis Assiduidade e Pontualidade, além do desvio padrão correspondente a cada uma delas. Esses dados, bem como aqueles referentes às médias atribuídas às Esferas da Vida, à Centralidade Família x Trabalho e à Centralidade do Trabalho (apresentados abaixo), dizem respeito apenas aos obtidos com as categorias A./T. de Enfermagem; Enfermeiro e Médico. Isso foi feito com base nos dados obtidos com as demais categorias pesquisadas, que mostraram não ser tão afetadas pelas condições físicas e emocionais presentes no contexto de trabalho, quando essas variáveis foram avaliadas junto às mesmas.

De antemão, temos que a média atribuída à variável assiduidade, por cada uma das categorias aqui consideradas (A./T. de Enfermagem, Enfermeiro e Médico) foi, respectivamente, de 8,3; 9,5 e 9,5. Sendo 10 o valor máximo por elas atribuído à essa variável e, muito embora tenha havido essa equiparação, elas se diferenciaram na atribuição do valor mínimo, que ficou do seguinte modo: 03 para A./T. Enfermagem; 08 para Enfermeiros e 09 para Médicos.

Tabela 10: Estatísticas descritivas atribuídas à Assiduidade e à Pontualidade

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Assiduidade	A./T. ENFERMAGEM	8,3	1,8	03	10
	ENF.	9,5	0,7	08	10
	MED.	9,5	0,7	09	10
Pontualidade	A./T. ENFERMAGEM	7,6	1,9	02	10
	ENF.	8,3	1,3	05	10
	MED.	9,0	1,4	08	10

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Quanto à pontualidade, a média atribuída foi de 7,6; 8,3 e 9,0, respectivamente. Sendo 10 o valor máximo atribuído por todas elas. O valor mínimo atribuído pelos A./T. de Enfermagem foi 02; 05 pelos Enfermeiros e 08 pelos médicos.

Importante notar que as médias e os valores máximo e mínimo atribuídos por cada categoria à variável assiduidade seguiu o mesmo padrão atribuído à variável pontualidade, com pequena diferença entre elas. Isto, mesmo que os participantes, conforme afirmação anterior, tenham tido desejo de faltar ao serviço. Esses dados podem ser vistos à luz do significado que esses profissionais atribuem ao seu trabalho.

Desse modo, embora tenhamos que considerar os diferentes atributos (Justiça no Trabalho; Sobrevivência Pessoal e Familiar; Desgaste e Desumanização; Condições de Trabalho; Responsabilidade, etc.) pelos quais os trabalhadores constroem o significado do trabalho para si, tal consideração não será suficiente para retratar esse processo de construção. Para Borges (1998), esse significado é construído no processo de socialização dos indivíduos ao irem se apropriando de conteúdos referentes às concepções formais do trabalho (ideologias do trabalho), aos aspectos que compõem a estrutura social das organizações e aos aspectos socioeconômicos das ocupações e do ramo de atividade. Nesse entendimento, está perpassado o que se tem por ideologia do trabalho e, desse modo, esta diz respeito ao pensamento elaborado e articulado, no nível coletivo ou societal, que oferece definições para todas as facetas do significado do trabalho, compondo correntes de pensamento articuladas socialmente.

Com base nessas considerações, e ao recorrer à história dos serviços de saúde, vemos que ela é perpassada pela atribuição de propósitos nobres como cuidar e salvar vidas, enfrentar a morte, etc. Nesse sentido, muito embora os participantes da presente pesquisa venham enfrentando todas as dificuldades por eles reveladas, parece que o significado de trabalho por eles construído tem por base uma ideologia que está posta, inclusive, nos princípios e diretrizes oficialmente declarados pelo SUS, e como resultado, apresentam o compromisso verificado nos dados referentes às variáveis acima apresentadas. Verbalizações do tipo: *“Se fizemos um juramento de salvar vidas, temos de cumprir com ética esse juramento, por mais difícil que seja”* (Médico); *“a nossa profissão sempre foi uma profissão da ajuda. Isso é histórico e não somos nós, pelo menos eu a ir de encontro a ela”*; *“por mais difícil que se trone o trabalho, a nossa profissão sempre será bem vista lá fora. Às vezes me dá vergonha até de falar como é isso aqui”* (Enfermeira); *“Se me dá vontade de largar tudo, penso em seguida que tenho uma missão, pois não é à toa que to a mais de vinte anos nessa profissão”*; *“Quando coloco meu jaleco eu me transformo em outra pessoa. Percebo os olhares dos pacientes e das famílias como se esperassem muito de nós (...), por isso honro minha profissão tão diferente porque salva vidas”* (A./T. de Enfermagem), podem corroborar a história

social perpassada na construção do significado do trabalho para esses profissionais.

Isto também pode estar perpassado pela centralidade que o trabalho vivo opera nos seus afazeres diários, cujas autonomias são postas em movimento na gestão micropolítica da produção do cuidado, perpassada pela relação de afetividade compartilhada com os usuários, característica do trabalho afetivo.

Dados também importantes a serem analisados, e relacionados aos acima discutidos, dizem respeito à Escolha de Outro Vínculo quando da existência deste. Na Tabela 11, abaixo, estão apresentados apenas os dados das categorias que relataram a existência de um segundo vínculo.

Assim, temos que dentre os 28 profissionais que relataram possuir outro vínculo, apenas 07 escolheriam o HUIBB para desenvolver suas atividades profissionais, enquanto que mais que o dobro deles (16) optaria pelo segundo vínculo, ou por nenhum deles, como revelado por 05 participantes.

Tabela 11: Distribuição do número de participantes, de acordo com a Escolha do Vínculo.

CATEGORIAS	ESCOLHA DO VÍNCULO		
	HUIBB	OUTRO	NENHUM
A/T ENF.	05	07	04
ENF.	02	04	01
FISIO.	--	01	--
MED.	--	04	--
TOTAL	07	16	05

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Recorrendo novamente às anotações do diário de campo, feitas *in loco*, não eram incomuns declarações do tipo “*só estou aqui porque preciso*”; “*tenho ‘pinto’ pra dar o que comer, por isso continuo aqui*”; “*se eu não trabalhar aqui e em outro lugar, como vou comer?*”; ou como as declarações feitas no posto e na sala de enfermagem: “*pra mim o HUIBB já deu o que tinha que dar... quem quiser ficar que fique... só to esperando minha aposentadoria sair*”, “*tem gente que diz que vai sair e nunca sai. Gosta mesmo dessa bagunça*”.

Ou ainda, e o que é bastante emblemático acerca daqueles que não escolheriam nenhum de seus vínculos de trabalho atuais: “*todos têm os mesmos problemas, as mesmas dificuldades*”; “*quando eu tô num, fico lembrando do outro...sempre penso o que tô fazendo nesses lugares mal cuidados, inclusive por nós mesmos. É por isso que busco a minha melhora e ela tá fora deles...*”

Interessante notar que muito embora eu tenha conjecturado acima sobre a possibilidade de os outros vínculos terem características físicas e socioafetivas semelhantes às encontradas no locus da pesquisa e, portanto, sobre a possibilidade desses profissionais vivenciarem situações de precarização também nesses outros contextos de trabalho (*“nesses lugares mal cuidados, inclusive por nós mesmos”*), a escolha desses vínculos que não o HUIBB pode estar sendo favorecida exatamente pelo fato de serem efetivos, como nas falas acima descritas, e aqui retomadas como também bastante emblemáticas dessa possibilidade: *“me sinto pressionada, mas quando não suportar mais saio daqui porque do outro tenho mais segurança”*; *“comecei primeiro aqui, mas é lá que tenho maior estabilidade”*.

Quanto à Centralidade das Esferas da Vida, a Tabela abaixo (12) apresenta os resultados obtidos com a amostra pesquisada, e que corroboram os estudos da equipe MOW e de Soares (1992). Dessa forma, a esfera “Família” apresentou maior média dentre as demais esferas da vida, sendo 33,6 para A./T. de Enfermagem; 48,5 para Enfermeiros e 40,0 para Médicos.

Os valores mínimo e máximo atribuídos a essa esfera, em comparação aos valores mínimo e máximo atribuídos às outras esferas, em cada categoria, confirmam esses achados. Ou seja, “Família” foi a esfera da vida que obteve maior resultado para o valor mínimo (40) e máximo (100).

Tabela 12: Estatísticas descritivas atribuídas às Esferas da Vida

ESFERAS DA VIDA	CATEGORIAS	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Família	A./T. ENFERMAGEM	33,6	10,3	20	50
	ENF.	48,5	20,6	30	100
	MED.	40,0	0,0	40	40
Trabalho	A./T. ENFERMAGEM	30,8	6,2	20	40
	ENF.	24,5	13,8	0	40
	MED.	25,0	7,1	20	30
Lazer	A./T. ENFERMAGEM	13,2	7,3	0	30
	ENF.	12,0	8,2	0	30
	MED.	20,0	0,0	20	20
Religião	A./T. ENFERMAGEM	12,8	6,9	0	30
	ENF.	10,0	6,7	0	20
	MED.	12,5	10,6	05	20
Comunidade	A./T. ENFERMAGEM	9,6	6,8	0	20
	ENF.	5,0	3,3	0	10
	MED.	2,5	3,5	0	05

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Quando esses dados são olhados especificamente por categoria profissional, vemos que os Enfermeiros foram os que atribuíram a maior média (48,5) à “Família”; seguidos pelos Médicos, com média de 40,0 e pelos A./T. de Enfermagem, com média de 33,6.

Quanto ao valor mínimo, o mais baixo deles foi atribuído pelos A./T. de Enfermagem (20), seguidos pelos Enfermeiros (30) e, posteriormente, pelos Médicos (40). Diferentemente, os valores máximos ficaram assim distribuídos: 50 para A./T. Enf.; 100 para Enfermeiros e 40 para Médicos.

Quanto à esfera “Trabalho”, esta foi a que recebeu a segunda maior média entre os participantes: 30,8 para A./T. de Enfermagem; 24,5 para Enfermeiros e 25 para Médicos. Para essa esfera, os valores mínimo e máximo ficaram assim distribuídos, respectivamente: 20 e 40 para A./T. de Enfermagem; 0 e 40 para Enfermeiro e 20 e 30 para Médicos.

Considerando os menores valores mínimos atribuídos a essa esfera, por cada categoria, temos que os Enfermeiros foram os que atribuíram o menor valor (0). Estes foram seguidos pelos A./T. de Enfermagem e pelos Médicos (20). Diferentemente, os valores máximos ficaram assim distribuídos: 40 para A./T. de Enfermagem e para Enfermeiros, e 30 para Médicos.

Para investigar melhor o lugar da “Centralidade do Trabalho” na vida dos profissionais, foi feito o levantamento da proporção de participantes segundo a posição hierárquica atribuída ao trabalho, comparando-a às demais esferas. Foi confirmado que cerca de 77,5% tomaram o trabalho como a segunda esfera da vida. E cerca de 32,3% tomaram essa mesma esfera como sendo a primeira.

Esses resultados corroboram não apenas os consultados por Borges (2005), e por ela citados (SOARES, 1992; BASTOS 1994; SANTOS, 1995; BORGES; TAMAYO, 2001), mas também os próprios achados dessa autora, acerca da centralidade das esferas família e trabalho. Interessante notar que assim como em seu estudo, no presente trabalho a proporção de profissionais de saúde que consideram o trabalho a primeira esfera da vida (32,3%) ou a segunda (77,5%), é maior que em algumas das pesquisas realizadas no Brasil com outros profissionais, como por exemplo, em Borges (1988) com respectivas proporções de 17,4% e 37,8% entre operários da construção habitacional e comerciários da rede de supermercados; Lima (2003), com proporções de 24,4% e 49,6% entre bancários de uma empresa de economia mista e Barros (2002), cujas proporções obtidas foram 36,4% e 58,2%, entre trabalhadores de uma empresa de

distribuição de petróleo. Estes dados tentem a confirmar o caráter ideológico construído social e institucionalmente em torno da centralidade do trabalho, já discutido anteriormente.

Também com o objetivo de melhor investigar o lugar da “Centralidade do Trabalho”, dessa vez em relação à esfera família e à outra não relatada, foi feito o levantamento do número de participantes segundo a posição hierárquica atribuída àquela esfera (Tabela 13).

Tabela 13: Distribuição do número de participantes, de acordo com a Centralidade das Esferas “Família” e “Trabalho”

CATEGORIAS	CENTRALIDADE		
	FAMÍLIA	TRABALHO	OUTRA
A./T. ENF.	13	09	03
ENF.	06	04	01
MED.	03	01	--
TOTAL	22	14	04

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Sendo assim, tem-se que (55%) da amostra total dos participantes tomaram a “Família” como tendo maior centralidade do que a esfera “Trabalho” (35%). 10% atribuíram centralidade a outra esfera que não as outras duas consideradas.

Quando a interdependência entre a importância atribuída à família e a atribuída ao trabalho foi avaliada, dos 22 participantes que declararam a família como a primeira esfera da vida, 14 (63,63%) consideraram o trabalho como a segunda esfera. Dos 14 que tomaram o trabalho como a primeira esfera, 11 (78,57%) tomaram a família como sendo a segunda. O primeiro percentual é superior ao das pesquisas de Borges; Tamayo (2001), que obtiveram 62,4%; e de Borges (2005), que obteve 47,8%. Portanto, esses dados indicam uma forte relação entre as duas esferas de vida para os participantes da presente pesquisa. Como esses estudos foram realizados com amostras diferenciadas, tanto nas suas atividades laborais quanto na faixa de instrução e de renda, certamente esses aspectos influenciaram na diferença encontrada, o que não inviabiliza um ou outro estudo, nem desmerece a comparação entre eles.

Tendo como referência os 11 participantes que escolheram a família como a segunda esfera e me volto para o Estado Civil por eles relatado, verificamos que 54,54% deles são casados, enquanto que os outros 05 têm União Estável. Todos, no entanto, escolheram o trabalho como a primeira esfera. Além disso, e como análise complementar, verificamos que dentre os solteiros (11), 36,36% escolheram o trabalho

como a terceira esfera da vida mais importante. Isso indica que a importância atribuída à família implica mais a importância atribuída ao trabalho do que o inverso. Indica, também, que a importância atribuída à família contribui para uma maior valorização atribuída ao trabalho, e que tal relação é diminuída à medida que as pessoas são solteiras, certamente por não ocuparem a função de provedoras na família. Não é de se estranhar, inclusive, que justamente os 05 participantes que não escolheriam nenhum de seus vínculos de trabalho atuais (Tabela 11) são exatamente os que não têm o trabalho como umas das duas esferas de vida mais central.

Desse modo, como afirma Borges (2005), se por um lado a família pode propiciar a centralidade do trabalho, fortalecendo o papel de provedor ou enaltecendo o *status* ou a importância do conteúdo do trabalho, por outro, pode desestimular cobrando tempo de dedicação direta à família ou enfatizando os aspectos de exploração no trabalho (o que pode ser verificado na discussão sobre as Tabelas 17 e 19).

Esses dados tornam-se ainda mais relevantes quando apenas a “Centralidade do Trabalho” foi avaliada, como na Tabela 14, abaixo.

Tabela 14: Estatísticas descritivas da centralidade do Trabalho, por cada categoria profissional pesquisada.

ESFERA	CATEGORIAS	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
TRABALHO	A./T. ENFERMAGEM	7,1	2,1	03	07
	ENF.	5,8	1,2	04	07
	MED.	5,0	0,0	05	05

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Quando apenas a centralidade da esfera “Trabalho” foi avaliada, sem referência a nenhuma outra esfera da vida, a maior média (7,1) foi atribuída pelos A./T. de Enfermagem e cujos valores, mínimo e máximo, foram 03 e 10, respectivamente.

Para os Enfermeiros, a média atribuída ficou em 5,8 – com valor mínimo 4 e máximo 7. Quanto aos Médicos, a média foi de 5,0 – com 05 para os valores mínimo e máximo.

Posso supor que tal posição ocupada pelos A./T. de Enfermagem diz respeito, por exemplo, não apenas ao fato deles serem a categoria profissional que tem menor Renda mensal, mas também pelo fato de, proporcionalmente falando, também serem os que apresentam maior número de Estado Civil casado.

Os achados até aqui analisados se mostram ainda mais relevantes dentro do

contexto mais geral da pesquisa, quando os dados referentes às condições de trabalho (práticas de gestão, condições físicas e sócio-afetivas, dentre outros) dos participantes são levados em consideração. Tais condições, marcadas pela precarização estrutural e (inter)subjetiva do trabalho, se contrapõem fortemente ao que esses profissionais vivenciam enquanto modo subjetivo relacionado às esferas de vida aqui analisadas. Tais considerações são feitas a seguir.

VI.2- Os arranjos de gestão e o processo produtivo dele proveniente

É possível perceber que, se ele foi capaz de promover tanto sofrimento, isto se deveu a sua incomensurável capacidade de emprestar prazer. Se foi tão desprezado, o foi pela sua onipresença... Ainda é tempo.

Wanderley Codo

A partir daqui, faço a *tentativa de análise* dos dados cuja relação se apresenta mais próxima da gestão dos processos de trabalho. Quando falo em “tentativa de análise” me refiro ao fato de no momento dela eu estar ocupando um determinado lugar, o lugar de sujeito epistêmico e, por isso, ela se apresentar como um recorte de uma dada realidade, olhada em um dado momento, com significações e escolhas por mim realizadas. Ela se caracteriza, portanto, como uma “vista do ponto”, muito mais do que um ponto de vista acerca de uma dada realidade social. É por isso, também, que a compreensão aqui apresentada deve ser valorizada e apreendida a partir do contexto institucional de sua produção, bem como pela apropriação dos atores nele envolvidos, inclusive eu mesmo.

Desse modo, as análises têm como base os conceitos ferramenta que serviram como lentes de afastamento (e de aproximação) que me permitiram olhar a realidade pesquisada, tentando estabelecer uma aproximação entre eles e o que foi observado na realidade empírica, pelo menos com a apreensão do que pareceu mais relevante ser discutido. O modo como isso está posto busca seguir a ordenação do instrumento de coleta de dados, apesar de nem sempre isso ter sido possível, dada a interrelação entre eles e a presença intrínseca e invariável dos conceitos ferramenta nas diferentes respostas obtidas.

É nessas análises que também se entrelaçam os dados obtidos nas entrevistas realizadas com a Categoria 1. Optei por trazê-los à baila também nesse momento por apresentarem informações relevantes sobre a gestão dos processos de trabalho e, por isso, aparecem imbricadas no bojo geral das discussões. Ressalto que, como poderá ser notado, embora as duas Coordenações tenham participado da pesquisa, ambas se ativeram a falar dos aspectos mais formais acerca de suas respectivas funções, o que de algum modo já se constitui como ponto de análise para o presente trabalho.

De modo geral, os dados apresentados na Tabela 18, abaixo, e como será visto nas demais tabelas e análises, apontam para o fato de os arranjos institucionais presentes no contexto pesquisado, sejam eles diretamente ligados à Coordenação de RH ou à Coordenação e à Gerência do Serviço, permitirem pouca ou nenhuma possibilidade de expressão dos profissionais, no que diz respeito às suas reivindicações. Embora essa pouca possibilidade se apresente de modo diferenciado quando as práticas de gestão existentes são comparadas, as considerações feitas pelas categorias profissionais não se diferenciaram tanto entre si.

Tabela 15: Distribuição do número de participantes, de acordo com a existência ou não de Espaço Coletivo.

CATEGORIAS	ESPAÇO COLETIVO	
	SIM	NÃO
A/T ENF.	08	17
AS. SOCIAL	--	01
ENF.	03	08
FISIO.	--	01
MED.	01	03
NUTRI.	--	01
PSI.	01	--
T.O.	01	--
TOTAL	14	31

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Como pode ser notado, e com exceção a Assistente Social, Psicólogo e Terapeuta Ocupacional; mais da metade (31) dos profissionais declararam não haver espaço coletivo no HUIBB como um todo. Ainda assim, os que afirmaram a existência de tais espaços citaram locais variados para tal exercício, como o auditório “*para encontros mensais*” e a sala de enfermagem “*para encontros esporádicos*” (A./T. de Enfermagem). Importante notar que mesmo para eles, pelo menos os que frequentam tais espaços, as reivindicações não são atendidas por “*sempre estarem de encontro às decisões das chefias*” ou, quando o são, são “*aquelas feitas nas reuniões que ocorrem na sala da enfermagem, mais relacionadas a assuntos do setor e que depende mais daqui*”.

Vale notar que ao serem solicitados a contribuir com algo que ainda não tinha sido abordado no instrumento de pesquisa, encontrou-se opiniões do tipo: “*Mudaria todo o gerenciamento do hospital*” e “*Que tal falar para o RH subir aqui e conversar*”.

com a gente e com os demais setores?”

Proporcionalmente falando, os Enfermeiros apresentaram percentual (72,72%) bastante próximo ao dos A./T. de Enfermagem (68%) quando julgaram a falta de espaço para a sua expressão coletiva. Segundo eles *“a gerência sempre fica de mãos atadas”* e que *“nunca atende as reivindicações, apenas as mais fáceis e que não precisa ir lá embaixo pra resolver”*.

Dentre os que afirmaram a possibilidade de expressão coletiva, esses apontaram ou à ouvidoria do hospital, o auditório ou *“a calçada enfrente do hospital”*. Também fizeram referência a espaços específicos da clínica, sem nenhuma referência ao HU como um todo (*“a reunião periódica de clínica”*; *“reunião periódica com a direção de enfermagem”* e *“reunião semanal da equipe de todos os profissionais da clínica”*). Ainda para esses últimos, o atendimento ou não das reivindicações também ocorre dependendo *“do nível de autonomia de quem tenta resolver”*; *“das possibilidades das chefias e da instituição”* ou *“quase nunca são resolvidos, só os mais simples”*.

Os Médicos que também relataram não haver nenhum espaço para a sua expressão disseram que *“pelo menos eu não conheço nenhum efetivo”* ou que *“se tem, nenhum é institucional [...] é organizado pelos funcionários”*²⁸.

Por seu turno, quando perguntada sobre esse mesmo aspecto, a Coordenação clínica apontou *“as reuniões da equipe multiprofissional, toda 2ª feira às dez...”*, e que sua participação só acontece *“quando solicitada para resolver pendências apontadas pelo grupo”*.

Já a Coordenação de RH citou as *“rodas de conversa”* coordenadas pelo GT de Humanização e pela Coordenação de Saúde do Trabalhador, além do projeto *“escuta do servidor”*, ainda a ser implantado. Também citou o Colegiado de Gestão (com reunião mensal e sob sua coordenação); Colegiado de Coordenadores (reunião semanal, sob a coordenação da direção geral do HU); Colegiado Gestor (onde se dão as deliberações máximas que envolvem o HU).

Tendo o entendimento de gestão como o aqui descrito, e de acordo com Campos (1994b; 2006), que dentre outras coisas está sendo concebida como um processo político de coordenação institucional caracterizado como um momento de planejamento que visa garantir ações de saúde e a efetivação de um modelo técnico assistencial, cabe

²⁸ Durante o período de coleta de dados, que durou cerca de três meses, o único registro em diário de campo acerca de organização dessa natureza foi da Assembleia realizada para discussão da Campanha Salarial 2011, dos *“fundacionais”* (*“celetistas”*), convocada pelo Sindicato (Anexo IV).

perguntar como práticas de gestão dessa natureza podem ser possíveis sem a participação efetiva dos profissionais de saúde?

No HUIBB, a prática e/ou a concepção de gestão aponta para o fato de parcela significativa dos profissionais estar fora desse “momento de gestão” (planejamento). Isto se contrapõe de modo contundente, inclusive, com a necessária coordenação das ações conflitantes entre os diversos e potenciais atores envolvidos nessa configuração institucional, dentro de uma rede de tensão crônica. Portanto, parece não haver a possibilidade de participação dos profissionais nesse processo, mesmo que de modo “apenas” reivindicatório. Por mais que hajam espaços ditos democráticos citados pelas coordenações, o que fica em aberto é como os profissionais participam das mesmas, já que quando ocorrem os mesmos ou estão em horário de trabalho ou estão fora do HU, em seus outros trabalhos. Além disso, se alguém os representa, podemos pensar quem está nesse lugar e como tal representação está se dando. Retorno a esse ponto logo abaixo.

Para a gestão dos processos de trabalho em instituições públicas que participam do SUS se propõe a adoção de um modelo descentralizado e fundado na negociação permanente. Para tanto, é necessário compreender que o desenvolvimento de habilidades gerenciais por parte dos gestores perpassa pelo entendimento de que o trabalhador em saúde é um ator social no desenvolvimento do seu trabalho e, por isso, necessita se apropriar do conhecimento das tecnologias que se coadunem ao modelo proposto.

No entanto, parece que a escolha dos profissionais para exercer as atividades relacionadas à gestão na saúde tem se fundamentado em outros quesitos que não são a habilidade gerencial, a capacidade gestora e a profissionalização da gestão. É nesse sentido que a 3ª Conferência de Gestão do Trabalho, ocorrida em 2006, aponta:

A gestão e a regulação do trabalho no SUS foram concebidas, em grande parte, de forma empírica e burocratizada, sem o devido entendimento das questões jurídicas, sociológicas e éticas envolvidas nessa questão, o que faz aumentar ainda mais o grau de conflito na área, que, por si só, costuma ser bastante elevado (ARIAS, et. al, 2006, p. 113)

Desse modo, e como discutido anteriormente, se a complexidade das ações de gestão fica aumentada a partir da necessária consideração dos diferentes interesses dos atores que co-habitam as organizações, imbricados por seus Campos e Núcleos de Competência, o tipo de estratégia adotada pela gestão aqui considerada como tentativa

de garantir a sobrevivência da organização parece não ser a melhor estratégia.

Retomando o caráter ideológico do trabalho, parece que a configuração explicitada até aqui traduz a concepção adotada pelos gestores em relação aos profissionais de saúde, no que diz respeito a como o trabalho deve ser concretamente realizado, levando esses últimos a uma reinterpretação do que podem esperar das instituições e de que importância tem o que fazem. Portanto, parece haver uma contradição manifesta entre as diretrizes oficialmente declaradas pela “gestão de recursos humanos no SUS” e as que são praticadas; contradição essa que tem sido cotidianamente vivenciada pelos profissionais na concretude de seu trabalho.

Quando solicitados a falar sobre a “autonomia” e o “controle” presentes em seu cotidiano, não foi raro encontrar declarações que denotassem a forte preocupação da gestão no controle dos processos de trabalho dos profissionais. São exemplos disso, o fato de: *“aqui o que vale é aquele ditado que diz ‘manda quem pode, obedece quem tem juízo’, se você não quiser se queimar com a gerência”*; *“se a gente não dá conta que fazer o nosso serviço, tipo atender quem tem de atender, a gente é logo chamado a atenção. Ninguém quer saber se tem muito trabalho pra um e menos pra outro”*; *“não é porque existem normas e rotinas que a gente tenha que seguir todas elas com rigidez. O nosso cotidiano muitas vezes não se enquadra no que tá estipulado e eles não querem saber”*. *“tem uma coisa aqui que eu não entendo. Se todos somos profissionais, porque tanta rigidez?”*.

Essa contradição se reflete no modo, já discutido anteriormente, como as organizações hospitalares são gerenciadas. Muito embora hajam recomendações contrárias, essas organizações continuam sendo marcadas pelo modelo taylorista/fordista, indo da administração clássica ao modelo burocrático, e cujos organogramas clássicos continuam balizando as tomas de decisão quase verticais, com excesso de formalismo nas relações e fragmentação nas responsabilidades assumidas e muitas vezes impostas. São essas as práticas que tenho denominado de o “novo espírito do taylorismo”.

As reivindicações, independente de sua natureza, se contrárias ou não a algum tipo de interesse presente na dinâmica institucional, poderiam possibilitar uma melhor gestão dos processos de trabalho, já que grande parcela da amostra aponta não só para as precárias condições estruturais (condições físicas), mas também para a precarização das condições socioafetivas como refletindo em suas relações diárias no contexto de trabalho e para além dele (Tabelas 17 e 19). Poder-se-ia criar, conjuntamente,

mecanismos de prevenção e enfrentamento dessas dificuldades.

É de se esperar que modelos de gestão mais democráticos, que permitam a participação dos coletivos no processo de tomada de decisão, por exemplo, sejam mais propensos de serem apoiados pelos atores neles envolvidos, quando comparados a modelos centralizadores.

Os atores envolvidos nas tomadas de decisão estariam mais implicados na busca e consecução do que foi pactuado no coletivo. Nesse sentido, o trabalho em saúde não pode mais ficar limitado à responsabilidade pela produção do cuidado, o que já não é pouca coisa. Essa produção (do cuidado), que também é gestão, exige o desenvolvimento de um senso de responsabilidade para a promoção de condições (estruturais e socioafetivas) apoiadoras. Em sua ausência, a possibilidade da produção de um cuidado efetivamente “cuidador” fica diminuída.

Assim sendo, espaços coletivos que viabilizem a tomada de decisão conjunta podem se configurar em um ótimo exercício não só de compartilhamento de responsabilidade, mas de pactuação do cumprimento das mesmas pelos atores envolvidos. É nesse aspecto que reside a possibilidade de permissão de expressão dos autogovernos dos profissionais de saúde, para o adequado manejo de suas clínicas e saberes tecnológicos, como defendido por Mendonça (2008). Por outro, também exige um maior compartilhamento de responsabilidades entre os profissionais e usuários, despertando o sentido de coresponsabilização de todos pelas ações de saúde.

De modo contrário, as práticas poderiam levar ao que tenho considerado como “rotas-ação”; tentativas de subverter práticas de gestão antidemocráticas presentes em organizações tais como os hospitais. E no contexto aqui pesquisado, a configuração mais marcante parece ser esta. Declarações como as que foram apresentadas na página anterior e as que se seguem (além das encontradas na discussão acerca da Tabela 22 – Avaliação da Política de RH) denotam as práticas de gestão que podem suscitar rotas-ação, conforme as estou considerando: *“as regras aqui valem apenas para alguns. Privilégios sempre vão ocorrer, mas aqui é brincadeira”*; *“Não é só aqui na clínica não. Esse negócio de uns poderem mais que outros é geral, principalmente quando se trata de categoria pra categoria”*; *“O discurso da gestão é um e a prática é outra totalmente diferente. Aqui se trata de politicagem, e não de profissionalismo. Tem os apadrinhados e tem os perseguidos. Cuide-se quem puder!”*

No entanto, como os trabalhadores, ao que me parece e pelo menos

declaradamente, não têm tentado fazer frente às condições lá presentes, as práticas de gestão assim caracterizadas lhes têm causado desvinculação/desafetação. Como foi dito anteriormente, o termo *desvinculação/desafetação do outro* faz referência a práticas de interação. E aqui, o uso está sendo feito com referência às práticas de gestão dos processos de trabalho encontradas no locus da pesquisa.

Como poderá ser visto nas descrições e análises abaixo, os profissionais de saúde têm sido expostos às condições de precarização estrutural e socioafetivas no trabalho. A tentativa de captura de sua subjetividade tem sido frequente, inclusive no exato momento onde essa mesma subjetividade é marcada pela subjetividade do outro – usuário – (produção do cuidado) – relação intercessora.

Essa possibilidade pode ser analisada a partir do que Alves (2009) considera como uma tentativa de “captura da intersubjetividade” do trabalho vivo. Tal concepção, segundo ele, está intimamente ligada ao fato de o sujeito cuja subjetividade se tenta capturar estar imerso em uma teia de relações sociais (constitutivas do ser genérico do homem) e, por isso, não poder ser concebido fora dela.

Por outro lado, e contrariamente ao que Alves (2009) tem considerado no contexto de discussão de suas formulações (lógica manipulatória da produção toyotista), no locus analisado, embora também haja a dissolução de coletivos, como foi verificado pelos relatos acima apresentados, tal dissolução parece não ser perpassada pela tentativa de fazer valer uma reconstituição de uma rede colaborativa, conforme apontado por esse autor. No contexto analisado, embora tal dissolução possa estar ocorrendo, ela parece ser caracterizada como uma dissolução “pura e simples”, o que penso ser ainda mais perversa, pois não permite nem mesmo o identificar-se com uma “rede de colaboração”. Não lhes permite o seu próprio reconhecimento e o reconhecimento do outro, também desvinculando-se e/ou desafetando-se continuamente.

Em última instância, e dentro do nosso interesse, tal relação parece ser função daquelas práticas, conforme postulado na presente pesquisa. Nesse sentido, suas marcas indeléveis também são representadas pela suposta onipotência e neutralidade técnica de um ou mais atores dessa relação sobre o(s) outro(s). Como uma das possibilidades por mim levantadas, parece que a consequência daí advinda é não só o impedimento de (re)produção de sentido no que há de mais representativo de sua (profissional de saúde) hominização, mas também o esvaziamento do outro (usuário) e o seu não reconhecimento enquanto “parte” intercessora no processo de produção do cuidado.

Parece, passar, portanto, ao desvelarem-se do encontro consigo mesmos e com o

outro; sujeitos que trabalham marcados que são pelas relações socioafetivas imprescindíveis para a sua constituição.

Ainda considerando a possibilidade, ou a ausência, de espaços coletivos, é válido notar que durante o período de coleta de dados houve o processo eleitoral para a composição do Conselho Gestor do Hospital (Anexo V), que prevê a participação de dois representantes dos funcionários e seus respectivos suplentes. No referido pleito foram eleitos, de acordo com o panfleto informativo apresentado em anexo, os candidatos ligados ao sindicato, o que teoricamente aumentaria o poder de barganha dos representantes eleitos e, por conseguinte, dos trabalhadores de modo geral. Ora, mas se os profissionais têm representatividade nesse Colegiado, instrumento de gestão estratégico, citado inclusive pela Coordenação de RH como sendo o espaço no qual ocorrem as deliberações máximas que envolvem o HU, por que eles têm enfrentado os arranjos de gestão com as características aqui descritas e analisadas, pelo menos com a intensidade por eles relatada? Retomo essa questão abaixo, quando maiores possibilidades de análise da mesma já terão sido apresentadas.

Além disso, importante notar que a declaração dada pela Coordenação de RH, ainda ao falar da democratização das relações entre a gestão e os trabalhadores, apontou *“necessidade de se perceber o avanço nas negociações com o sindicato, comparado à outros anos. O equilíbrio em algumas distorções salariais (...) o sindicato hoje respeita – não bate de frente!”*

Aqui, caberia uma discussão sobre a atualidade do papel do sindicato como entidade representativa da *“classe-que-vive-do-trabalho”*. No entanto, isso poderia levar a discussão para além dos objetivos do presente trabalho. Mas vale dizer que na atualidade, no contexto da reestruturação produtiva e da incursão do capital cada vez maior sobre os trabalhadores, essa entidade tem tido que repensar a sua atuação para além de se mostrar apenas defensiva e contingencialmente, atrelada ao imediatismo (ANTUNES, 2000).

Mesmo levando em consideração essas idiossincrasias atuais do movimento sindical no Brasil²⁹, configurações como a surgida a partir da composição do Conselho Gestor do Hospital parecem ser uma boa oportunidade de inserção dos trabalhadores em

²⁹ Para o leitor interessado no assunto, existe uma vasta literatura acerca dessa temática. Para uma consulta substancial e esclarecedora, além de referência já citada, consultar: Alves, G. *O novo (e precário) mundo do trabalho*. São Paulo: Boitempo, 2000. / Alves, G. Trabalho e sindicalismo no Brasil dos anos 2000: Dilemas na era neoliberal. In: Ricardo Antunes (Org.). *Riqueza e Miséria do trabalho no Brasil*. São Paulo: Boitempo, 2006.

espaços que se têm por democráticos em instituições de saúde. Têm a possibilidade de discutir diversas questões, dentre elas as de seus interesses(!?) mais específicos enquanto trabalhadores.

Vale lembrar, no entanto, que não devemos esquecer a implicação de possibilidades dessa natureza sobre “quem está no lugar” de representante dos trabalhadores. Em espaços considerados democráticos também há relações de poder e estas, por sua vez, sempre irão implicar em correlações de forças capturantes, transformando-se em cópias distorcidas de sua concepção real. Tal observação também deve ser relativizada, dada a consideração de Cecilio (1999) que supõe um caráter “controlista” para propostas de gestão que “permitem” esse e outro tipo de participação.

De acordo com Campos (1998), ainda hoje um dos grandes desafios a serem superados dentro do SUS é a proposição de um modelo de gestão que além de manter a sobrevivência do sistema, com produção de cuidado qualificada, possa assegurar a realização dos profissionais. Talvez as proposições como as aqui defendidas se constituam como uma excelente possibilidade para a conjugação de práticas que possam minimamente congregiar essas perspectivas que integram o desafio, e que se contraponham ao que ainda se tem visto na atualidade dentro do sistema de saúde, ainda com lógica gestonária taylorista-fordista.

É claro que modos de gestão dos processos de trabalho localizados mais setorialmente em cada clínica/serviço também são importantes para a consecução desse desafio, pois é por dentro do serviço que a vida pulsa e com ela o trabalho vivo segue fazendo-se valer frente à tentativa de captura dos seus atos. E aqui, também parece ser esse o caso, pois a não existência de espaços coletivos para a expressão dos trabalhadores parece denotar práticas de gestão, inclusive do serviço, norteadas por um rígido controle dos processos de trabalho, conforme consideração inicial na presente pesquisa.

As verbalizações acerca dessa prática (“*sabe aquele ditado que diz: manda quem pode e obedece quem tem juízo? É assim que funciona aqui, pelo menos pra muitos aqui*”; “*aqui as coisas têm que funcionar como estão escritas, meu amigo... quando a gente tenta fazer algo diferente, já vem gente de cima perguntar por que não tá seguindo as regras*”; “*... e olha que só aparecem aqui quando enxergam coisas que na visão deles tá errada, mas se for ver pela realidade do serviço. Ai eu te pergunto: cadê a comunicação entre os chefes daqui com os de lá de baixo?*”) estão marcadas pela explicitação de um modo de gestão excessivamente normativo e pela tentativa de

centralização de poder nas chefias, e quase ausência de comunicação horizontal entre os serviços e níveis hierárquicos.

Quando perguntados sobre a existência de normas, rotinas, fluxos e protocolos a serem seguidos e os modos de estabelecimento dos mesmos, os profissionais, independente da categoria profissional, reconheceram que *“esses procedimentos existem e devem ser seguidos à risca”*, uma vez que *“... são protocolos e não têm como deixar de ser seguidos, mas têm alguns que a gente precisa adequar de acordo com a necessidade do momento”*. Também declararam que *“às vezes a gente precisa deixar de seguir, pois é o diário que conta muito mais... como vou ficar presa a uma norma, regra se o trabalho tá dizendo outra coisa?”*. Disseram, ainda, que *“sabemos que é fundamental pela própria segurança, mas parece que dão mais importância a tudo isso; às máquinas do que a nós próprios... ou então nós também somos máquina?”*.

Relacionado a isso, os profissionais também relataram: *“minha autonomia aqui é total, pelo menos quando estou realmente na ponta”*; *“só tenho autonomia total quando lido com o paciente, por que quando saio de lá tem uma coisas que são estabelecidas que eu não entendo”*; *“as necessidades dos pacientes é que fala mais alto (...) é a minha relação com ele (...) aqui se pensa que a gente não tem afeto!”*.

Essa tensão, constitutiva dos atos em saúde (território do trabalho vivo) e da própria organização em si (espaço de intervenção de sujeitos coletivos inscritos a partir de sua capacidade de se autogovernarem), denota a incerteza presente na produção do cuidado, constituindo-se em um amplo campo de possibilidades a ser explorado pela gestão.

Portanto, se os profissionais têm sido excluídos, não apenas dos processos decisórios mais gerais, o que por si só já seria problemático, mas certamente daqueles (se é que existem!) que envolvem questões mais cotidianas de seu trabalho - *“por dentro do serviço”*-, há de ser considerado que esse contexto tem conflitado, direta ou indiretamente, com a manifestação de seus auto-governos, própria do trabalho vivo em ato (MERHY, 1999; 2002).

Relacionado ao que vem sendo discutido, a Tabela 19 mostra o grande número de participantes que avaliaram as condições físicas de seu ambiente de trabalho de forma negativas (*“Desfavoráveis”* ou *“Totalmente Desfavoráveis”*), independente da categoria profissional.

Tabela 16: Distribuição do número de participantes, de acordo com a avaliação das Condições Físicas do Trabalho

CATEGORIAS	CONDIÇÕES FÍSICAS DO TRABALHO			
	TOTALMENTE FAVORÁVEIS	FAVORÁVEIS	DESFAVORÁVEIS	TOTALMENTE DESFAVORÁVEIS
A/T ENF.	--	--	14	11
AS. SOCIAL			01	--
ENF.	--	--	06	05
FISIO.	--	--	01	--
MED.	--	--	02	02
NUTRI.	--	--	01	--
PSI.	--	--	01	--
T.O.	--	--	01	--
TOTAL	--	--	27	18

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Os participantes relataram que *“o retorno do nosso trabalho é mais demorado”*; *“não oferecemos um serviço de qualidade”*; *“às vezes temos que improvisar”*; *“as máquinas e os equipamentos são todos sucateados, e quando tem algo novo, quebra rápido por que só se usa aquele”*. Também relataram que as condições acabam *“atrasando e impedindo a prestação de uma assistência de maneira eficaz”* e que *“quando o paciente para e temos que montar o ventilador mecânico e desmontamos os 05 equipos de traquéia, isso atrapalha na assistência”*. Outras falas também apontaram que *“as evidências são claras, banheiros quebrados, equipamentos sucateados e defasados”* e que os *“materiais são precários (...) são poucos suportes de soro, a maioria em péssimas condições de uso, temos que esperar acabar a medicação de um paciente para fazer a de outro (...) atraso no horário da medicação”*; essas condições *“impedem a oferta de um atendimento adequado para o paciente, pois a falta de instrumental e equipamento adequado, certamente causa impacto na assistência”*. A falta ou improviso de colchões, sala do posto de enfermagem inadequada e desativação de isolamentos (Anexo VI), também foram relatadas.

Tal materialização verificada a partir do anexo acima citado também pode ser analisada com outro olhar possível: o da vinculação/desvinculação profissional-usuário. Codo (2006) aponta o circuito “sujeito-significado-objeto” como uma possibilidade de construção de significados que o trabalho pode engendrar, e as possíveis rupturas daí surgidas, como uma poderosa ferramenta de gestão, inclusive com a possibilidade de antever problemas organizacionais, reconhecendo modos “deslocados” de resolver os conflitos. Para esse autor, duas possibilidades têm lugar quando esse circuito se rompe:

o indivíduo encontrará um modo de “reapropriação”, ou a ruptura implicará sofrimento, podendo levar à problemas de saúde mental.

Quando o aviso colado na parede da sala de enfermagem é lido, de imediato ele remete a um problema estrutural (“falta de colchão”) tantas vezes relatado pelos profissionais. Mas também denota, frente a um “olhar bisbilhoteiro, atento aos ‘pequenos nada’” (SILVA, 2011), uma possibilidade de rompimento naquele circuito. Nesse sentido, e concordando com Codo (2006), assumo que profissionais de enfermagem e outros cuja tarefa é cuidar, precisam, para cumprir sua função, do estabelecimento de um forte vínculo afetivo com seus clientes, e ao mesmo tempo manter um distanciamento afetivo dos mesmos para providências técnicas e/ou que os proteja das perdas inevitáveis.

No exemplo descrito (cartaz), no qual a materialidade das relações socioafetivas entre profissionais e usuários pode ser percebida, parece haver um rompimento daquele circuito e uma tentativa de “reapropriação” por parte do profissional e/ou da equipe. Tal tentativa de “reapropriação” parece assentar-se na sua desvinculação do outro. Ela passa a ser sustentada, única e exclusivamente, na sua vinculação com a ausência de estrutura física, ainda que precarizada, e o que possivelmente lhe é menos doloroso.

O que parece importar é esse tipo de vinculação, e não aquela que tem o outro como fundamental para o seu próprio reconhecimento enquanto sujeito do trabalho. Essa possibilidade não deixa de ser, na perspectiva aqui adotada, uma tentativa de autoproteção que o distancia da perda eminente (a morte do outro – a morte do eu!), como uma “blindagem emocional”. Aqui existe, mais uma vez, a possibilidade da desvinculação/desafetação do outro, como discutido acima.

Os dados referentes à avaliação feita acerca das consequências ou não das condições físicas nas relações diárias, seja com colegas de trabalho ou com os usuários, estão apresentados na Tabela 20, abaixo.

Tabela 17: Distribuição do número de participantes,
de acordo com as Influências das Condições Físicas do Trabalho

INFLUÊNCIAS DAS CONDIÇÕES FÍSICAS DO TRABALHO								
CATEGORIAS	ATIVIDADE DIÁRIA		COM OS USUÁRIOS		COM OS COLEGAS		OUTROS CONTEXTOS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A/T ENF.	25	--	23	2	23	02	21	04
AS. SOCIAL	--	01	01	--	--	01	--	01
ENF.	11	--	09	02	06	05	08	03
FISIO.	01	--	--	01	--	01	--	01
MED.	03	01	03	01	--	04	--	04
NUTRI.	--	01	--	01	--	01	--	01
PSI.	--	01	--	01	--	01	--	01
T.O.	01	--	01	--	--	01	--	01
TOTAL	41	04	38	07	29	16	29	16

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Do total de participantes, 41 relataram que as condições físicas influenciam em suas atividades diárias. Quando essa influência foi avaliada em maior detalhe (com relação aos usuários, colegas e em demais contextos), verificamos que o maior número deles foi relatado considerando a relação com os usuários, seguido da relação com os colegas e em outros contextos, que se equipararam. Interessante notar que os mesmos profissionais que relataram ser afetados em suas relações com os colegas, foram os que também o relataram em outros contextos. Além disso, esses mesmos profissionais estão dentre os que reconheceram essa influência em suas relações com os usuários.

Os A./T. de Enfermagem disseram, entre outras situações, que *“brigamos para usar aparelhos de pressão, termômetro (...) escada, lençol, etc., às vezes, se não é a gente trazer nossos próprios instrumentos”*; *“falta de lençóis, seringas, enfermarias deficientes e com infiltrações, lâmpadas queimadas”*; *“...tudo em nome da saúde pública...tudo em prol dos pacientes e de nós mesmos”*. Além disso, também houve relatos que apontaram: *“a falta de materiais gera reclamações dos pacientes [...] a culpa não é nossa”*.

Quanto aos Enfermeiros que também admitiram os mesmos tipos de influências, esses relataram que *“as relações ficam estremecidas porque há sobrecarga de trabalho por causa de algum tipo de espera ligada ao aspecto físico. Mas felizmente no fim das contas tudo fica bem entre a gente e o paciente”* ou que *“às vezes tem ‘atrito’ quanto ao empréstimo de material de um setor pro outro [...] sempre há discussão pra ver quem vai buscar o material”*; *“eu fico muito chateada quando a gente precisa usar um*

equipamento e não pode por que tá quebrado. E a gente muitas das vezes não tem paciência de acolher”.

Os Enfermeiros também admitem tais influências em suas relações com os usuários, quando afirmam que para os usuários *“é preciso dar explicações, pois você pode imaginar como o paciente reage ou o familiar quando algum equipamento não funciona. Mas a gente vai dando um jeitinho por que o maior prejudicado mesmo é o paciente, a nossa relação com ele precisa estar bem”*. Dessa forma, os profissionais passam a sofrer *“cobrança dos usuários por melhor atendimento, o que causa stress”*. Além disso, também foi citado o assédio sofrido pelos servidores *“quando alguma situação não vai bem”*, porque a *“população quer o atendimento na hora e de maneira eficaz, e muitas das vezes diz que paga imposto e inclusive, o salário do servidor”*.

Os Médicos, por sua vez, afirmaram que as condições físicas também interferem não só nas suas relações com os colegas de trabalho, mas também naquelas com os usuários. Quando se referiram aos colegas, disseram que *“eles não têm paciência com os usuários, o que me deixa chateado”*. Quanto aos usuários, foi dito que sofrem cobranças constantes dos usuários, pois *“pensam que a gente é que não dá atenção suficiente pra eles [...] que tá pouco se lixando pra eles”*.

Também fez parte das verbalizações dos profissionais, a falta de *“material para as sessões de reabilitação”* (Fisioterapeuta) e de *“um espaço mais apropriado para o desenvolvimento das atividades recomendadas aos pacientes”* (Terapeuta Ocupacional).

Essas transcrições deixam claro o aspecto de precarização do trabalho presente na atuação dos profissionais lotados na clínica DIP. Como vimos anteriormente, condições de trabalho inadequadas, como as relatadas pelos participantes, também se somam à precariedade *“inerente”* aos seus cargos (tipo de vinculação trabalhista), já que muitos deles, como notado acima, têm vínculo *“Celetista”* firmado com a FADESP (o que acaba diluindo a figura do empregador) e possuem mais de um vínculo como modo de compensar os baixos salários percebidos por eles (Tabelas 03, 08 e 09).

Portanto, vale dizer que as condições em que se encontram os profissionais participantes da presente pesquisa são definidoras do que entendo como precarização do trabalho (em saúde), com base no debate existente na literatura sobre o tema. Dessa forma, tais condições denotam, na realidade pesquisada, a segmentação dos trabalhadores e a fragmentação dos coletivos com marcada ausência de espaço para a sua expressão. Além disso, mostram a heterogeneidade de vínculos dentro do mesmo ambiente de trabalho, reconhecida pelas Coordenações clínica e de RH, embora sendo

reconhecida apenas pela primeira como tendo consequências também para as relações socioafetivas dentro do contexto de trabalho.

As verbalizações também denotam, pelo menos indiretamente, práticas de gestão dos processos de trabalho contrárias às que tenho considerado como possibilidade em organizações de saúde. Práticas que assegurem a maior vinculação possível entre profissional e usuário, cuja configuração esteja assentada na possibilidade sempre presente e em constante processo de tornar-se um dispositivo desalienante, dada a presença operante (que opera) do trabalho vivo em ato.

Portanto, as práticas aqui identificadas apontam para um caminho inverso a esta concepção, pois parecem cunhar um tipo de vinculação que não é usuário-centrada e, sendo assim, não têm a defesa da vida como modo de nortear a atuação desses profissionais. Isto, muito embora os mesmos também tenham declarado sua vinculação afetiva com os usuários (ver discussão trabalho imaterial, abaixo).

Ainda como parte dos desdobramentos dessas considerações, os participantes também avaliaram as condições socioafetivas (relações interpessoas, pressão e sobrecarga de trabalho, etc.) presentes em seu ambiente de trabalho, e cuja apresentação consta na Tabela 18, abaixo.

Tabela 18: Distribuição do número de participantes, de acordo com as Condições Socioafetivas do Trabalho.

CATEGORIAS	CONDIÇÕES SOCIOAFETIVAS DO TRABALHO			
	TOTALMENTE FAVORÁVEIS	FAVORÁVEIS	DESFAVORÁVEIS	TOTALMENTE DESFAVORÁVEIS
A/T ENF.	--	07	12	06
AS. SOCIAL		--	01	--
ENF.	--	--	08	03
FISIO.	--	01	--	--
MED.	--	02	02	--
NUTRI.	--	01	--	--
PSI.	--	01	--	--
T.O.	--	-	01	--
TOTAL	--	12	24	09

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Os dados da tabela acima indicam que as condições socioafetivas, embora tenham sido avaliadas por parte dos profissionais como sendo “Favoráveis”, ainda assim, 33 deles as consideraram como “Desfavoráveis” ou “Muito Desfavoráveis”. Dessa forma, vemos que tais condições também não são muito propícias à produção do

cuidado, particularmente quando a olhamos em conjunto com a avaliação das condições físicas do trabalho.

Em geral, quando no posto de enfermagem, não eram raros os momentos em que os profissionais se viam frente a condições socioafetivas como as por eles avaliadas. Uma delas, por mim presenciada, foi o falecimento de um paciente que estava, “*nos últimos dias de vida, sem nenhuma esperança!*” (sic.). Ao chegar e ficar sabendo do “*falecimento do leito x*”, uma A./T. de Enfermagem começou a chorar copiosamente, tendo sido amparada por mim e por mais dois colegas de trabalho. Após o ocorrido, e em conversa sobre o assunto, foram registradas algumas falas do tipo: “*tem gente que é assim mesmo, não aguenta ver a morte do paciente que descompensa*”; “*já era hora dela ser transferida pra outro setor mais light, junto com os que também conseguiram sair daqui*”; “*ela já não tem mais condições de segurar pressão desse tipo... não é fácil pra ninguém, e quem tá fragilizado, nessas horas*”.

A influência ou não que as condições socioafetivas têm nas relações diárias, seja com usuários, colegas de trabalho ou em outros contextos também foi avaliada. Os dados estão apresentados na Tabela 19, abaixo.

Tabela 19: Distribuição do número de participantes, considerando as Influências das Condições Socioafetivas do Trabalho.

INFLUÊNCIAS DAS CONDIÇÕES SOCIOAFETIVAS DO TRABALHO								
CATEGORIAS	ATIVIDADE DIÁRIA		USUÁRIOS		COLEGAS		OUTROS CONTEXTOS	
	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO	SIM	NÃO
A/T ENF.	25	--	23	02	09	16	23	02
AS. SOCIAL	--	01	--	01	--	01	--	01
ENF.	11	--	10	01	05	06	08	03
FISIO.	--	01	--	01	--	01	--	01
MED.	03	01	03	01	02	02	--	04
NUTRI.	--	01	--	01	--	01	--	01
PSI.	--	01	--	01	--	01	--	01
T.O.	01	--	01	--	--	01	--	01
TOTAL	40	05	37	08	16	29	31	14

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Seguindo o mesmo padrão relatado para as condições físicas, também em relação às condições socioafetivas do trabalho, parcela considerável dos participantes (40) relatou que tais condições influenciam em suas atividades diárias. Quando os dados são avaliados mais detalhadamente, vemos que as relações com os usuários e em outros

contextos também são as mais prejudicadas, enquanto que com os colegas o prejuízo parece ser menos desfavorável, a considerar as categorias de Assistente Social; Fisioterapeuta; Nutricionista; Psicólogo e Terapeuta Ocupacional.

Dentre os que reconheceram ser afetados em sua relação com os usuários estão aqueles que relataram a mesma dificuldade com relação aos colegas e aos outros contextos. Por sua vez, os 21 que reconheceram tal influência estão contemplados entre aqueles que relataram dificuldades em outros contextos, em função das condições socioafetivas presentes no seu ambiente de trabalho. Isso sugere uma forte relação entre essas condições de trabalho e as variáveis comentadas.

Declarações feitas pelos A./T. de Enfermagem parecem traduzir exatamente o grande número deles que reconheceu tal influência, e reflete o sentimento que os mesmos podem ter com relação àqueles que estão sob seus cuidados: *“chegamos a sentir raiva do paciente, mesmo sabendo que eles não têm culpa”*; *“quando um paciente ou o acompanhante começam a cobrar, a gente finge que não é com a gente e sai de perto, principalmente quando eles têm razão, por que a gente não pode deixar a nossa relação ser afetada”*; ou ainda, *“a pressão aqui é tanta que as vezes eu desligo de tudo... esqueço até do paciente, coitado!”*. E com relação aos outros contextos, reconhecem que *“a tensão gerada no trabalho acaba sendo trazida para dentro de casa”*; *“no humor, mal humorada”*; *“sem tempo pra mais nada, tipo lazer”*.

Por sua vez, os Enfermeiros declararam que *“essa influência se dá devido a sobrecarga de trabalho e serviço + condições físicas precárias”* e que *“a qualquer momento alguém pode cometer um erro”*. Para os que têm suas relações com os usuários afetadas, a forma de perceber tal influência se dá pela *“falta de paciência com o usuário”* e pelas *“desavenças com os pacientes e com os parentes deles. São momentâneas, por que a gente ama o que faz”*; além do fato de *“os acompanhantes exigem maior atenção pro parente”* e *“não tenho disposição pra tá ouvindo as queixas dos pacientes”*. Eles também relataram sofrer influências das condições emocionais em outros contextos, como a família. Tal influência é percebida por que *“a gente já chega cansada em casa e não tem paciência pra muita coisa”* ou que *“em casa a gente só quer descansar e mais nada [...] o serviço consome a gente”*; *“as vezes eu tenho a sensação de que posso desistir de tudo, é horrível!”*.

Além disso, apontaram o estresse e o cansaço físico e mental como os responsáveis por essa extensão das dificuldades enfrentadas no trabalho para a esfera social de modo geral e da família em particular, uma vez que citaram não apenas o

“descontrole”, mas também o fato de “*muitas vezes não damos a atenção necessária aos nossos familiares, ou tratamos mal quem não tem nada a ver com a situação, por besteira*”.

Os médicos, por sua vez, embora tenham reconhecido a influência das condições socioafetivas em sua relação com os usuários (“*quando o paciente ou acompanhante pede muita explicação, me falta paciência*”), ao contrário dos A./T. de Enfermagem e Enfermeiros, não reconheceram que tal influência se dê em outros contextos, como reconheceram as demais categorias pesquisadas.

A relação que parece sofrer menos influência é aquela estabelecida entre os próprios colegas de trabalho. Ainda assim, relatos dando conta de que a “*interferência aparece no modo como alguns profissionais se relacionam entre si, por exemplo, não atendendo as recomendações*” ou “*quando sai das reuniões parece que esquece tudo o que foi dito, e o que disse também*”; ou ainda, que “*a comunicação é baseada em críticas destrutivas, e não em espírito de equipe*” e “*pelo estresse, alguns colegas acabam por descontar seu estresse no ambiente de trabalho*”; “*As condições geram insatisfação do paciente e do acompanhante, que descontam no profissional [...] isso tudo vai enchendo a gente até um dia não suportar, como já houve casos de colegas*”, estiveram presentes.

Quanto às coordenações, embora a Coordenação clínica tenha declarado que “*o desempenho não é completo devido às condições físicas serem ruins*” e que “*alguns colegas sim, são agressivos por causa do estresse vivenciado no dia a dia*”, pois “*algumas pessoas não são honestas para assumirem a sua avaliação e divisão de tarefas, sobrecarregando os colegas*”, as condições físicas e socioafetivas foram consideradas como estando “*na média*”, pela coordenação de RH. Para fazer tal avaliação, esta levou em consideração o fato de “*existirem necessidades de melhoras, com perspectivas concretas de melhorias, por meio de projetos já aprovados*”, citando, inclusive, a perspectiva de refrigeração do 4º Leste³⁰, onde fica localizada a área de internação da Clínica Pneumológica.

Em todo caso, parece que as condições físicas e socioafetivas presentes no ambiente de trabalho dos profissionais têm tido forte influência em suas relações diárias. Esses achados podem ser analisados à luz da relação entre saber-poder-controle presente em organizações como o hospital. Tal relação é permeada pela multiplicidade

³⁰ Até o fim da realização dessa pesquisa, essa Ala já havia sido climatizada.

de atores e interesses, racionalidades, disputas e coalizões e, portanto, parece não ser por acaso que são os A./T. de Enfermagem, seguidos dos Enfermeiros, as categorias profissionais que mais sentem, de acordo com o relatado, esses impactos.

Como Cecilio (1997; 1999) já apontou, dentro de instituições de saúde hospitalar convivem três principais grupos: médicos, com grande autonomia e rejeição a qualquer projeto gerencial; o pessoal de enfermagem, cuja linha de mando é mais visível quando olhada verticalmente, indo da enfermeira à auxiliar de enfermagem; e o corpo administrativo, que também obedece a outros padrões e esquemas relacionais. Cada um com sua lógica de dominação própria e que tenta subverter qualquer projeto que se interponha frente a seus interesses particulares e corporativos.

Desse modo, focando no segundo grupo, suponho que internamente ele tem sofrido a maior influência, visto a natureza de suas atividades, mais diretamente vinculadas à assistência aos usuários e, portanto, tornando-o mais exposto às situações de conflito e à sobrecarga proveniente dos aspectos aqui avaliados, presentes em seu ambiente de trabalho.

Vale ressaltar, ainda nesse sentido, que dentre as queixas mais relatadas pelos usuários, e descritas pelos participantes, estão: *“falta de humanização e esclarecimentos”*; *“preparo psicológico dos pacientes e familiares”*; *“corpo médico muito distante”*; *“falta de visita médica e esclarecimento da patologia, resultado de exames e prognóstico”*; *“demora para realizar exames especializados”*; *“falta de acomodação confortável do ocupante e excesso de calor”*; *“condições estruturais da unidade (...). Demora na resolutividade de algumas ações”*; *“a falta de leitos no C.T.I para pacientes que deveriam estar lá, mas estão nas enfermarias”*.

Certamente que, independente de qual categoria sofrer maior ou menor influência, elas estão imersas em um ambiente de degradação (lê-se precarização) estrutural e intersubjetiva do trabalho. Retomando Thebaud-Mony e Druck (2007), quando discutem a noção de precarização do trabalho na literatura nacional, e apontam a noção de perda (como a principal delas) e de degradação das condições de saúde e de trabalho, vinculada aos aspectos por elas apontados e já abordados acima.

Essas autoras também consideram como característico da precarização do trabalho

o processo social constituído pela amplificação e institucionalização da instabilidade e da insegurança, expressas nas novas formas de organização do trabalho – onde a terceirização/subcontratação ocupa lugar central – e no

recuo do papel do Estado como regulador do mercado de trabalho e da proteção social através das inovações da legislação do trabalho e previdenciária. Um processo que atinge todos os trabalhadores, independente do seu estatuto, e que tem levado a crescente degradação das condições de trabalho, da saúde (e da vida) dos trabalhadores e da vitalidade da ação sindical. (p. 31 – Grifo meu)

Ora, qualquer semelhança entre tais considerações e os dados, com suas respectivas análises aqui apresentadas, certamente não será mera coincidência. Portanto, será preciso dizer, para reafirmar essas condições de precarização do trabalho, que a fragilização dos coletivos, a segmentação e a heterogeneidade dos trabalhadores (existência de vínculos de trabalho diferenciados), a individualização, bem como a sua exposição a condições de saúde e de trabalho degradantes relatadas pelos profissionais são marcas indelévels desse fenômeno?

A análise das condições físicas relatadas pelos participantes, particularmente aquelas relacionadas à possibilidade do rompimento do circuito “sujeito-significado-objeto” aqui defendida, pode ser corroborada pelos dados referentes às condições socioafetivas.

Além disso, é relevante o fato de adoecimentos e dificuldades psicossomáticas terem sido relatadas pelos participantes da pesquisa como motivo de afastamento de colegas de trabalho. Cerca de 44% dos A./T. de Enfermagem; 82% dos Enfermeiros e 100% dos Médicos disseram conhecer casos desse tipo. Foram citados, dentre outros, problemas como “*pressão alta (hipertensão)*”; “*problemas de coluna*”; “*ansiedade, depressão e adoecimento. Ex. tuberculose*”; “*doenças crônico-degenerativas e infecto-contagiosas*”; “*artroses, hérnias e outras doenças relacionadas à coluna*”; “*(...) LER*”; “*depressão, síndrome do pânico, incapacidade física, alergias*”.

Como suposto inicialmente no presente estudo, a possibilidade desses profissionais estarem fugindo “estrategicamente” de seu trabalho parece ganhar maior conotação. Tais fugas não têm se configurado pela via mais saudável – pelo que estou considerando como rotas-ação -, mas certamente pela via da desafetação/desvinculação de si próprios e dos usuários, expressas que são, inclusive, nas somatizações relatadas pelos participantes.

Tais considerações também podem ser relacionadas com o tempo médio que os profissionais têm de instituição e o fato de parte significativa deles ter um segundo vínculo trabalhista (Tabelas 10 e 12). Dessa forma, fatores como o longo tempo de exposição a condições precárias como as relatadas pelos profissionais contribuem ainda

mais para as possíveis consequências que possam advir sobre os mesmos.

Aqui retomo a questão momentaneamente suspensa, sobre a representatividade dos trabalhadores no Colegiado Gestor do HU, que tem se configurado, inclusive, como uma alternativa ao “modelo gerencial hegemônico”. Para tentar dar conta do questionamento, e considerando o discurso da Coordenação de RH segundo o qual a gestão tem fundamentado sua prática “*na flexibilidade, com acordos bilaterais*” e, portanto, “*com um governo fundamentado na democratização das relações*”, quero lembrar que espaços como o aqui considerado são arenas políticas, muito mais do que meros arranjos administrativo-burocráticos, onde estão em jogo diversos interesses, próprios do setor saúde.

Nesse sentido, embora ainda na atualidade tais espaços sejam considerados como uma garantia de inovação da gestão, refletindo, inclusive, em mudanças sistemáticas no paradigma clássico da administração pública, estudos como os de Anselmi e Gomes (1997); Borelli (2004); Arias *et. al.* (2006); Campos e Malik (2008) apontam uma série de dificuldades ligadas à concepção, organização e funcionamento de colegiado de gestão em ambiente hospitalar. São apontados, dentre outras dificuldades, o fato de a promessa de democratização substancial da vida organizacional não ser cumprida, além de os trabalhadores não o reconhecerem como espaço efetivo de participação e decisão e, por isso, acabam se transformando, em algumas situações, como simulacros da concepção originalmente proposta (CECÍLIO, 2010).

Nesse sentido, considero a possibilidade de, como arena política, o conselho gestor ser permeado de relações que envolvem o *saber-poder* dos tores envolvidos e varia de acordo com o apoio (técnico, infraestrutura, etc.) e conhecimento (técnico e administrativo, por exemplo), com que cada um pode contar. Isso vai impactar diretamente em sua participação política, que pode ou não tornar-se frágil, inclusive no que diz respeito à autonomia de seu posicionamento.

A declaração de um trabalhador com relação a esse aspecto é notória: “*eles viraram capachos da administração. Temos a chance de acabar com esse bando de despreparado!*”. Além dessas questões, também considero que nesses espaços a presença é constituída como uma rede em que os nós que lhe dão forma articulam diferentes saberes e inserções, desigualdades, relações de poder, experiências pessoais, diversos objetivos, etc., o que torna o Conselho uma arena política extremamente inibidora. É por isso, talvez, que a divulgação da candidatura retratada no Anexo V tente fazer valer as qualificações que, teoricamente, os ajudarão a sair do lugar atual de,

talvez, meros coadjuvantes na arena política institucional. Declara o folder: “Vote nos candidatos que estão nas lutas por melhorias para os trabalhadores e usuários do HUIBB. Por um Conselho Gestor Democrático e com voz para as reivindicações da categoria. Contra todas as irregularidades e para acabar com a precarização que assola o hospital, vote em quem luta!” Algo que os permita a possibilidade de um **regime** democrático que torne possível a produção de uma estrutura capaz de autogerar comportamentos político-democráticos.

Em última instância, a partir das constatações até aqui realizadas, defendo que a atividade dos profissionais de saúde do HUIBB, estando inserida na totalidade do mundo do trabalho e, portanto, dentro das determinações mercadológicas, tem sido praticamente subsumida por essas determinações. Elas se apresentam fortemente demarcadas pelo modelo médico hegemônico, centrado na racionalidade instrumental da medicina moderna e consequência da concepção de saúde como um bem de consumo, refletindo fortemente na produção do cuidado. No entanto, é importante destacar que esse contexto, marcado por tais características, é tensionado ainda mais pela presença do trabalho vivo em ato (produtor de valores de uso).

Se o setor saúde está situado, invariavelmente, dentro de uma tensão (sócio-historicamente localizada) entre a produção do cuidado como valor de uso e a produção do cuidado como valor de troca (própria da dinâmica de acumulação de capital). Essa tensão comparece nas condições de precarização encontradas no ambiente de trabalho dos profissionais aqui pesquisados e, por conseguinte, na produção do cuidado.

E, se assim o for, a lógica da reestruturação produtiva e da consequente precarização do trabalho no setor saúde em geral; e no contexto pesquisado, em particular, também está situada no terreno das tecnologias não materiais, particularmente da tecnologia leve, elemento fundante do processo assistencial em saúde. Tem sua marca inexorável na tentativa dinâmica de captura do trabalho vivo em ato. Portanto, como suposto anteriormente, essa lógica tem sido ainda mais perversa, pois a disputa pela captura da *intersubjetividade* do trabalho vivo é que está em jogo (Alves, 2009), dado que no trabalho em saúde estão pulsando os atos relacionais.

Apesar de tais resultados, o trabalho enquanto uma das esferas da vida permanece central para os profissionais. Como foi descrito nas Tabelas 15, 16 e 17, os resultados apontam para a esfera “Trabalho” como a segunda mais importante, ficando atrás apenas da esfera “Família”, além de ter forte relação com essa última. Isso corrobora os achados da literatura acerca dessa temática, e cujas pesquisas também

lançaram mão das mesmas questões aqui utilizadas (SOARES, 1992; BORGES; ALVES-FILHO; BASTOS, 1994; BORGES; TAMAYO; FILHO, 1995).

Para além desses estudos, e ainda com relação à centralidade, os resultados aqui apontados se colocam contrários às teses que afirmam o fim do trabalho ou de sua centralidade (GORZ, 1987; OFFE, 1989). De modo geral, têm-se falado da crise da sociedade do trabalho como uma tendência surgida a partir da forma contemporânea que o trabalho (trabalho social) assumiu (complexificado, heterogêneo e com absurda intensidade de seus ritmos e processos) e que é consequência da reestruturação produtiva que tem se espreado pelo mundo atual.

E é Antunes (2000; 2003) quem se opõe de modo contundente a essas teses e apresenta as bases de sustentação de sua compreensão acerca do mundo do trabalho na passagem do século XX para o século XXI, postulando o conceito de “classe-que-vive-do-trabalho” para “conferir validade contemporânea ao conceito marxiano de ‘classe trabalhadora’” (ANTUNES, 2003. p. 101) e para fundamentar suas considerações acerca das metamorfoses do mundo do trabalho que também condicionam as teses segundo as quais ele se contrapõe.

Questionando sobre qual crise da sociedade do trabalho se está falando e tentando qualificá-la em sua dimensão, esse autor aponta a impossibilidade de se conceber tal discussão sem que seja levada em conta a “precisa e decisiva” distinção entre trabalho concreto (criador de coisas socialmente úteis) e trabalho abstrato (trabalho estranhado – criador de valores de troca). Nesse sentido, considera que se a questão postulada é a crise do trabalho abstrato a partir de uma sociedade produtora de mercadorias, então se trata de uma postulação da redução do trabalho vivo e a ampliação do trabalho morto como única possibilidade.

Mas, considerando tal discussão, o que dizer então, da centralidade do trabalho observada a partir dos dados obtidos na presente pesquisa? Se a dinâmica das práticas de saúde também obedece a dinâmica econômica de modo geral, incorporada ao desenvolvimento do capital e à conseqüente geração e acumulação de riqueza, via modelos assistenciais centrados em procedimentos, o que dizer da centralidade do trabalho aqui observada? No presente estudo, levanto a possibilidade de tal centralidade ser característica do trabalho abstrato e, como consequência, da produção de valores de troca. Mas se a crise do trabalho abstrato, como considera Antunes, diz respeito à supremacia do trabalho morto sobre o trabalho vivo, volto a questionar: o que dizer da centralidade aqui observada? Como bem sabemos e de acordo com o que tem sido aqui

apontado, a atuação em saúde é perpassada fundamentalmente pelo trabalho vivo em ato; trabalho operado em ato e, como tal, torna-se um trabalho criador, produtor de atos de saúde sendo operado com certo autogoverno de quem o exerce, a partir de um determinado saber prévio (MERHY, 2002; 2007).

Portanto, o trabalho em saúde, pelo menos aquele que se processa em nível da micropolítica está longe de ser abstrato. E por ser trabalho concreto, operado em ato, com forte vinculação afetiva entre o operador (profissional de saúde) e o usuário, considero que a possibilidade considerada imediatamente acima cai por terra. Passo a ter clareza, portanto, que a centralidade aqui observada diz respeito a centralidade de um trabalho concreto, marcado pelas características do trabalho vivo, apontadas acima.

A centralidade do trabalho, portanto, percebida quando o olhar se volta para o micro, diz respeito a um trabalho que é operado com certa autonomia, a partir dos encontros com os usuários (encontros marcados por subjetividades), passando ao largo dos constrangimentos que a gestão macro dos processos de trabalho tenta impor para manter o controle sobre os processos organizacionais e, por extensão, dos processos de trabalho. Como discutido no presente estudo, os serviços de saúde e a produção do cuidado estão fundamentados na produção e manipulação de afetos, tão importante no contato e na proximidade humana, e que faz Hardt (2003) considerá-los, inclusive, como um dos aspectos mais importantes do que ele e outros autores (LAZZARATO; NEGRI, 2001; HARDT; NEGRI, 2001; GORZ, 2005) têm chamado de trabalho imaterial ou trabalho afetivo. Esse trabalho, marcado pela liberdade ampliada e diminuição da alienação do trabalho, se deixa desvelar por meio das seguintes declarações:

“... tudo em prol dos pacientes e de nós mesmos... por isso digo que quando eu to ali com o paciente, é um momento meu e dele”;

“... há sobrecarga de trabalho por causa de algum tipo de espera ligada ao aspecto físico. Mas felizmente o meu trabalho é fundamental, por isso no fim das contas tudo fica bem entre a gente e o paciente”

“apesar de tudo, de toda pressão e de todo controle, a gente sempre vai ajustando pra tornar o nosso trabalho minimamente prazeroso, não é mesmo?”

“Se tem uma coisa que eu aprendi no meu dia a dia de trabalho foi ter afeto com o paciente, mesmo que em algumas situações a gente não sinta nada por ele. Mas ter esse afeto é fundamental no nosso trabalho”;

“desavenças com os pacientes e com os parentes deles. São momentâneas, por que a gente ama o que faz”.

“É no meu trabalho, não como um todo, mas quando eu tô na assistência com o paciente é que eu me realizo”

São elas que marcam a centralidade do trabalho vivo, no cotidiano dos profissionais pesquisados, cuja relação afetiva entre eles e os usuários parece contribuir para o enfrentamento/subversão dos modos de gestão macro dos processos de trabalho, e das próprias condições físicas e socioafetivas lá predominantes, e que deles resultam. Muito embora eu esteja considerando rotas-ação ocorrendo em nível mais operacional, pois permitiriam o rearranjo dos atos/processos de gestão, estas também se imbricam na composição do trabalho vivo em ato quando consideradas como um paralelo ao conceito de “poder constituinte” alternativo às formas de poder existente (LAZZARATO; NEGRI, 2001).

Desse modo, as declarações acima revelam, ainda, as possíveis rotas-ação postas em movimento pelos profissionais no gerir cotidiano e micropolítico de seu trabalho, marcando a expressão muito mais individual do que coletiva, e mostrando os processos autônomos de constituição de subjetividades alternativas no fazer cotidiano – enquanto um plano de potência – e que colocam em ação novos agires de gestão cotidiana e micropolítica do trabalho desses profissionais.

Ainda assim, o fato de o trabalho não ter perdido a centralidade na vida dos profissionais não significa necessariamente que eles não sintam as consequências das condições por eles vivenciadas em seu cotidiano. Isso pode ser afirmado também com base nos dados descritos anteriormente, apontando que parcela significativa dos A./T. de Enfermagem e Enfermeiros teve desejo de faltar ao trabalho nos últimos três meses anteriores à pesquisa.

Sendo a atuação em saúde fundamentalmente perpassada pelo trabalho vivo em ato e cujo resultado (produto) se dá no momento mesmo da intervenção, caberia perguntar: que tipo de produção de cuidado (intervenção) tem sido realizado na clínica pesquisada? Sendo o território das tecnologias leves o elemento central do processo assistencial e este, por sua vez, eminentemente relacional, daí sua capacidade de não se deixar capturar totalmente, como produzir saúde em um contexto que se apresenta como o até aqui descrito, que mostra um percentual elevado de profissionais (A./T. de Enfermagem e Enfermeiros.) que reconhecem as consequências desfavoráveis das condições físicas e socioafetivas presentes em seu contexto de trabalho, nas relações diárias entre eles próprios e entre eles e os usuários? Que reconhecem, também, a

inviabilidade da gestão dos processos de trabalho que lá se situam?

Frente a essas circunstâncias, é possível uma prática que defenda a vida e a tenha como o principal norteador da produção do cuidado? Se tecnologias leves correspondem a tecnologias das relações e, no caso da saúde, ocorrem entre os indivíduos trabalhadores e entre eles e os usuários, no momento do ato de cuidar, a partir da escuta, da produção de vínculo e acolhimento, etc., então por qual via do universo tecnológico tem operado a produção do cuidado no contexto pesquisado?

Quando os participantes relatam as dificuldades estruturais e intersubjetivas presentes em seu trabalho, parece que a produção do cuidado *se dá* com base na tensão constitutiva características do processo produtivo do cuidado. Embora haja uma tentativa da gestão de impor os procedimentos (saberes especializados estruturados) e/ou equipamentos, bem como os demais arranjos tecnológicos como tendo de ser centrais no ato de cuidar - o que não produz ato “cuidador” (MERHY, 1999), o cenário é constantemente tencionado pelo trabalho vivo, que vaza e transborda construindo linhas de fuga (instituintes) para além das prescrições da gestão dos processos de trabalho levadas a cabo naquele contexto.

Se essa possibilidade é plausível, e levando em conta que a produção do cuidado em saúde não é objetal, mas relacional (intercessora), cabe defender, a exemplo de Franco e Magalhães Jr. (2007), a radical inversão do uso das tecnologias, de duras e leve-duras para leves, também no contexto pesquisado. Ou, como advoga Merhy, uma conformação adequada da relação entre os três tipos de tecnologias para a garantia da qualidade do sistema, cuja expressão se dá em termos de: “maior defesa possível da vida do usuário [...] maior controle dos seus riscos de adoecer ou agravar seu problema [...] e maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de estar no mundo” (p. 308). De modo contrário, os arranjos institucionais presentes no contexto pesquisado, incluindo as condições físicas e socioafetivas, podem gerar uma relação objetal, já que estará em jogo a desafetação/desvinculação do outro e de si próprio.

Relacionados a todos os aspectos até aqui analisados estão os dados referentes à gestão, seja ela a realizada dentro do próprio setor pesquisado, sob a responsabilidade da Coordenação Clínica e da Gerência de Enfermagem, seja a realizada pela Coordenação de Recursos Humanos propriamente dita.

Quanto à Gerência de Enfermagem da unidade pesquisada, esta foi avaliada apenas pelos A./T. de Enfermagem e Enfermagem, pois são os que estão subordinadas à mesma. Quanto aos médicos, esses avaliaram a Coordenação Clínica, responsável pelos

processos de trabalho dos mesmos (Tabela 20). Os demais, por não estarem diretamente subordinados à nenhuma das anteriores, não fizeram tal avaliação.

Assim, os que avaliaram favoravelmente (“Totalmente Favorável” ou “Favorável”) a gestão da unidade, totalizam 07 participantes. Já os que a avaliaram de modo desfavorável compõem um total de 33.

Tabela 20: Distribuição do número de participantes, de acordo com a Avaliação d Modo de Gestão da Unidade

CATEGORIAS	GERÊNCIA / COORDENAÇÃO DA UNIDADE			
	TOTALMENTE FAVORÁVEL	FAVORÁVEL	DESFAVORÁVEL	TOTALMENTE DESFAVORÁVEL
A/T ENF.	02	03	09	11
ENF.	--	02	07	02
MED.	--	--	03	01
TOTAL	02	05	19	14

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Apenas 05 A./T. de Enfermagem avaliaram o gerenciamento de modo favorável - *“a nossa gerência é ótima”; “ela só não faz o que não pode”; “pelo menos eu percebo que as pessoas se esforçam, apesar de ter gente que acha que não tem nada a ver”*. Por outro lado, outros 20 o avaliaram desfavoravelmente. Relatos do tipo: *“nos ouve, mas nada faz. Afinal a direção do HU acha que devemos dar soluções para os nossos problemas”; “todos já aceitaram a ideia de que a gerência nada pode fazer, mas pra mim ela poderia pelo menos se incomodar mais com as dificuldades que passamos”*, foram apresentados pelos participantes.

Entre os Enfermeiros, o total dos que avaliaram o modo de gerenciamento da unidade como favorável foi bem abaixo dos que fizeram tal avaliação apontando-a como desfavorável, muito embora algumas declarações tenham feito referência à Gestão de RH do HU como um todo. Declaração como a que se segue ilustra bem esse aspecto: *“a falta de RH acaba acarretando falhas nos serviços gerenciais devido a necessidade de desenvolver direcionamento da gestão (...) deixando outras ações sem desenvolvimento”*; *“a gente percebe que algumas coisas poderiam ser resolvidas e não são, pois falta iniciativa da gerência”*. Além disso, a ausência de comunicação entre as chefias da unidade também foi relatada, de modo que *“há divisão de chefias no setor, ou seja, temos uma supervisora de enfermagem e uma médica chefe da clínica. Não há uma relação integral entre ambas, além da autonomia que é direcionada apenas a chefe médica. Não há muito envolvimento desta última com as questões do setor. Assim*

as coisas ficam muito difíceis de resolução”.

Quanto à Coordenação Clínica, esta foi avaliada como sendo desfavorável, pois “*a maneira de gestão atual não demonstra capacidade de resolução dos problemas diários*” e lhe “*falta visão administrativa*”. Além do fato de “*sempre querem que a gente dê conta da demanda, não importa como. Ah! por que se não der conta como fica a imagem do hospital?*” (Grifo meu).

Quando a avaliação se voltou para a Coordenação de RH (Tabela 21), número considerável dos A./T. de Enfermagem disse não ter nenhum tipo de conhecimento da política desenvolvida por essa Coordenação, pois “*se tem, não chega aos funcionários*” ou que “*tem muito comunicado e tentativa de fazer treinamentos, mas o foco é regras e normas*”. Por outro lado, 15 declararam conhecê-la apenas parcialmente, uma vez que “*eles até se esforçam, mas é muito trabalho, pouca gente (...) eles se perdem na burocracia*”. Dentre os mesmos, declarações do tipo: “*política de RH eu sei que tem, mas ela é voltada pra questões práticas e de urgência*” e “*a política de RH está defasada, [...] e nunca reúne com os servidores para ouvir as dificuldades, por que não adianta a gente falar só aqui em cima pra chefia imediata*” e que “*aqui o discurso pra justificar o autoritarismo é que a demanda social, dos pacientes tem que ser atendida a todo custo, não importa o que a gente faça ou o que façam com a gente...*” (Grifo meu), também foram anotadas.

Dentre outros aspectos, o que chama atenção nos modos de avaliação da coordenação e/ou a gerência da unidade, é o valor de uso - (determinado sócio-historicamente) com que a produção da saúde tem sido vista - “produto saúde” – no contexto pesquisado parece coadunar exatamente com o que Campos (2007) discute. Segundo ele, “confundir valor de uso com atendimento automático de necessidades sociais é uma armadilha tecnocrática ou mercantil, que dificulta, à maioria, analisar de modo crítico a produção de valores de uso” (CAMPOS, 2007. p. 49). Isso, no entanto, é compreensível se considerarmos novamente o fato de a produção em saúde fazer parte do jogo de desenvolvimento do capital, e como qualquer outro setor produtivo, sofre as influências deste, gerando e acumulando riquezas, com base no desenvolvimento tecnológico, e que orienta, inclusive, as práticas assistenciais dos profissionais de saúde (FRANCO, 1999; 2003).

A partir das práticas reveladas nas declarações acima descritas, e retomando a discussão em torno da inexistência de espaços coletivos no HUIBB, bem como a postulação por mim formulada na presente pesquisa, considero que o uso de mando

como estratégias de gestão dos processos de trabalho (Coordenação de RH, Coordenação Clínica e Gerência de Enfermagem), perdem as potências inscritas no fazer diário que os sujeitos nele implicados colocam em movimento, o que também poderia favorecer estratégias de gestão mais compartilhadas e democráticas; isso sem invalidar o respeito a algumas prescrições relacionadas às regularidades da vida organizacional.

Tabela 21: Distribuição do número de participantes, considerando o Nível de Conhecimento das Políticas de RH.

CATEGORIAS	NÍVEL DE CONHECIMENTO DAS POLÍTICAS DE RH		
	TOTAL	PARCIAL	NENHUM
A/T ENF.	--	06	19
AS. SOCIAL	--	01	--
ENF.	--	03	08
FISIO.	--	01	--
MED.	--	01	03
NUTRI.	--	01	--
PSI.	--	01	--
T.O.	--	01	--
TOTAL	--	15	30

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

Quando o olhar se volta para a avaliação feita por A./T. de Enfermagem, Enfermeiros e Médicos, verificamos que eles se equiparam proporcionalmente, tanto em um sentido quanto em outro. Já os demais profissionais, todos afirmaram conhecer parcialmente a política de RH do HU.

Tabela 22: Distribuição do número de participantes, de acordo com a Avaliação das Políticas de RH

CATEGORIAS	AVALIAÇÃO DAS POLÍTICAS DE RH			
	TOTALMENTE FAVORÁVEL	FAVORÁVEL	DESFAVORÁVEL	TOTALMENTE DESFAVORÁVEL
A/T ENF.	--	--	02	04
AS. SOCIAL	--	--	01	--
ENF.	--	--	03	--
FISIO.	--	--	01	--
MED.	--	--	01	--
NUTRI.	--	01	--	--
PSI.	--	01	--	--
T.O.	--	--	01	--
TOTAL	--	02	09	04

Fonte: Dados da pesquisa (2013).

A política de RH foi avaliada apenas pelos que disseram conhecê-la parcialmente. Desse modo, apenas 02 (Nutricionista e Psicólogo) a consideraram como favorável, pois “o RH faz o que pode e às vezes a gente só quer criticar”. Também foi dito que “são profissionais atuantes com vínculo com a UFPA, através de concurso, profissionais controlados com regime celetista da FADESP, através de seleção feita no RH e chefia imediata da clínica”.

Quanto aos demais, (09) consideraram a política ou como “desfavorável” ou como “totalmente desfavorável” (04). Para eles, a coordenação “quase nunca sai da sala”; “raramente a coordenação vem ao serviço [...] que eu lembre, nunca vi ela por aqui”. Também foi citada a “preocupação exacerbada com procedimentos e regras, bem como com controles sem ver o lado dos funcionários como um todo”. Além disso, foi relatado que: “a gente nunca é chamado pra ser ouvido, mesmo que a situação esteja relacionada com a gente”, e isso faz com que se sintam “injustiçados pela forma como os funcionários são tratados, à distância”.

Relatos sobre o fato de a política ser “péssima” ou “pouco resolutive”, e que “não visualiza o processo de trabalho”, ou ainda, que “a seleção de pessoal, precisa melhorar porque ainda tem influências pessoais”, estiveram dentre aqueles que a avaliaram de modo diferente dos primeiros. Também foi apontado que “ela não aparece aqui na ‘ponta’ e o que eu vejo é que uns sofrem esse impacto muito mais do que outros”.

Interessante registrar que uma das falas representativas desse modo de avaliar as políticas de RH mostrou que a mesma “tem apenas tentativas de ser diferente da política da gestão anterior, com uma maior abertura, mas que ainda não apareceu na prática como essa abertura ocorrerá”. Além disso, declarações da Coordenação clínica, acerca da política de RH do hospital, deixaram claro que “a direção tem dado condições para **repensarmos** as nossas condições de trabalho, apesar de não resolvê-las” (**Grifo meu**).

Por último, e não menos importante, há de ser abordada a avaliação feita pelos participantes acerca do processo de comunicação entre eles e as Coordenações (Clínica e de RH) e a Gerência. Ao contrário dos Médicos, que disseram não ter nenhum tipo de canal de comunicação com as Coordenações (Clínica e de RH) todos os Enfermeiros e A./T. de Enfermagem disseram ter essa possibilidade com a Gerência de Enfermagem (“feita diretamente, em reuniões ou diariamente” ou “por meio do livro de ocorrência”; “nos contatos diários, quando há mais urgência”). No entanto, apenas os Enfermeiros

afirmaram, por unanimidade, a mesma possibilidade com a Coordenação de RH (“*ir diretamente na sala da coordenação*”; “*todas as vezes que necessitamos de diálogo*” ou “*por meio de solicitação escrita*” e “*quando há algum problema*”).

Frente a essa constatação, cabe perguntar: por que os Médicos não fazem o mesmo uso do tipo de canal de comunicação que as demais categorias profissionais fazem, mesmo que esse canal se configure da forma como foi relatado? Considerando que eles são os profissionais que menos relataram sofrer influências das condições físicas e socioafetivas presentes no trabalho, mesmo as tendo avaliado de forma desfavorável (Tabelas 16, 17, 18 e 19), suponho que o fato de serem, historicamente, os que contam com certos privilégios (horário flexível, maior autonomia em suas práticas, e a “eterna” desconsideração pelo trabalho da enfermagem) que as demais categorias não têm, contribua para que os mesmos não sintam tal necessidade, que parece tão premente nas demais, e particularmente sentida, ou utilizada como modo de enfrentamento, pela Enfermagem, que tem em uma Enfermeira a Coordenação do RH (Ver discussão abaixo).

De modo geral, percebe-se que mesmo o menor número de participantes, em cada categoria profissional que conhece apenas parcialmente a política de RH do hospital (Tabela 21) a avaliaram de modo desfavorável. Um aspecto nessa constatação saltou aos olhos: a avaliação feita pelos Enfermeiros, seja com relação à Gerência do serviço, seja com relação à Coordenação de RH. Isto é, a grande maioria dos participantes dessa categoria avaliou desfavoravelmente a Gerência (Tabela 20), e os que disseram conhecer mesmo parcialmente a política de RH do hospital, também a avaliaram de modo desfavorável (Tabela 22). Uma possível explicação para esse fato reside na possibilidade de haver uma disputa interna pelo poder nesta categoria (e aqui está um exemplo concreto do “jogo entre os insubordinados”, citado ainda na introdução do presente trabalho); isso considerando que a Gerência da Enfermagem e a Coordenação de RH são funções atualmente ocupadas por Enfermeiras.

Embora os dados sejam insuficientes e mesmo inconsistentes acerca dessa possibilidade, já foi dito anteriormente (CECILIO, 1997; 1999), que dentro desse grupo - que é um dos que co-habitam o espaço corporativo das organizações de saúde - há linhas de poder que são desveladas quando se olha para a verticalidade do comando, o que não acontece, por exemplo, quando se olha a relação entre ele e os outros grupos também presentes nesses espaços. Tal possibilidade é reforçada por declarações como: “*todos já aceitaram a ideia de que a gerência nada pode fazer, mas pra mim ela*

poderia pelo menos se incomodar mais com as dificuldades que passamos” e “quase nunca sai da sala”; “raramente a coordenação vem ao serviço [...] que eu lembre, nunca vi ela por aqui”; ou ainda “tenho até vergonha de saber que é uma enfermeira”. Também foi citada a “preocupação exacerbada com procedimentos e regras, bem como com controles sem ver o lado dos funcionários como um todo” ou “mudaria todo o gerenciamento do hospital [...] principalmente o RH e a daqui de cima”

Quando as práticas da gerência da enfermagem são olhadas, e de novo - coincidência ou não, a coordenação de recursos humanos também é ocupada por uma enfermeira -, elas deixam claro o que historicamente tem sido adotado por elas, quando ocupam esse lugar. Ou seja, baseiam sua atuação nos princípios da Escola de Administração Científica e Clássica, preconizados por Taylor e Fayol em meados do século XIX e que vêm influenciando a Enfermagem desde a sua institucionalização.

A forma racionalizada da organização do trabalho (lógica do controle) determina o modo como os trabalhadores devem exercer suas tarefas, centralizando as ações do gerente na supervisão da equipe. Nesse tipo de prática, a supervisão é por elas utilizada como dispositivo de controle dos processos de trabalho e do comportamento formal dos seus supervisionados, o que dificulta o exercício da gerência compartilhada (SPAGNOL, 2002; 2005; FERNANDES *et al.*, 2003; FERRAZ, 1995).

Para além desses aspectos, também é importante notar os arranjos institucionais de gestão presentes no contexto analisado. Tais arranjos podem ser traduzidos nas práticas de gestão desenvolvidas pela Gerência de Enfermagem e pelas Coordenações Clínica e de RH. Elas parecem se constituir enquanto práticas pouco democráticas - e parte considerável das declarações transcritas acima o fala por si só. Isto fica claro quando são desveladas a centralização do poder nas mãos das chefias, a quase ausência de comunicação entre elas próprias (horizontal) e entre elas e os demais profissionais (vertical). Tais práticas são explicitadas em declarações do tipo: *“que as coordenações, principalmente a de RH e a diretoria geral, possam dar mais atenção pra todos os profissionais do hospital, fazendo com eles uma parceria, e não uma desarmonia, cada um na sua sala esperando a gente ir lá falar de problemas”*.

Também pôde ser notada a tentativa de controle exacerbado sobre a realização de procedimentos técnicos e com o comportamento formal dos funcionários, o que denota o que tenho considerado como controle dos processos de trabalho. Exercidos a partir de uma hierarquia verticalizada, de cima para baixo, numa verdadeira acepção aos organogramas clássicos (basta recorreremos ao organograma do HU), esses controles são

idealizados como modo de sustentar e manter o desejo que a gestão tem de operar, de modo efetivo, o sistema de saúde que está sob sua tutela.

Apesar das considerações acima, quando olhamos mais detidamente para as declarações feitas pela Coordenação clínica, vemos que sempre denotaram uma posição um tanto quanto distanciada da gestão, e muito mais próxima do cotidiano dos trabalhadores por ela gerenciados e/ou da clínica de modo geral. Esse aspecto, muito embora não percebido por esses últimos ao avaliarem esta coordenação, provavelmente está ancorado na sua vivência diária do serviço e, portanto, do trabalho cotidiano dos profissionais e das dificuldades por eles enfrentadas, se comparada com os demais gestores, particularmente a Coordenação de RH.

Parece que embora tenha clareza desses aspectos enfrentados pelos demais profissionais e se solidarizar com os mesmos, seu poder de resolução e decisão provavelmente fica restrito às questões mais imediatas do serviço do que para além dele, que dependem de outros atores organizacionais.

Assim, de uma forma ou de outra, o fato é que essa Coordenação, ao ser solicitada a contribuir com algo a mais que não havia sido abordado no instrumento de pesquisa, relatou que *“o RH poderia ouvir qual a realidade vivenciada pelos funcionários neste momento de tanta dificuldade em que **penamos** com várias deficiências que **nos deixam** abalados emocionalmente” (Grifo meu)*

Por outro lado, a Coordenação de RH apresentou a política desenvolvida pelo setor como procurando *“dar conta de um vasto cronograma de atividades que facilitam a gestão de pessoas no dia a dia, pois tem nas relações humanas – horizontais e verticais – considerando o diálogo como o grande articulador, a base para a produção da escuta”*. Segundo essa Coordenação, diversos projetos e campanhas têm sido desenvolvidos, em parceria com o GT de Humanização, com a Coordenadoria de Saúde e Segurança do Trabalho e com a PROGEP (Pró-Reitoria de Gestão de Pessoal – UFPA). Dentre eles, foram citados: *“ginástica laboral; dança de salão; festa junina; campanha de prevenção e promoção de saúde; campanha de combate ao diabetes, fumo e tuberculose; Saúde do trabalhador, cuja mudança foi processada para se efetivar como uma política, ao invés de apenas uma ação de gestão, e que pudesse dar conta do fortalecimento do psicossocial”*.

Considerando a política descrita acima, percebemos que ela parece estar distanciada da necessidade premente dos profissionais do HU, posto que se resume, quase na sua totalidade e pelo menos como foi descrita, à promoção de eventos,

campanhas e atividades que, longe de serem consideradas desnecessárias, não coadunam com uma política de gestão efetiva e democrática, com a possibilidade de “inserir a produção do político na criação do social” (NEGRI, 2002. p. 87). Portanto, que possa enfrentar a dificuldade de congregar a multiplicidade de interesse dos diferentes atores envolvidos, pactuando mecanismos de envolvimento e negociação, com vistas, inclusive, ao funcionamento organizacional.

É preciso, para isso, afastar-se da racionalidade da ação gerencial que teima em manter o olhar no “dito e escrito”, no que está posto; instituído. É preciso aproximar-se dos ruídos institucionais (e as falas aqui apresentadas se constituem em exemplos desse ruído) e tentar olhar a organização com as mesmas lentes que o trabalhador a está vendo. É necessário, portanto, perceber os movimentos *instituintes* que se inter cruzam com os *instituídos*, não apenas para formar novas configurações organizacionais, mas também confirmar as existentes, capturantes territórios de poder. Finalmente, é necessário o “olhar bisbilhoteiro” que, como já foi dito acima, atento aos “pequenos nada” veja a *instituição*, isto é, a produção e a reprodução das relações sociais dominantes, tanto nos pequenos grupos como na estrutura das organizações.

Portanto, considero as configurações organizacionais aqui apresentadas, e direta e indiretamente relacionadas à gestão dos processos de trabalho no locus da pesquisa, como um forte indício do comparecimento da reestruturação produtiva, entendida de acordo com Merhy e Franco (2008).

Para esses autores, são as novidades que têm sido inseridas nos sistemas produtivos que impactam os processos de trabalho e geram mudança no modo de elaboração dos produtos e, “efetivamente até mudam a forma de assistir as pessoas” (p. 87). Operando de diversos modos e, portanto, sem uma determinação apriorística, afirmam que elas podem ser verificadas a partir do momento em que dão nova conformação estrutural para a produção e organização dos processos de trabalho, geralmente alterando a conformação tecnológica do processo produtivo e introduzindo mudanças organizacionais nos mesmos.

Assim, essa alteração também se faz notar de modo mais intenso e estratégico, no contexto pesquisado, com a gestão dos processos de trabalho articulando-se aos territórios tecnológicos não materiais (leve-duras e leves). Vemos, por exemplo, as normas, rotinas, protocolos, máquinas e equipamentos ocupando muito mais a agenda da gestão do que propriamente o próprio produzir atos de saúde, como observado anteriormente: “*sabemos que é fundamental (...) dão mais importância a tudo isso; às*

máquinas do que a nós próprios... ou então nós também somos máquina?”.

É essa a dimensão do trabalho vivo em ato; seu núcleo tecnológico; sua capacidade de produção de novas conformações dos atos de saúde e o seu lugar na construção de processos produtivos que tem sido o foco da tentativa de captura (MERHY, 2002).

Essas são as características defendidas por mim como sendo marcantes em modos de gerenciamento de equipes dentro das organizações de saúde e que se configuram, em última instância, como tentativa de controle dos processos de trabalho. No ambiente pesquisado, essa tentativa parece aumentar ainda mais a tensão própria e constitutiva dos atos de produção de saúde, uma vez que nele também operam a potência inscrita nesses atos como constituinte de novas subjetividades, dos profissionais e dos próprios usuários.

De qualquer modo, vemos, por exemplo, que existe uma ausência de espaços coletivos onde os profissionais de saúde, gestores de seus próprios afazeres e a gestão propriamente dita possam dialogar entre si e buscar uma atuação, portanto, uma produção do cuidado, que esteja compromissada com o cuidado de si próprios e dos usuários.

Não é por acaso, também, que se lhes é permitido falar, que falem de forma individual, diretamente ou por escrito (“*tem que formalizar*” ou “*formalize sua queixa!*”); ou ainda, em menor número possível, como modo de calar as falas coletivas que possam de algum modo mobilizar rotas-ação coletivas que carreguem consigo a possibilidade de autonomia dos sujeitos nelas implicados.

A seguir, são feitas as considerações “incidentais”. Nelas retomo as questões que guiaram o estudo e como as mesmas passaram a se apresentar no momento em que o território por mim navegado se apresentou às “lentes do possível”. Desse modo, apresento uma impressão pontual sobre alguns dos diversos aspectos já discutidos anteriormente. Além disso, também descrevo, brevemente, o que a pesquisa significou para mim enquanto ser implicado no/do mundo e para onde podem me levar.

CAPÍTULO VII

Uma retomada do percurso: onde me foi possível chegar

[574] – 12/12/1919

Pousa um momento,
Um só momento em mim,
Não só o olhar, também o
Pensamento
Que a vida tenha fim
Nesse momento!

No olhar a alma também
Olhando-me, e eu a ver
Tudo quanto de ti teu olhar tem
A ver até esquecer
Que tu és tu também

Só tua alma! Sem tu
Só o teu pensamento
E eu vendo, alma sem eu
Tudo o que sou
Fico com o momento
E o momento parou.

Fernando Pessoa

In: Poesias Colligidas – inéditas (1999-1935)

VII.1- CONSIDERAÇÕES “INCIDENTAIS”

As considerações ora apresentadas o são como uma música de fundo que, embora executada sob um segundo plano em relação à cena principal, não deixam de ter importância dentro do contexto geral de sua inserção. Assim, olhando para o cotidiano dos profissionais de saúde, por meio de suas conversas, relatos, escritos, registros, ditos e “não-ditos” procurei perceber, através das “lentes do possível”, algumas marcas presentes em seu cotidiano, particularmente aquelas ligadas à gestão dos processos de trabalho, e possivelmente produzidas a partir dos modos como ele vem sendo organizado. Embora esse olhar tenha tido algumas concepções como ponto de partida, tais como a problemática levantada, a hipótese dela originada, bem como os objetivos e os próprios conceitos ferramenta que até aqui me acompanharam, elas não se constituíram como ponto de ancoragem final.

Obviamente que ao partir também as tinha em minhas mãos, como um navegador tem, nas suas, um mapa e uma bússola como seus fiéis escudeiros. Procurando um norte que me permitisse chegar a um determinado lugar, parti “com o nariz apontando em uma direção” que me levasse a um porto onde eu pudesse ancorar... Mas os encontros tidos nessa jornada me fizeram abandonar alguns caminhos anteriormente traçados, linhas que inicialmente pareciam necessárias serem seguidas, mas que depois revelaram que nem tanto o deveriam ser. Outros permaneceram se mostrando interessantes, pelo menos de acordo com a bússola, digo, lentes, por mim utilizada. Segui em frente... Mas a vida se interpôs no mar de navegação e eu topei viver a sua desafiante incerteza. Afinal navegar é preciso, mas viver...

Foi assim que o desafio se impôs, fazendo com que eu voltasse constantemente as lentes do possível para mim, como modo de me perceber como um sujeito (da)naquele mundo. Como forma de olhar para o lugar que passei a ocupar; que busquei e que me foi designado ocupar. E ao fazer isso, pude me perceber como um dos protagonistas da produção do porto que eu buscava ancoragem, mas com uma diferença: agora eu estava por dentro do processo de produção do caminho e do próprio porto, que também se revelou como não sendo tão seguro assim.

E ao me deixar afetar pela vida, dentro e fora do território marítimo por mim navegado, fui construindo a reflexão sobre o modo como a gestão dos processos de trabalho tem se efetivado nesse território e sua relação com o cotidiano de atuação dos profissionais de saúde que também navegavam por lá. Em se tratando de possibilidades

múltiplas produzidas pelos arranjos institucionais, também intentei perceber como eles se situavam frente a tais arranjos (de gestão).

Ao fazer isso, pude perceber que o porto que eu almejava estava no próprio caminho por mim produzido ou, na melhor das hipóteses, ele seria construído durante o percurso que eu fizesse. Por isso, ao seguir, verifiquei que alguns caminhos inicialmente traçados tiveram de ser ou abandonados ou se imbricaram em outros.

Assim, por exemplo, as práticas de gestão, tanto as da Coordenação de RH, quanto às da Coordenação clínica e da Gerência de enfermagem foram se revelando como sendo exercitadas de modo rígido e inflexível no contexto de trabalho dos profissionais - lógica que tem sido bastante marcante em instituições de saúde como os hospitais.

É bem verdade que a gestão do HU está inserida dentro de um contexto político e social maior que em grande parte determina suas ações. Nesse sentido, a existência de um número insuficiente de profissionais de saúde e de um dimensionamento desfavorável, bem como dos diversos tipos de vínculos e de profissionais com mais de um vínculo de trabalho para além do HUIBB, faz com que a gestão tente lançar mãos de estratégias que possam garantir a viabilização dessa instituição. O próprio MS reconhece que a adoção de uma política de precarização das relações de trabalho, mediante determinadas formas de contratação, implica na fragilização da qualidade de comprometimento e nos serviços prestados.

Há, inclusive, o empenho em desenvolver ações de valorização do trabalhador, como o Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS (BRASIL, 2006), cujo principal objetivo é formular políticas de eliminação do trabalho precário. No entanto, embora tenha sido afirmado que as práticas de gestão estão assentadas “*nas relações humanas – horizontais e verticais – considerando o diálogo como o grande articulador, a base para a produção da escuta*”, o sentimento de insatisfação com relação ao modo verticalizado como as decisões são tomadas se revelaram como precarização do trabalho, mesmo que tais práticas estejam diametralmente opostas ao que preconiza um dos aspectos da Política de Humanização do SUS (co-participação dos sujeitos no processo decisório).

As práticas encontradas também apareceram como que fundadas pela racionalidade gerencial hegemônica, que se espalha para todo e qualquer modo de produção contemporâneo, vinculado direta ou indiretamente à produção e reprodução do capital. Assim, os mecanismos de controle que operam dentro do território navegado,

em grande medida, são característicos do clássico modelo taylorista-fordista, da administração clássica e do modelo burocrático - ou de suas diferentes variações (CAMPOS, 2000). A tentativa de operar o sistema de saúde, e a instituição pesquisada de modo particular, com a eficiência desejada, vem se caracterizando de acordo com o projeto aqui considerado como sendo “o novo espírito do taylorismo”. Além disso, ainda que se tente equacionar as diferenças existentes por meio da verdadeira “operação gestonária” em que as ações de gestão subverteram-se, a existência da disputa entre projetos em busca de autonomia individual e de projetos corporativos, geralmente antagônicos, relacionados às diversas categorias profissionais, e cuja autonomia é operada longe dos centros de controle, tem se configurado como um entrave a mais a essa tentativa.

Portanto, o estilo de gerência tradicional não tem permitido aos trabalhadores a criação de espaços coletivos de gestão, onde possam atuar como atores sociais, compartilhando o processo decisório e adquirindo capacidade coletiva de análise para resolverem seus problemas e identificarem suas demandas. Ou, como “coletivos organizados de produção da saúde [...] agrupamentos articulados por um fim [...] produção de encontro, de intercâmbio, de provocações, de alteridade”, sem relações serializadas entre as pessoas para construir linhas de fuga do que está posto, com linhas que “se organizam e desorganizam para assegurar sua produtividade” (CECCIM, 2005, p. 170).

Esses arranjos, aliados à precarização das condições físicas e socioafetivas do ambiente de trabalho, têm exposto os profissionais a consequências deles resultantes, tais como problemas psicossomáticos e a desafetação/desvinculação do outro. Assim, as lentes do possível foram revelando que pelo menos parte dos navegadores tem se “ancorado” em formas de “reapropriação” via desvinculação do outro – usuário – passando a vincular-se/afetar-se por outras vias, mais autoprotetoras de sua saúde física e mental.

Com pouca possibilidade do exercício acima considerado se efetivar por meio de rotas-ação, pelo menos em suas relações com a gestão, essas apareceram sendo exercidas (mesmo que muito mais individuais do que coletivas) por meio da centralidade ocupada pelo trabalho vivo produtor de atos de saúde, no poder de gestão que eles mesmos têm quando operam seus afazeres diários, no momento central da relação intercessora entre eles e o usuário. Mostrando, portanto, a potência inscrita nos processos de constituição de subjetividades alternativas no fazer cotidiano.

Aos que não conseguem sair por rotas-ação, nem mesmo exercê-la por meio da potência subjetivante do trabalho vivo, lhes parece restar apenas os adoecimentos para efeito de afastamento “por motivo de doença” (de quem?) e/ou o desejo de faltar ao serviço.

Portanto, a superação do desafio que diz respeito à proposição de um modelo de gestão que possa aliar a sobrevivência do sistema, leia-se também das instituições de saúde propriamente ditas, com uma assistência qualificada, e a realização dos que nela estão inseridos, permanece em aberto. Tal desafio parece ficar alargado, dadas as características idiossincráticas dessas instituições, consideradas como profissionais (complexas) em cujo interior há forte evidência da existência de projetos político-corporativos diversificados e quase sempre antagônicos.

Além desse desafio, e como consequência dele, dever-se-ia gerenciar os serviços com o intuito de promover aos trabalhadores maior grau possível de autonomia, criatividade e identificação com o trabalho (fazer-lhes participar do todo da terapêutica). É nesse sentido que se tem dado atenção especial ao território das tecnologias leves – fortemente marcadas pelo aspecto relacional - como um elemento fundamental de gestão. É exatamente nesse território – onde estão situados a produção de autonomia dos atores envolvidos, vínculos, acolhimentos e administração dos processos de trabalho, como forma de governo – que tem ocorrido a reestruturação produtiva no setor saúde (MERHY, 2002).

Se nas instituições hospitalares o poder decisório está nas áreas assistenciais, dada sua qualificação e autonomia no trabalho, o que os permite a não subordinação às chefias (MATOS; PIRES, 2006), no contexto pesquisado esse poder parece não residir nas tomadas de decisão para além do momento da produção do cuidado, mesmo que a sua dinâmica ainda seja levada em conta.

De certa forma, embora isso ainda possa soar como favorável, a questão que se coloca é, novamente, que tipo de cuidado tem sido produzido nesse contexto, se parece existir uma cisão entre os produtores (de cuidado) e o momento (antecedente) de pensar ações que são estratégicas para esse momento?

Vale pensar, aqui, o modo característico pelo qual os Colegiados de Gestão têm sido tomados. Como alternativas que possibilitam maior inserção nas tomadas de decisão, superando o paradigma clássico da administração pública. No entanto, esses espaços continuam, e não poderia ser diferente, marcados pelo jogo de saber-poder de quem neles se situa, girando em torno do que se tem e pode contar (apoio técnico,

infraestrutura, etc., e conhecimento técnico e administrativo, por exemplo), o que invariavelmente irá refletir, favorável ou desfavoravelmente, na participação política, incluindo a autonomia dos posicionamentos expressos. Então, no HUIBB, um dos momentos antecedente também se constitui como uma arena política cujas deliberações se fundam naquele jogo e, a partir dele, tem se configurado como um espaço de negociação muito mais de interesses de pequenos grupos do que propriamente dos trabalhadores em geral, pois é necessário escolher novos representantes que *“estão na luta (...) por um Conselho Gestor Democrático e com voz para as reivindicações da categoria”*, anuncia mais uma tentativa de construir e reconstruir a arena via rotas-ação. Que os permita, finalmente, deixar de ser cooptados (*“capachos da administração”*) construir o político na criação do social (NEGRI, 2002), e *“acabar com esse bando de despreparado!”*, branda um dos candidatos à representação coletiva no Colegiado.

Nesse ponto, defendo uma relação dialógica entre trabalhadores e gestores, pois como cuidar do outro (usuário) com humanidade, se o tempo que antecede aquele encontro não é humano para quem cuida? Ou, dito de outra forma: como comparecer a um encontro, marcado por intersubjetividades, se o tempo histórico anterior a ele é embrutecedor para o sujeito? Como instaurar a humanidade no cuidado, ou produzir atos de cuidado, se a própria humanidade (lê-se trabalho) dos trabalhadores em saúde está reduzida a um conjunto de prescrições tecnicistas a serem cumpridas, e que tenta alijá-los da formulação do próprio modo de fazer e gerir o trabalho. Tenta subjetivá-los de modo a apreender sua potência criadora no trabalho.

A transposição dessa realidade seria traduzida em realização existencial e profissional dos trabalhadores em saúde. Tal realização dar-se-ia, inicialmente, com o rompimento das estruturas de poder presentes nas instituições de saúde, que têm tido lugar desde sua tenra idade. Afinal, a prática do isolamento, da despersonalização e de submissão disciplinar dos corpos (e subjetividade), emblemática do surgimento da medicina moderna (social) e definida como biopolítica, também e primeiramente, recaiu sobre os corpos enquanto força de produção, força de trabalho, e parece teimar em persistir ainda hoje, embora com outra configuração. Se assim o for, não é de se estranhar que a alienação, o descompromisso com a cura e com a promoção de saúde não são mais exceções à regra, mas se constituem quase que em marcas da medicina moderna e dos serviços de saúde em sentido mais geral (CAMPOS, 2002).

O controle dos processos de trabalho em saúde não pode prescindir do seu caráter coletivo. Se isso ocorre, o campo de competência (saberes e responsabilidades

comuns às várias profissões) certamente será desconsiderado em detrimento ao núcleo de competência (conjunto de saberes de domínio próprio a uma dada profissão). Perde-se, portanto, a perspectiva política de coordenação institucional que visa à garantia de um dado modelo técnico assistencial, com uma dada coordenação do trabalho em saúde que não fira a autonomia dos produtores de cuidado.

Se política, portanto é ideológica e envolve conflitos de interesse e a disputa de espaço e poder. Ainda assim, deveria ser debatida em nível institucional. Mas a quem interessa calar as falas coletivas que possam mobilizar rotas-ação como produtoras de autonomia? Por outro lado, que falas são essas, coletivas e/ou individuais, que se mantêm caladas ou que têm falado de outro modo que não o velado? Ruídos que não ocupam a agenda da gestão. E por que não ocupam?

E se assim o for, o que esse modo de falar, velado, nos quer dizer a respeito das práticas dos “coletivos” implicados nos atos assistenciais situados na clínica pesquisada?

Essas e as demais questões aqui apresentadas são para serem respondidas? Sem dúvida! Mas por quem? A quem há de interessar respondê-las? Os caminhos estão abertos, e as possibilidades de *respostas* têm se apresentado. Os apontamentos até aqui realizados podem se configurar como uma dentre as demais possíveis, que embora necessárias, não serão suficientes, talvez.

O fato é que a chegada ainda não se fez! O porto? Ah, se ele existe, ainda não fui eu quem consegui a ancoragem segura. Mas certamente, já no meio do caminho, perpassado pela vida pulsante do cotidiano do hospital, e mais especificamente do serviço, logo percebi que ele nunca chegaria. Ainda assim, logo percebi que “meu nariz” não poderia ter apontado para outro lugar se não aquele. Por isso a aceitação imediata de se deixar afetar pela vida.

Vida que me trouxe até aqui sem certezas, como é típico dela, a gente sabe. Mas chego... e mal chego, já parto. Parto sabendo que sou alguém que nunca pensou em se tornar o que é, mas que sempre agiu como quem queria ser. Por isso levo o sentimento de “esse pode ter sido o melhor lugar onde eu poderia vir!”.

Por tudo, sinto a possibilidade desse lugar ser parte daquilo que chamo de “um mundo melhor”, construído a partir da subversão de valores instituídos, e fundamentalmente, sabedor que esse mundo também se instituirá. Ele é um *devoir!*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVES, G. *A natureza do capital*, 2007. (Mimeo)
- _____, G. *O novo e precário mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo*. São Paulo: Boitempo Editorial, 2005.
- _____. *Dimensões da Reestruturação Produtiva: ensaios de sociologia do trabalho*. 2ª edição – Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2007.
- _____. *A condição de proletariadade: a precarização do trabalho no capitalismo global*. Londrina: Praxis; Bauru: Canal 6, 2009.
- ANSEMI, M. L.; ANGERAMI, E. L. S. e GOMES, E. L. R. Rotatividade dos trabalhadores de enfermagem nos hospitais do Município de Ribeirão Preto. *Rev. Panam Salud Pública*, 1997; 2:44-50.
- ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 1ª Edição. São Paulo: Boitempo Editorial, 1999.
- _____. *Adeus ao trabalho?: Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 7ª edição. São Paulo: Cortez, 2000.
- _____. *Os sentidos do trabalho: Ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. 9ª edição. São Paulo: Boitempo Editorial, 2007.
- ARAÚJO, L. M.; MACHADO, M. H.; VITALINO, H. A.; PAIVA, J. e TOLOZA, D. C. Para subsidiar a discussão sobre a despreciação do trabalho no SUS. *Cadernos RH Saúde*. Vol. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. pp. 163-174.
- ARIAS, E. H. L.; VITALINO, H. A.; MACHADO, M. H.; FILHO, W. A. e CRUZ, L. A. M.. Gestão do trabalho no SUS. *Cadernos RH Saúde*. Vol. 3, n. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. p. 119-124.
- AROUCA, A. S. A reforma sanitária brasileira. *Tema. Radis*, 11: 2-4, 1988.
- AZEVEDO, L. C. L. *A neonatologia de alto risco e a micropolítica do processo de trabalho em saúde*. 2002. Monografia (Especialização em Saúde Pública) – Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio / Fiocruz.
- BARROS, V. C. A. *A relação entre o significado do trabalho e o comprometimento o trabalho: estudo empírico com trabalhadores de uma distribuidora de petróleo do NE*. Natal, 2002. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN.
- BAPTISTA, T. V F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: Escola Politécnica em Saúde Joaquim

- Venâncio (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 11-41.
- BLAU, P. M. e SCOTT, W. R. *Organizações formais*. São Paulo: Atlas, 1979.
- BORELLI, F. R. G. *A rotatividade dos profissionais de saúde na zona rural de Sergipe: Um problema a ser enfrentado*. Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz
- BORGES, L. O. *O significado do trabalho e a socialização organizacional: Um estudo empírico entre trabalhadores da construção habitacional e de redes de supermercados*. Brasília, 1998. Tese (Doutorado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.
- BORGES, L. O. e ALVES-FILHO, A. A mensuração da motivação e do significado do trabalho. *Estudos de Psicologia*, 6(2), p. 177-194, 2001.
- BORGES, L. O; TAMAYO, A. e FILHO, A. A. Significado do trabalho entre profissionais de saúde. In: Borges, L. O. (Org.). *Os profissionais de saúde e seu trabalho*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005. p. 143-197.
- BOURDIEU, Pierre. *A economia das trocas simbólicas*. 5ª Edição. São Paulo: Perspectiva, 2001.
- BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Lei Orgânica da Saúde. Lei 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Brasília. Presidência da República, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde. Agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004e.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *Gestão do trabalho e da regulação profissional em saúde. Agenda positiva do Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2005e.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. *PCCS – SUS: diretrizes nacionais para a instituição de planos de carreiras, cargos e salários no âmbito do Sistema Único de Saúde*. Ministério da Saúde, Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. 51 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da regulação do trabalho em Saúde. *Câmara de regulação do trabalho em saúde*. Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da regulação do trabalho em Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006h. 34p. – (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. *Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS - DesprecarizaSUS: perguntas e respostas*. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006i 32 p. : il. – (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. *Programa Multiplica SUS: curso básico sobre o SUS: (re)descobrimos o SUS que temos para construirmos o SUS que queremos*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão; Ministério da Educação; Ministério da Saúde. Decreto Nº 7.082, de 27 de janeiro de 2010. *Institui o Programa Nacional de Reestruturação dos Hospitais Universitários Federais- REHUF, dispõe sobre o financiamento compartilhado dos hospitais universitários federais entre as áreas da educação e da saúde e disciplina o regime da pactuação global com esses hospitais*. Brasília. Presidência da República, 2010.

BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. Tradução de Nathanael C. Caixeiro. 3ª Edição. Rio de Janeiro: LAIXEIRO. LTC - Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1987.

BRESSE-PEREIRA, L. C. *Reforma do Estado para a cidadania: A reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. São Paulo: Ed. 34; Brasília: ENAP, 1998.

_____. Reforma administrativa do sistema de saúde. Trabalho apresentado ao Colóquio Técnico prévio à XXV Reunião do Conselho Diretivo do CLAD. Buenos Aires, 25 de

outubro, 1995b. Publicado como *Cadernos MARE da Reforma do Estado*, nº 13, março de 1998.

CALDAS JÚNIOR, A. L. *Crise nos hospitais universitários: estratégias de privatização*. Associação Profissional dos docentes da UFMG, Belo Horizonte, nº 18, p. 95 -110, dez de 1999.

CAMPOS, C. V. A. e MALIK, A. M. Satisfação no trabalho e rotatividade dos médicos do Programa Saúde da Família. *Rev. Adm. Pública*, 2008; 42:347-68.

CAMPOS, G. W. S. *A Saúde pública e a defesa da vida*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994b.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: A constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições – o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em Debate; 131)

_____. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. (Saúde em Debate; 150)

_____. *Reforma da reforma: Repensando a saúde*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006. 220 p.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: E. E. Merhy e R. Onocko (Orgs.). *Agir em saúde: Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112. (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6)

_____. O anti-Taylor: Sobre a invenção de um método para co-governar instituições de saúde produzindo liberdade e compromisso. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(4):863-870, 1998.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p. (Saúde em Debate; 131).

CAMPOS, F. E.; OLIVEIRA JÚNIOR, M. e TONON, L. M. (Orgs.). *Cadernos de Saúde. Planejamento e Gestão em Saúde*. Belo Horizonte: Coopmed, 1998. Cap. 2, p. 11-26.

CARLEIAL, L. e VALLE, R. (Orgs.). *Reestruturação produtiva e mercado de trabalho no Brasil*. São Paulo, Hucitec, 1997, 510 p.

CARMO, M. *Hospitais universitários e integração ao Sistema Único de Saúde: Estudo de caso - hospital das clínicas da UFMG - 1996 a 2004*, 2006. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública – Políticas de Saúde e Planejamento) - Universidade Federal de Minas Gerais, Minas Gerais.

CASTEL, R. *As Metamorfoses da Questão Social: Uma Crônica do Salário*. Petrópolis:

Editora Vozes, 1998b.

CECCIM, R. B. Onde se lê “Recursos humanos em saúde”, leia-se “Coletivos organizados de Produção da Saúde”: Desafios para a educação. In: R. Pinheiro e R. de A. Mattos. *A construção social da demanda*. Rio de Janeiro: IMS/UERJ-ABRASCO. Parte II, 2005. p. 161-180.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(3): 469-478, 1997.

_____. Autonomia versus controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciência & Saúde Coletiva* 4(2): 315-329, 1999.

CEFOR. *Breve histórico das políticas de saúde no Brasil*. São Paulo: [s/n], 19--? (Mimeo)

CLEMENTE, B. T. *Cronologia histórica dos hospitais universitários*. Salvador, 1998.

CODO, W. O papel do psicólogo na organização industrial (notas sobre o “lobo mau” da psicologia). In: S. T. Lane e W. Codo (Orgs.). *Psicologia social: O homem em movimento*. 9ª Ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

_____. (Org.). *Por uma psicologia do trabalho: Ensaio escolhidos*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 7. *Relatório Final*. Brasília: MS, 1980.

CORDEIRO, H. *As empresas médicas*. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. Descentralização, universalidade e equidade nas reformas da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 6(2): 319-328, 2001.

CORIAT, B. (1992a). *El taller y el robot: ensayos sobre el fordismo y la producción en masa en la era de la electrónica*. México: Sigio XXI.

_____. (1992b). *Pensar al revés (Trabajo y organización em la empresa japonesa)*, México/Espanha: Sigio XXI.

COSTA, J. F. *Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.

_____. *História da psiquiatria no Brasil: um recorte ideológico*. Rio de Janeiro: Xenon, 1989.

CUNHA, J. P. P.; CUNHA, R. E. Sistema Único de Saúde – SUS: princípios. In: Deluiz, N. *Formação do trabalhador: Produtividade e cidadania*. Rio de Janeiro: Shape, 1998.

DAFT R. *Organizational Theory and Design*. Saint Paul, 4ª Edition, West Publishing Company, 1992.

- _____ (2002). Cultura organizacional e valores éticos. In: *Organizações: teorias e projetos*. Tradução de Cid. Knipel Moreira. São Paulo: Pioneira, 2002. p. 291-315.
- Deluiz, N. *Formação do trabalhador: Produtividade e cidadania*. Rio de Janeiro: Shape, 1995.
- DONNANGELO, M. C. F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- ETZIONI, Amitai. *Organizações Modernas*. São Paulo: Pioneira, 1972.
- FAVERET, F. P. e OLIVEIRA, P. J. A universalização excludente: reflexões sobre as tendências do sistema de saúde. *Planejamento e Políticas Públicas*, 3:139-162, 1990.
- FERNANDES, M. S.; SPAGNOL, C.; TREVIZAN, M. A. e HAYASHIDA, M. A conduta gerencial da enfermeira: Um estudo fundamentado nas teorias gerais da administração. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 11(2):161-167, 2003.
- FERRAZ, C. A. *A transfiguração da administração em enfermagem: da gerência científica à gerência sensível*. 1995. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2 48 pp.
- FERREIRA, V. C. P. et al. *Modelos de gestão*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2005.
- FEUERWERKER, L. M. Modelos Tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é diferente no processo de luta para a consolidação do SUS. *Revista Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 9(18) 489-506, 2005.
- FLEURY, S. Reforma do Estado, seguridade social e saúde no Brasil. In: Matta, G. C. e Lima, J. C. F. (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPJSJV, 2008. p. 49-87.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. São Paulo: Graal; 1979.
- FRANCO, T. B. (2003). *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do sistema cartão nacional de saúde*. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas.
- FRANCO, T. B. e MAGALHÃES Jr., H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: E. E. Merhy et al. (Orgs.). *O trabalho em saúde: olhando a experiência do SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec; 4ª Edição, 2007. 296 p. (Saúde em Debate, 155).
- FRIEDBERG, E. Organização. In: *Tratado de Sociologia*. Rio de Janeiro: Zahar, 1995.
- GAULEJAC, V. *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e*

- fragmentação social*. [I. Storniolo. Trad.]. São Paulo: Ideias & Letras, 2007.
- GONÇALVES, R. B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de Centros de Saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1994. 278 p. (Saúde em Debate, 76).
- GONÇALVES, I. L. M. “A gente tem uma vida lá fora...”: relações entre gestão de Recursos Humanos e sociabilidade das pessoas empregadas nos supermercados da Região Metropolitana de Belém. 2009. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Universidade Federal do Pará.
- GORZ, A. *Adeus ao proletariado*. São Paulo: Forense, 1987.
- _____. *O imaterial: conhecimento, valor e capital*. [Celso Azzan Júnior. Trad.]. São Paulo: Annablume, 2005.
- GRISCI, C. L. I. Trabalho imaterial, controle e subjetividade na reestruturação produtiva bancária. In.: *ENANPAD*, Curitiba, 2004.
- _____. Trabalho imaterial, controle rizomático e controle e subjetividade no novo paradigma tecnológico. *RAE Eletrônica*, v. 7, n. 1, Art. 4, jan./jun. 2008.
- _____. Trabalho imaterial. In: A. D. Cattani; L. Holzmann (orgs.). *Dicionário de trabalho e tecnologia*. Porto Alegre: Ed. Da UFRGS, 2006.
- GUIZARDI, F. L. e PINHEIRO, R. Dilemas culturais, sociais e políticos da participação dos movimentos sociais nos Conselhos de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), p. 797-805, 2006.
- HARDT, M. O trabalho afetivo. In.: P. P. Pelbart; R. Costa (Orgs.). *Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 143-157.
- HARDT, M. e NEGRI, A. *Império*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- HARVEY, D. *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Edições Loyola, 1992.
- Hospital Universitário João de Barros Barreto (HUJBB) – Universidade Federal do Pará. *Relatório anual de gestão*, 2011.
- JORGE, A. O. *A gestão hospitalar sob a perspectiva do trabalho vivo*, 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, UNICAMP.
- KHUN, T. S. *A estrutura das revoluções científicas*. São Paulo: Perspectiva, 1991.
- KOSTER, I. *A gestão do trabalho e o contexto da flexibilização no Sistema Único de Saúde*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública-Fiocruz. Rio de Janeiro.

- LARANGEIRA, S. M. G. Fordismo e pós-fordismo. In.: A. D. Cattani (Org.). *Trabalho e tecnologia: dicionário crítico*. 2ª Edição. Petrópolis: vozes. Ed. UFRGS, 1999.
- LAZZARATTO, M. e NEGRI, A. *Trabalho imaterial: formas de vida e produção de subjetividade*. [M. de Jesus. Trad.]. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- LIMA, A. M. S. *O significado e o comprometimento no trabalho: Um estudo de caso com bancários do BNB*. Natal, 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, RN.
- LOBATO, L. V. C. e GIOVANELLA, L. Sistemas de saúde: origens, componentes e dinâmica. In: L. Giovanella; S. Scorel; L. de V. C. Lobato *et al.* (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 107-140.
- LUZ, M. T. As conferências nacionais de saúde e as políticas de saúde na década de 80. In: Guimarães, R.; Tavares, R. (Orgs.). *Saúde e sociedade no Brasil*. Rio de Janeiro: Relume-Damará, BRASCO, IMS/UERJ, 1994.
- _____, Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” – anos 80. *Physis*. Rio de Janeiro, 1(1), 1991. 77-96.
- MARX, K. *O capital: Crítica da economia política. O processo de produção do capital*. Livro 1, v. 1, 10. São Paulo: Difel, 1985.
- MATOS, E. e PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 15(3), 508-14; 2006.
- MATTOSO, J. E. L. O novo e inseguro mundo do trabalho nos países avançados. In: C. A. Oliveira; J. E. L. Matoso *et al.* (Orgs.). *O mundo do trabalho: Crise e mudança no final do século*. São Paulo: Ed. Página Aberta, 1994. p. 521-562.
- MÉDICI, A. C. *Hospitais universitários: Passado, presente e futuro*. *Revista Brasileira de Medicina*, 47(2), 149-56; 2001.
- MENDES, E. V. (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do sistema Único de Saúde*. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1993.
- MENDONÇA, P. E. X. *(Luta) em defesa da vida: tensão e conflito, reconhecimento e desrespeito nas práticas de gestão do Sistema Único de Saúde*. 2008. Dissertação (Mestrado em Medicina - Clínica Médica - Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde). Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- _____. *A desordem no trabalho*. São Paulo: Ed. Página Aberta, 1995.
- MERHY, E. E. *O SUS e um dos seus Dilemas: Mudar a gestão e a lógica do processo*

de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo), CEBES. Rio de Janeiro. 1995.

_____. O ato de governar as tensões constitutivas do agir em saúde como desafio permanente de algumas estratégias gerenciais. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, 4(2), 305-314, 1999.

_____. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 3ª Edição, 2002. (Saúde em Debate; 145)

_____. O conhecer militante do sujeito implicado: O desafio em reconhecê-lo como saber válido. In: T. B. Franco *et al.* *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004. (Saúde em Debate; 157)

_____. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: E. E. Merhy e R. Onocko (Orgs.). *Agir em saúde: Um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 71-112. (Saúde em Debate; 108. Série Didática; 6).

MERHY, E. E. e FRANCO, T. B. Reestruturação produtiva e transição tecnológica na saúde: Debate necessário para a compreensão do processo de “financeirização” do mercado na saúde. In.: C. R.; Bolaño; O. S. Luiz Marcos de (Orgs.). *Economia Política, Trabalho e Conhecimento em Saúde*. Ed. UFS: Aracaju, 2008.

MÉSZAROS, I. The Power of ideology. *Harvester Wheatsheaf*. Nova York, Londres, Toronto, Sidney, Tóquio, 1989.

MINTZBERG H. *Criando Organizações Eficazes*. [Cyro Bernardes. Trad.]. São Paulo: Atlas, 1995.

MINTZBERG H; QUINN B. *O Processo de Estratégia*. [James Sunderland. Trad.]. Cook, Ed Bookman, 3ª Ed, Porto Alegre, 2001.

MOREIRA, M. E. *Gestão do trabalho em saúde: Desvendando a trama e o drama institucional*. 1997. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas.

MOTTA, P. R. *Transformação organizacional: a teoria e a prática de inovar*. Rio de Janeiro: Qualitymark Ed., 1981,

MOURA, A. H. *O equipamento de saúde mental, suas instituições e o clube dos saberes*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas.

MORGAN, G. *Imagens da organização*. São Paulo: Atlas, 1996.

MOW International Research Team. *The Meaning of Occupational Working*. London

Academic Press, 1987.

MYNAIO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. 11ª Edição. São Paulo: Hucitec, 2008.

NEGRI, A. *O poder constituinte: ensaio sobre as alternativas da modernidade*. Trad. Antonio Pilatti. Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

NEGRI, A. e HARDT, M. *O trabalho de Dionísio: para a crítica ao Estado pós-moderno*. Juiz de Fora, MG: Editora UFJF - PAZULIN, 2004.

NOGUEIRA, R. P. Problemas de Gestão e Regulação do trabalho no SUS. *Revista Serviço Social e Sociedade*, 87. Editora Cortez, 2006.

NORONHA, J. C.; LIMA, L. D. e MACHADO, C. V. O sistema único de saúde – SUS. In: L. Giovanella; S. Scorel; L. de V. C. Lobato *et al.* (Orgs.). *Políticas e sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008. 435-472.

OFFE, C. *Capitalismo desorganizado*. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. *Capitalismo Desorganizado: as transformações contemporâneas do trabalho e da política*. 2ª Edição. São Paulo: Brasiliense, 1995.

PAIM, J. S. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, S M (Org.). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. — São Paulo: Lemos Editorial, 1997. p. 11 – 24.

_____. Reforma sanitária brasileira. In: Matta, G. C. e Lima, J. C. F. (Orgs.). *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz/EPSJV, 2008. p. 92-122.

PAIM, J. S. e TEIXEIRA, C.F. Configuração institucional e gestão do sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12, supl.: 1.819-1.829, 2007.

PELBART, P. P. *Vida capital: ensaios sobre biopolítica*. São Paulo: Iluminuras, 2003.

PIERANTONI, R. C. *Reformas da saúde e recursos humanos: Novos desafios x velhos problemas - Um estudo sobre recursos humanos e as reformas recentes da Política Nacional de Saúde*, 2000. Tese (Doutorado em Saúde coletiva) – Instituto de Medicina Social, UERJ.

_____. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(2): 341-360, 2001.

PIERANTONI, C. R.; VARELLA, T. C. e FRANÇA, T. Recursos humanos e gestão do trabalho em saúde: Da teoria à prática. In: *Cadernos RH saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde*. v.3, n.1. Brasília: MS, 2006. p. 29-40.

- PINTO, H.; FRANCO, T. B. e MERHY, E. *Fundação Estatal e o fortalecimento da capacidade de ação do estado*. www.blogsaudefbrasil.com.br/2011/01/07/ > Acessado em 25 de setembro de 2012.
- RIBEIRO, J. M. Desenvolvimento do SUS e racionamento de serviços hospitalares. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3):771-782, 2009.
- ROEMER, M. I. *National health systems of the world*. Nova York: Oxford University Press, 1991.
- ROSEN, G. *Da polícia médica à medicina social*. Rio de Janeiro: Campus, 1979.
- SHORTELL, S. M. e KALUZNY, A.D. and Associates. *Health Care Management – Organization Design and Behavior*. Fifth Edition. Thompson Delmar Learning, USA, 2006.
- SOARES, C. R. V. *Significado do trabalho: Um estudo comparativo de categorias ocupacionais*, 1992. Dissertação (Mestrado em psicologia Organizacional e do Trabalho) – Universidade de Brasília.
- SANTOS, B. S. Metodologia e Hermenêutica I. In: *Introdução a uma ciência pós-moderna*. 4 ed. São Paulo: Graal, 2003. Cap. 3, p. 47-70.
- _____. *Um discurso sobre as Ciências*. 2 ed. São Paulo: Cortez, 2004.
- SANTOS, J. G. W. Impactos da gestão do trabalho na saúde pública no Estado do Pará. *Trabalho apresentado no VI Congresso Norte Nordeste de Psicologia*. Belém-PA, 2009.
- _____; MANESCHY, M. C. A. e ALBERTO, M. A. Capital social e acesso à saúde pública: uma proposta de análise de redes sociais informais de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). *Trabalho completo publicado nos Anais do II Encontro da Sociedade Brasileira de Sociologia da Região Norte*. Belém-PA, 2010.
- SANTOS, J. G. W. e ALBERTO, M. A. Administração de recursos humanos em saúde e humanização: o viés hermenêutico. *Rev Pan-Amaz Saude*, 2(3), 2011. p: 51-58.
- SCOREL, S. e BLOCH, R. A. As conferências nacionais de saúde na construção do SUS. In: N. T. Lima *et al.* (Orgs). *Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.
- SENNET, R. *A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. [M. Santarrita. Trad.]. 5ª Edição. Rio de Janeiro, 2001.
- SILVA, A. L. A. O Hospital e o Sistema Único de Saúde: A gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 75-98.

SILVA, A. L. S. *Interrogando práticas do UNICEF para os adolescentes no Brasil*. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Universidade Federal do Pará.

SILVA, J. P. V. e LIMA, J. C. Sistema Único de Saúde: reafirmando seus princípios e diretrizes para fazer avançar a reforma sanitária brasileira. In: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 43-73.

SOARES, C. R. V. *Significado do trabalho: Um estudo comparativo de categorias ocupacionais*, 1992. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Trabalho) - Universidade de Brasília, Brasília.

SOUZA, C. Governos e sociedades locais em contextos de desigualdades e de descentralização. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3): 431-442, 2002.

SOUZA, W. S. e MOREIRA, M. C. N. A temática da humanização na saúde: alguns apontamentos para debate. *Interface – Comunic., Saúde, Educ.* 2008; 12(25):237-38.

SPAGNOL. C. A. (Re)pensando a gerência em enfermagem a partir de conceitos utilizados no campo da Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1):119-127, 2005.

VIANA, A. L. A. d'A. e LEVGOVITZ, E. Proteção social: introduzindo o debate. In: A. L. A. d'A. Viana; P. E. M. ELIAS e N. IBAÑES (Orgs.). *Proteção social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec, 2005.

VIEIRA, M. A gestão do trabalho no Sistema Único de Saúde. In: Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (Org.). *Textos de apoio em políticas de saúde*. Rio de Janeiro.

WEBER, M. A “Objetividade do conhecimento na Ciência Social e na Ciência Política. In: _____. *Metodologia das Ciências Sociais*. [A. Wernet. Trad.]. 2ª Edição. São Paulo: Cortez, 1992. p. 107-154.

APÊNDICES

APÊNDICE I
QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO

IDADE: _____	SEXO: _____
---------------------	--------------------

ESTADO CIVIL:	A) Solteiro(a)	B) Casado(a)	C) União Estável	D) Divorciado(a)	E) Viúvo(a)	F) Outro (Especificar): _____
----------------------	----------------	--------------	------------------	------------------	-------------	----------------------------------

COR/RAÇA:	A) Amarela	B) Branca	C) Indígena	D) Negra	E) Parda
------------------	------------	-----------	-------------	----------	----------

RELIGIÃO:	Especificar: _____
------------------	--------------------

RENDA FAMILIAR (Sal. Mínimos):	A) até 3	B) de 4 a 6	C) de 7 a 9	D) de 10 a 12	E) 13 ou mais
---------------------------------------	----------	-------------	-------------	---------------	---------------

TIPO DE MORADIA:	A) Própria	B) Alugada	C) Financiada	D) Outros (Especificar) _____
-------------------------	------------	------------	---------------	-------------------------------

TIPO DE TRANSP. MAIS UTILIZADO:	Especificar: _____
----------------------------------------	--------------------

CARGO/FUNÇÃO: Especificar: _____	TIPO / VÍNCULO:	A) Efetivo	B) Celetista	C) Terceirizado	D) Outros (Especificar)
--------------------------------------------	------------------------	------------	--------------	-----------------	-------------------------

TEMPO NA FUNÇÃO:	A) 0 a 3 anos	B) 4 a 6 anos	C) 7 a 9 anos	D) 10 a 12 anos	E) 13 ou mais anos
-------------------------	---------------	---------------	---------------	-----------------	--------------------

TEMPO NA INSTITUIÇÃO:	A) 0 a 3 anos	B) 4 a 6 anos	C) 7 a 9 anos	D) 10 a 12 anos	E) 13 ou mais anos
------------------------------	---------------	---------------	---------------	-----------------	--------------------

OUTRO(S) VÍNCULO(S): NÃO SIM: Cargo/Função _____	TIPO:	A) Efetivo	B) Celetista	C) Terceirizado	D) Outros (Especificar) _____
------------------------------------------------------------------	--------------	------------	--------------	-----------------	-------------------------------

- Se você tivesse de escolher apenas um desses vínculos, qual você escolheria? _____

GRAU DE INSTRUÇÃO:	A) Ens. Técnico	B) Ens. Médio completo	C) Ens. Superior incompleto
	D) Ens. Superior completo	E) Pós-Grad. Incompleta E.1. Especialização E.2. Mestrado E.3. Doutorado	F) Pós-Grad. Completa F.1. Especialização F.2. Mestrado F.3. Doutorado

CAPACITAÇÃO:	CURSOS / MÊS-ANO	INSTITUIÇÃO PROMOTORA	CH
03 últimos cursos	1-		

APÊNDICE II

Instrumento de coleta de dados utilizado com a Categoria “PROFISSIONAIS DE SAÚDE”

AUTONOMIA

CONTROLE

1- Descreva o seu trabalho diário.

2- Há número de atendimentos/procedimentos diários pré-definidos a serem realizados por você?

2.1. NÃO (Passe à questão 3)

2.2. SIM

2.2.1. Como esse número é definido?

2.2.2. Quem o define (Cargo/Função)?

2.2.3. Existe algum tipo de controle no cumprimento desse número de atendimentos?

NÃO

SIM Como ele é realizado?

3- Na sua unidade, as tarefas são distribuídas adequadamente?

3.1. NÃO Por quê?

3.2. SIM

3.2.1. Como se dá essa distribuição?

3.2.2. Quem participa da distribuição (Cargo/Função)

3.2.3. Com que frequência ela ocorre?

Diária

Semanal

Mensal

Outra

Especifique _____

4- Existem normas, rotinas, fluxos e protocolos estabelecidos, que você deve seguir?

4.1. NÃO (Passe à questão 5)

4.2. SIM

4.2.1. Como eles são estabelecidos?

4.2.2. Quem os estabelece (Cargo/Função)?

5- O seu trabalho diário é supervisionado?

5.1. NÃO (Passe à questão 6)

5.2. SIM

5.2.1. Quem o supervisiona (Cargo/Função)?

5.2.2. Com que frequência?

Diária

Semanal

Mensal

Outra

Especifique _____

5.2.3. Como se dá essa supervisão?

6- Existe algum espaço coletivo, **no HU como um todo**, onde vocês trabalhadores podem se expressar?

6.1. NÃO (Passe à questão 7)

6.2. SIM

6.2.1. Quais são esses espaços?

6.2.2. Qual a frequência de encontros nesses espaços?

Diária

Semanal

Mensal

Outra

Especifique _____

6.2.3. Você participa de algum deles?

NÃO (Passe à questão 7)

SIM Em que situações?

6.2.4. Com que frequência as reivindicações feitas nesses espaços são contempladas?

Nunca

Quase sempre

Sempre

Outra

Especifique _____

6.2.5. Você percebe uma maior abertura ao atendimento dessas reivindicações em algum desses espaços?

NÃO

SIM Qual(is)?

7- Como você avalia o relacionamento diário **entre as categorias profissionais** que trabalham na sua unidade de serviço?

Excelente

Bom

Ruim

Péssimo

} Por quê?

8- E o seu relacionamento diário com os trabalhadores da **mesma categoria profissional** que a sua, na sua unidade de serviço?

Excelente

Bom

Ruim

Péssimo

} Por quê?

9- Qual a sua avaliação quanto ao trabalho desenvolvido em equipe, nessa unidade?

Excelente

Bom

Ruim

Péssimo

} Por quê?

10- No HU, existe algum tipo de processo de avaliação de desempenho?

10.1. NÃO E nessa unidade, existe avaliação de desempenho?

10.1.1. NÃO

10.1.2. SIM

Seguir a sequência de questões abaixo:

10.2. SIM

10.2.1. Como ele ocorre?

10.2.2. Qual a periodicidade do mesmo?

Diária

Semanal

Mensal

Outra

Especifique? _____

10.2.3. Você recebe *feedback* sobre o mesmo?

NÃO

SIM Como ele ocorrer?

10.2.4. Os resultados desse processo refletem no seu trabalho?

NÃO

SIM Como?

10.2.4. Como você avalia o processo atual?

Excelente

Bom

Ruim

Péssimo

} Por quê?

PRECARIZAÇÃO

PRODUÇÃO DO CUIDADO

11- Como você avalia as **condições físicas** (ambiente; máquinas e equipamentos) presentes no seu ambiente de trabalho?

Excelentes

Boas

Ruins

Péssimas

} Por quê?

11.1. Elas influenciam no modo como você desenvolve suas atividades?

NÃO

SIM Como?

11.2. E nas suas relações diárias **com os colegas**?

NÃO

SIM Como?

11.3. E nas suas relações diárias **com os usuários**?

NÃO

SIM Como?

12- Como você avalia as **condições socioafetivas** (relações interpessoais; pressão e sobrecarga no trabalho, etc.) presentes no seu ambiente de trabalho?

Excelentes

Boas

Ruins

Péssimas

} Por quê?

12.1. Elas influenciam no modo como você desenvolve suas atividades?

NÃO

SIM Como?

12.2. E nas suas relações diárias **com os colegas**?

NÃO

SIM Como?

12.3. E nas suas relações diárias **com os usuários**?

NÃO

SIM Como?

12.4. E em outros contextos sociais, em casa, por exemplo?

NÃO

SIM Como?

13- Que tipos de queixas são mais frequentemente feitas pelos usuários?

14- Você tem informação sobre algum colega de trabalho que passou ou passa por problemas de saúde em função do trabalho?

NÃO

SIM Que tipo de dificuldades?

15- Você conhece algum tipo de ação desenvolvida pelo HU para a realização do gerenciamento de riscos nessa unidade?

15.1. NÃO

15.2. SIM Qual(is)?

QUALIFICAÇÃO COTINUADA

NOVAS TECNOLOGIAS

16- Você sabe se nessa unidade existe algum projeto/atividade que está em fase de implantação (ou que foi implantado recentemente – últimos 03 meses)?

16.1. NÃO (Passe à questão 17)

16.2. SIM Qual(is)?

16- Você participa de algum deles?

16.1. NÃO Por quê?

16.2. SIM

16.2.1. Qual(is)?

16.2.2. Como você começou a participar do mesmo?

16.2.3. Quem participa, além de você (Cargo/Função)?

17- Tem alguma atividade/projeto que você gostaria de desenvolver, mas ainda não desenvolveu?

17.1. NÃO (Passe à questão 18)

17.2. SIM

17.2.1. Qual?

17.2.2. Por que ela ainda não foi desenvolvida?

18- Qual o seu nível de autonomia para influenciar na maneira como o seu trabalho cotidiano é realizado?

Nenhum

Parcial Como essa autonomia é exercida?

Total Como essa autonomia é exercida?

19- Se você pudesse, você mudaria algum tipo de situação no seu trabalho atual?

NÃO

SIM Qual(is)?

MODO DE GERENCIAMENTO

TIPOS DE ENFRENTAMENTO

20- Qual o seu nível de conhecimento da política de RH do hospital?

Nenhum

Parcial Descreva:

Total Descreva:

21- A partir do seu nível de conhecimento, como você avalia essa política?

Excelente

Boa

Ruim

Péssima

} Por quê?

22- Você conhece algum tipo de política de educação e formação continuadas e de qualificação permanente, desenvolvidas pelo HU?

22.1. NÃO (Passe à questão 24)

22.2. SIM Como você avalia essa política?

Excelente

Boa

Ruim

Péssima

} Por quê?

22.2.1. Você já participou de algum curso, dentro dessa política?

NÃO

SIM Qual(is)?

22.2.2. Houve seleção dos participantes?

NÃO

SIM Como ela foi feita?

23- Como você avalia a sua qualificação para o Cargo/Função que você exerce atualmente?

Excelente

Boa

Ruim

Péssima

} Por quê?

24- Você sabe quantos e quais são os tipos de vínculos de trabalho existentes no HU?

- NÃO Passe à questão 27
SIM Descreva-os abaixo?
-

25- Essa diversidade de vínculos de trabalho tem algum tipo de impacto no processo de trabalho?

- NÃO
SIM Qual?
-

26- Como você avalia o quantitativo atual de RH desse HU?

- Excelente
Bom
Ruim
Péssimo
- } Por quê?
-

27- O dimensionamento de RH está adequado às necessidades dessa unidade?

- 27.1. NÃO Como essa inadequação é percebida, em termos de impacto no seu trabalho e na sua saúde?
-

- 27.2. SIM
-

28- Você encontra dificuldades que no seu dia-a-dia de trabalho?

- 28.1. NÃO (Passe à questão 27)
28.2. SIM Descreva as 05 mais frequentes
-
-

28.2.1. Como você as resolve?

28.2.2. Elas interferem no seu trabalho diário?

- NÃO
SIM Como?
-

29- Existe algum espaço onde você pode discutir essas dificuldades?

- 29.1. NÃO (Passe à questão 31)
29.2. SIM Qual(is)?
-

30- Os funcionários têm algum tipo de canal de comunicação com a coordenação de RH?

- 30.1. NÃO (Passe à questão 32)
30.2. SIM Qual(is)?
-

31- E com a gerência desse serviço?

- 31.1. NÃO (Passe à questão 33)
31.2. SIM Qual(is)?
-

32- Como você avalia o modo de gerenciamento da sua unidade de serviço?

- Excelente
Bom
Ruim
Péssimo
- } Por quê?
-

33- Você sentiu vontade de faltar ao serviço nos dois últimos meses?

- 33.1. NÃO
33.2. SIM Por quê?

34- Numa escala de 0 (mínimo) a 10 (Máximo), que pontuação você atribui para a sua assiduidade, considerando os dois últimos meses?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

35- E quanto à sua pontualidade?

0-----1-----2-----3-----4-----5-----6-----7-----8-----9-----10

CENTRALIDADE DO TRABALHO

ESFERAS DA VIDA

Nas duas questões que se seguem, gostaríamos que você pensasse sobre a importância do TRABALHO em sua vida.

36- Para indicar qual a importância das áreas de sua vida, leia todos os itens abaixo e distribua, em qualquer combinação que você desejar, um total de 100 pontos entre eles. Quanto mais uma área for importante em sua vida, mais pontos você deverá marcar para ela. Você poderá atribuir zero caso considere que a área não tem nenhuma importância para você. Lembre-se: a soma dos pontos atribuídos a todos os itens, de “a” a “e”, deverá ser igual a 100.

PONTOS

a)	+	Meu lazer (passatempos, esportes, recreação e contato com amigos)
b)	+	Minha comunidade (sindicato, associações de classe e de moradores, partidos políticos)
c)	+	Meu trabalho
d)	+	Minha religião
e)	+	Minha família
= 100		

37- Qual a importância do trabalho na sua vida? Assinale, com um círculo, um dos números na escala abaixo:

Uma das coisas menos importantes em minha vida	1__ 2__ 3__ 4__ 5__ 6__ 7__ 	Uma das coisas mais importantes em minha vida
------------------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------------------

38- Você gostaria de contribuir com algo a mais que você pensa ser necessário?

APÊNDICE III

Instrumento de coleta de dados a ser utilizado com a Categoria “GESTORES”

AUTONOMIA

CONTROLE

1- Há número de atendimentos/procedimentos diários pré-definidos a serem realizados pelos funcionários?

1.1. NÃO (Passe à questão 2)

1.2. SIM

1.2.1. Como esse número é definido?

1.2.2. Quem o define (Cargo/Função)?

1.2.3. Existe algum tipo de controle no cumprimento desse número de atendimentos?

NÃO

SIM Como ele é realizado?

2- Há distribuição de tarefas nas unidades de serviço?

NÃO (Passe à questão 3)

SIM

2.2.1. Como a distribuição é feita?

2.2.2. Quem participa da distribuição (Cargo/Função)?

2.2.3. Com que frequência ela ocorre?

Diária

Semanal

Mensal

Outra

Especifique? _____

3- Existem normas, rotinas, fluxos e protocolos estabelecidos e que os funcionários devem seguir?

3.1. NÃO (Passe à questão 4)

3.2. SIM

3.2.1. Como eles são estabelecidos?

3.2.2. Quem os estabelece (Cargo/Função)?

4- Existe algum espaço coletivo, **no HU como um todo**, onde os trabalhadores podem se expressar?

4.1. NÃO (Passe à questão 5)

4.2. SIM

4.2.1. Quais são esses espaços?

4.2.2. Qual a frequência dos encontros?

Diária

Semanal

Mensal

Outra

Especifique? _____

4.2.3. Você participa de algum deles?
NÃO (Passe à questão 5)
SIM Em que situações?

4.2.4. Com que frequência as reivindicações feitas nesses espaços são contempladas?
Nunca
Quase sempre
Sempre
Outra
Especifique _____

4.2.5. Você percebe uma maior abertura ao atendimento dessas reivindicações em algum desses espaços?
NÃO
SIM Qual(is)?

5- Como você avalia o relacionamento diário entre as categorias profissionais que trabalham nas unidades pesquisadas?

Excelente
Bom
Ruim
Péssimo } Por quê?

5.1- Em algumas delas você avalia que o relacionamento é **mais favorável**?
NÃO
SIM Qual(is)?

5.2- E **menos favorável**?
NÃO
SIM Qual(is)?

6- No HU, existe algum tipo de processo de avaliação de desempenho?

6.1. NÃO E nas unidades, existe avaliação de desempenho?
6.1.1. NÃO (Passe à questão 7)
6.1.2. SIM Seguir a sequência de questões abaixo:

6.2. SIM

6.2.1. Como ele ocorre?

6.2.2. Qual a periodicidade do mesmo?

Diária
Semanal
Mensal
Outra

Especifique? _____

6.2.3. Os funcionários recebem *feedback* sobre o mesmo?

NÃO
SIM Como ele ocorrer?

6.2.4. Os resultados desse processo refletem no trabalho dos funcionários?

NÃO

SIM Como?

6.2.5. Como você avalia o processo atual?

Excelente
Bom
Ruim
Péssimo

} Por quê?

PRECARIZAÇÃO

PRODUÇÃO DO CUIDADO

7- Como você avalia as **condições físicas** (ambiente; máquinas e equipamentos) presentes no ambiente de trabalho dos funcionários pesquisados?

Excelentes
Boas
Ruins
Péssimas

7.1. Elas influenciam no modo como eles desenvolvem suas atividades diárias?

NÃO
SIM Como?

7.2. E nas relações diárias **com os colegas**?

NÃO
SIM Como?

7.3. E nas relações diárias **com os usuários**?

NÃO
SIM Como?

8- Como você avalia as **condições emocionais** (relações sócio-afetivas; pressão e sobrecarga no trabalho, etc.) presentes no ambiente de trabalho dos funcionários pesquisados?

Excelentes
Boas
Ruins
Péssimas

} Por quê?

8.1. Elas influenciam no modo como eles desenvolvem suas atividades diárias?

NÃO
SIM Como?

8.2. E nas relações diárias **com os colegas**?

NÃO
SIM Como?

8.3. E nas relações diárias **com os usuários**?

NÃO
SIM Como?

9- Que tipos de queixas são mais frequentemente feitas pelos usuários?

10- Existe algum tipo de ação desenvolvida pelo HU para a realização do gerenciamento de riscos nas unidades pesquisadas?

10.1. NÃO

10.2. SIM Qual(is)?

QUALIFICAÇÃO CONTINUADA

NOVAS TECNOLOGIAS

11- Nas unidades pesquisadas existe algum projeto/atividade que está em fase de implantação (ou que foi implantado recentemente – últimos 03 meses)?

11.1. NÃO (Passe à questão 12)

11.2. SIM Qual(is)?

12- Você participa de algum deles?

12.1. NÃO Por quê?

12.2. SIM

12.2.1. Qual(is)?

12.2.2. Como você começou a participar do mesmo?

12.2.3. Quem mais participa, além de você (Cargo/Função)?

13- Existe algum tipo de política de educação e formação continuadas e de qualificação permanente, desenvolvidas pelo HU?

13.1. NÃO (Passe à questão 14)

13.2. SIM

13.2.1. Qual(is)?

13.2.2. Como você avalia essa política?

Excelente

Boa

Ruim

Péssima

} Por quê?

13.2.3. Existe seleção dos funcionários que irão participar?

NÃO

SIM Como ela é feita?

14- Qual o nível de autonomia dos funcionários para influenciar na maneira como trabalho cotidiano é realizado?

Nenhum

Parcial Como ela é exercida?

Total Como ela é exercida?

MODO DE GERENCIAMENTO

TIPOS DE ENFRENTAMENTO

15- Descreva o seu trabalho diário.

16- Descreva a política de RH do hospital.

17- Você encontra dificuldades no seu dia-a-dia de trabalho?

17.1. NÃO (Passe à questão 21)

17.2. SIM Descreva as 05 mais frequentes

17.2.1. Como você as resolve?

17.2.2. Como elas interferem nos seu trabalho diário?

18- Essa coordenação desenvolve algum tipo de ação conjunta com o Serviço de Humanização da Assistência Hospitalar?

18.1. NÃO Por quê?

18.2. SIM

18.2.1. Qual(is)?

18.2.2. Qual o objetivo?

19- E com a Divisão de Saúde e Segurança do Trabalhador?

19.1. NÃO Por quê?

19.2. SIM

19.2.1. Qual(is)?

19.2.2. Qual o objetivo?

20- E com as gerências pesquisadas?

20.1. NÃO (Passe à questão 22)

20.2. SIM

20.2.1. Qual(is)?

20.2.2. Quem mais participa além de você? (Cargo/Função)

20.2.3. Qual o objetivo?

21- Existe algum tipo de articulação entre essa coordenação e a PROGEP/UFPA?

21.1. NÃO Por quê?

21.2. SIM De que tipo?

22- Quantos e quais são os tipos de vínculos de trabalho existentes no HU?

23- Essa diversidade de vínculos de trabalho tem algum tipo de impacto no processo de trabalho?

NÃO

SIM Qual?

24- Como você avalia o quantitativo atual de RH desse HU?

Excelente
Bom
Ruim
Péssimo

} Por quê?

25- O dimensionamento de RH desse HU está adequado às necessidades dos serviços?

25.1. NÃO Existe alguma ação prevista nesse sentido?
NÃO Como essa inadequação é percebida, em termos de impacto no trabalho e na saúde do trabalhador?

SIM Qual(is)?

25.2. SIM

26- Como você avalia o nível de qualificação atual dos funcionários para o exercício do Cargo/Função por eles ocupados?

Excelente
Bom
Ruim
Péssimo

} Por quê?

27- Que estratégias de comunicação você utiliza para informar aos funcionários sobre a política de RH do hospital e/ou as deliberações tomadas?

28- Que tipo de dificuldades *relacionadas ao trabalho* são mais frequentemente apontadas pelos funcionários das unidades pesquisadas?

28.1. Como elas podem interferir no trabalho diário?

28.2. Como elas são resolvidas?

29- Existe algum espaço onde eles podem discutir essas dificuldades?

29.1. NÃO (Passe à questão 32)

29.2. SIM Qual(is)?

30- Quais são os motivos mais frequentemente apontados como causa de falta dos funcionários?

30.1. Como elas podem interferir no trabalho diário?

30.2. Como elas são resolvidas?

31- Como você avalia a política de RH do hospital?

Excelente
Boa
Ruim
Péssima

} Por quê?

32- Você gostaria de contribuir com algo a mais que você pense ser necessário?

APÊNDICE IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

A MODELAGEM DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE A PARTIR DOS PROCESSOS DE GESTÃO DO TRABALHO EM UM HOSPITAL DE ENSINO, DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM-PA

Você está sendo convidado a participar dessa **pesquisa**, que tem como **objetivo** “descrever e analisar os processos de trabalho de profissionais de saúde a partir dos modos de gestão do trabalho em um hospital público de ensino da região metropolitana de Belém-PA, e revelar como esses profissionais têm lidado com os arranjos institucionais de gestão presentes no contexto analisado”. A pesquisa se justifica, entre outras coisas, pelo fato de muitos dos modelos de gestão presentes em instituições de saúde contribuir para que o trabalho de profissionais da área perca o sentido, interferindo no modo como os mesmos se relacionam entre si e com os usuários.

Para tanto, você deverá responder aos questionários (que lhe serão apresentados), contendo perguntas/situações acerca de seus dados sócio-demográficos e seu trabalho, e cujas respostas serão gravadas e anotadas em diário de campo.

Os **resultados** e as **recomendações** da pesquisa serão **divulgados** nos meios acadêmico-científicos, para o **corpo gestor** desse hospital e para os **profissionais** que nele atuam, como forma de **contribuir para possíveis mudanças** no modo como a gestão do trabalho tem sido desenvolvida.

Em acordo com os procedimentos éticos previstos na *Resolução Nº 196, de 10 de outubro de 1996 (Conselho Nacional de Saúde)*, para pesquisas com seres humanos, nos responsabilizamos por manter **seus dados em total sigilo**, por isso **você não será identificado** em nenhum momento, antes, durante e após a pesquisa, bem como **garantiremos todos e quaisquer esclarecimentos** que se façam necessários à sua participação. Você também é **livre para recusar-se ou retirar-se da pesquisa, a qualquer momento**, caso deseje, **sem nenhuma penalidade e sem prejuízo que lhe diga respeito**.

Uma cópia deste TCLE será arquivada sob os cuidados do pesquisador responsável pelo desenvolvimento da pesquisa e outra **será fornecida a você**.

Eu, _____, afirmo que, de maneira clara e detalhada, fui informado(a) dos objetivos da pesquisa acima e esclareci minhas dúvidas. Declaro, ainda, que concordo em participar dessa pesquisa, pois sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de continuar ou não participando da mesma, se assim desejar. O pesquisador responsável (abaixo assinado) pela pesquisa certificou-me de que todos os meus dados serão confidenciais.

Ficamos à disposição para esclarecimentos adicionais sobre a pesquisa, nos seguintes contatos:

Pesquisador: José Guilherme Wady Santos

Fone:

E-mail:

Universidade Federal do Pará (UFPA) – Campus Guamá

Instituto de Filosofia e Ciências Humanas

Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais / URL da Homepage:

<http://www.ufpa.br/ppgcs>

Fone: (091) 3201-8024

Rua Augusto Corrêa, Nº 1

CEP.: 66075-900 - Belém-PA

Belém (PA), de de 2011.

Assinatura do sujeito/representante responsável

Belém (PA), de de 2011.

Assinatura da testemunha
(para casos de sujeito menores de 18 anos, analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual)

Belém (PA), de de 2011.

Assinatura do sujeito que colheu o TCLE

(Somente para o responsável do projeto)

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito ou seu representante legal para a participação neste estudo.

ASSINATURA DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

Nome: José Guilherme Wady Santos
End.:
Fone:
Reg. Conselho:

Belém (PA), de de 2011.

A N E X O S

ANEXO I – Termo de Aprovação da Pesquisa



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO JOÃO DE BARROS BARRETO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP



TERMO DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário João de Barros Barreto da Universidade Federal do Pará analisou o projeto de pesquisa intitulado **“A modelagem da assistência à saúde a partir dos processos de gestão do trabalho em um Hospital de ensino da região metropolitana de Belém-PA”**, protocolo nº027/11 sob a responsabilidade do pesquisador José Guilherme Wady Santos, *orientação da Profa. Dra. Maria Angélica Alberto do Espírito Santos*, obtendo **APROVAÇÃO** na reunião do dia 29.03.2011, por estar de acordo com a Resolução nº196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde do Brasil.

Recomendamos a coordenação que mantenha atualizados todos os documentos pertinentes ao projeto.

Deverá ser encaminhado relatório semestral e, ao final, elaborado um relatório consolidado, incluindo os resultados finais da pesquisa, em prazo máximo de 60 (sessenta) dias, após a finalização da pesquisa..

Prazo para envio de relatório parcial: setembro/2011.

Prazo para envio de relatório final: setembro/2012.

Situação: *Aprovado.*

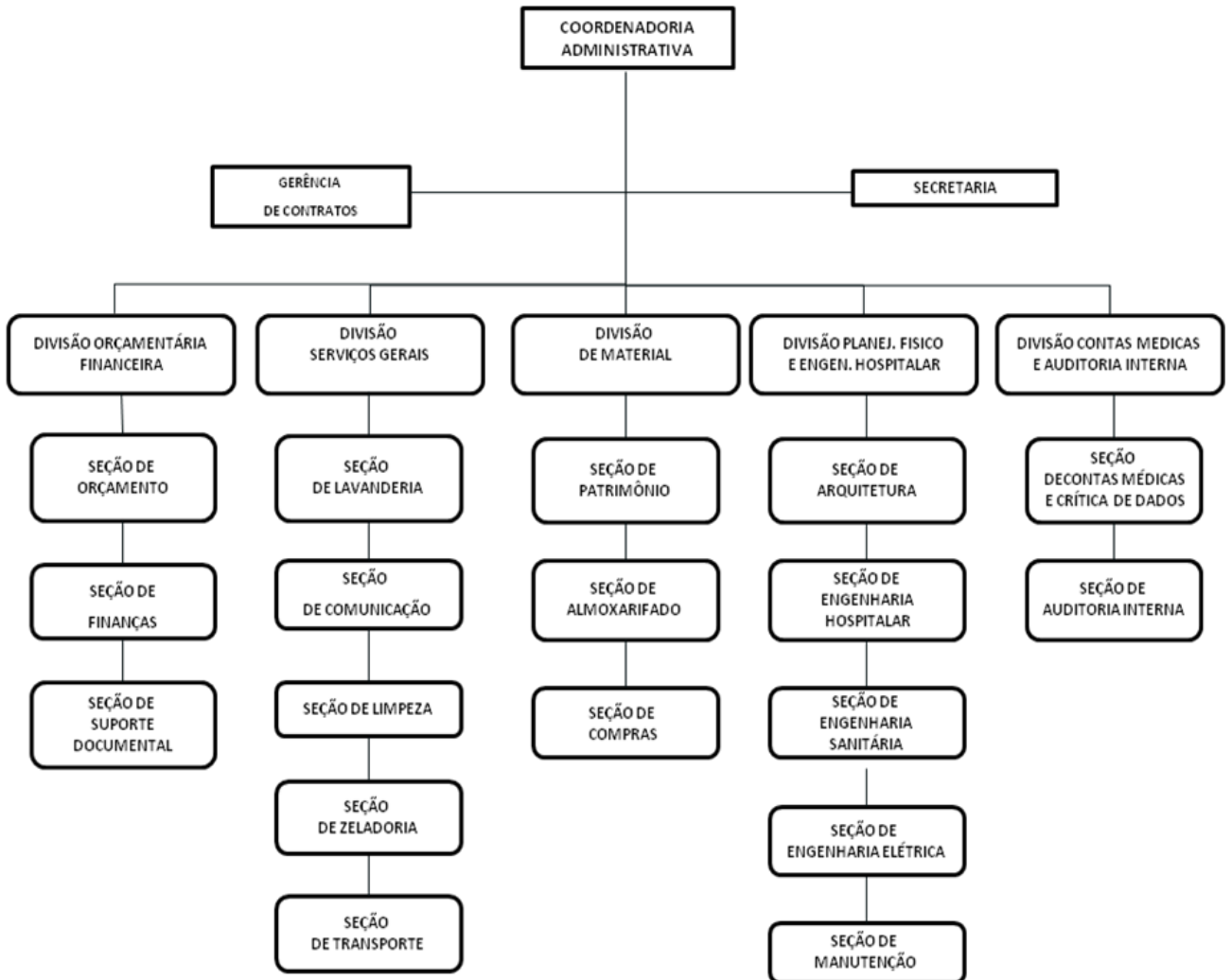
Belém, 29 de Março de 2011.

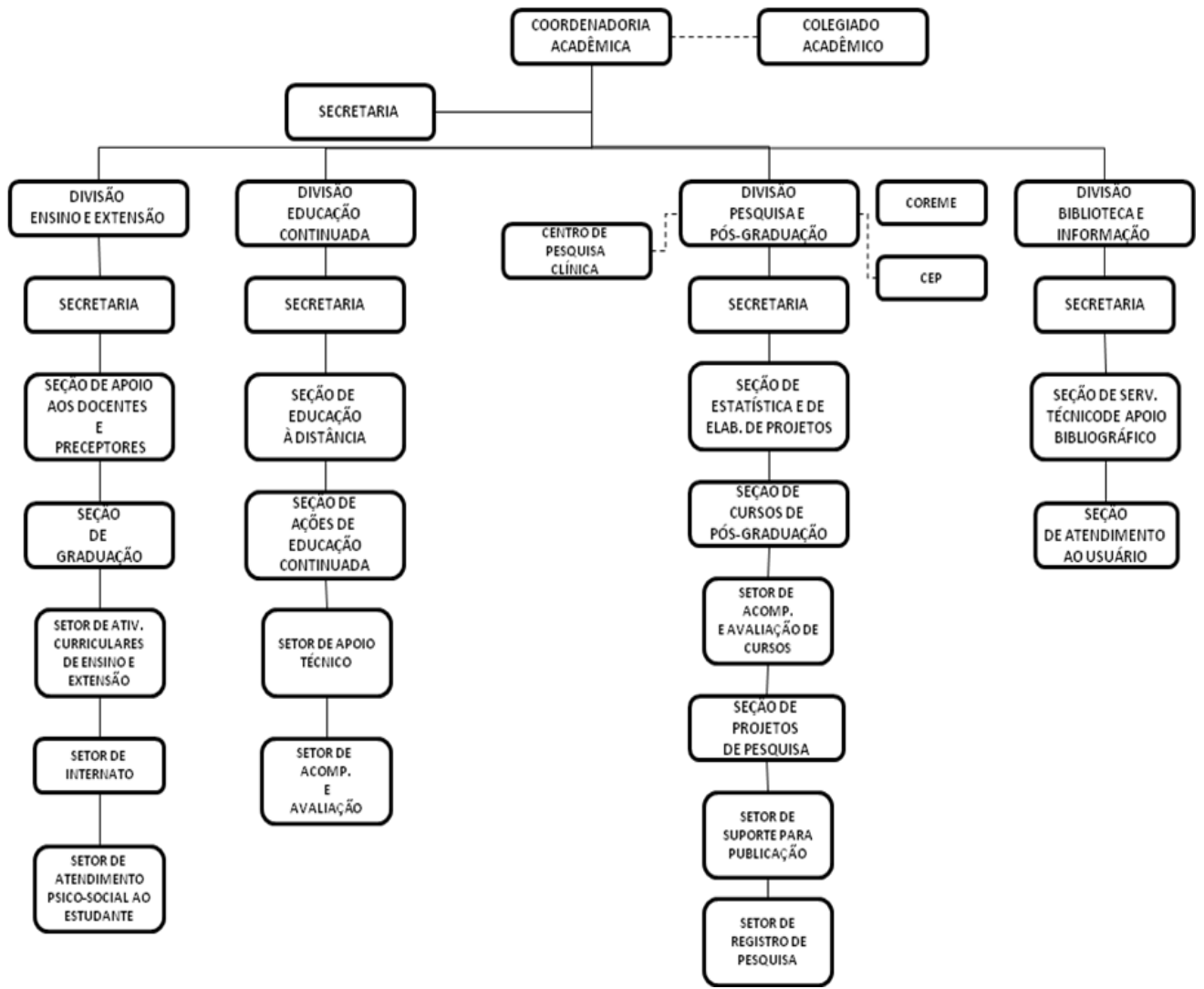
Dr. João Soares Felício
Dr.ª Ana Calabria
Nutricionista - Mestrado em
Patologia das Doenças Tropicais
CRN7: 015

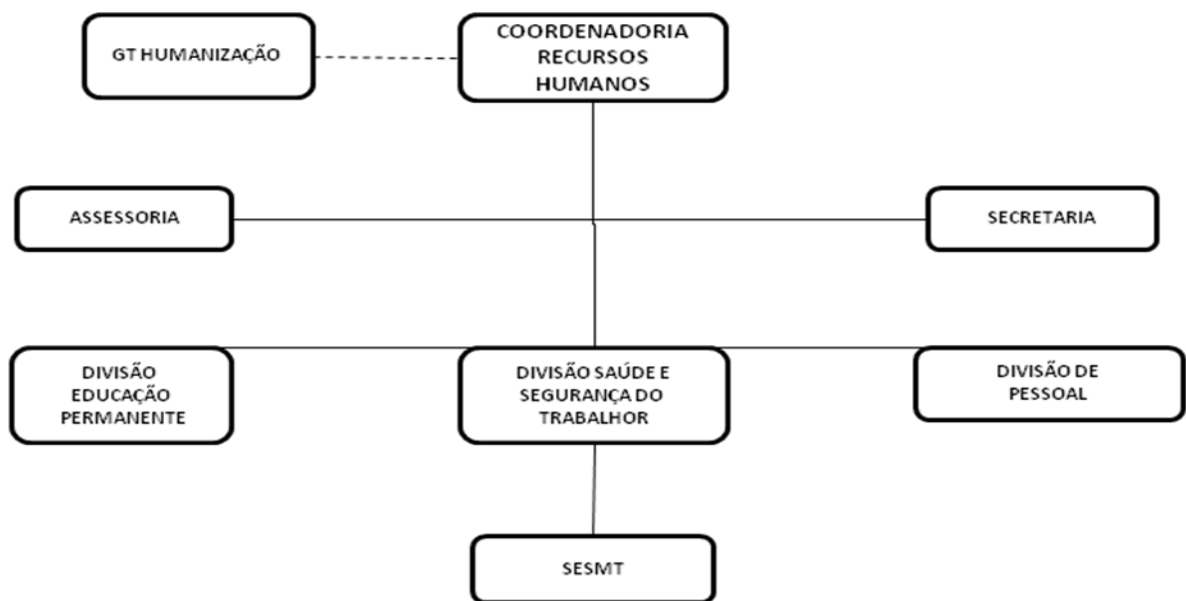
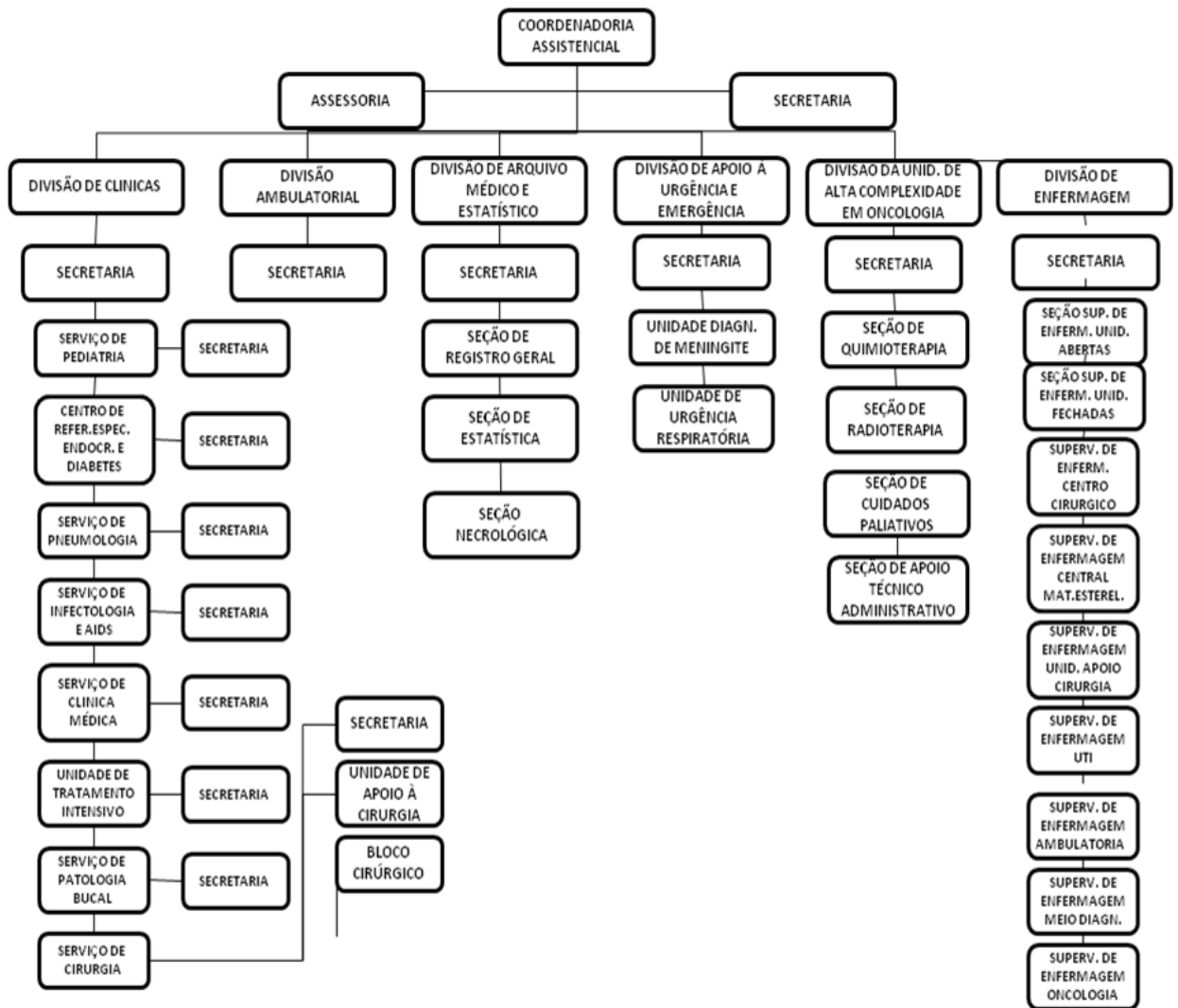
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa / HUJBB/UFPA

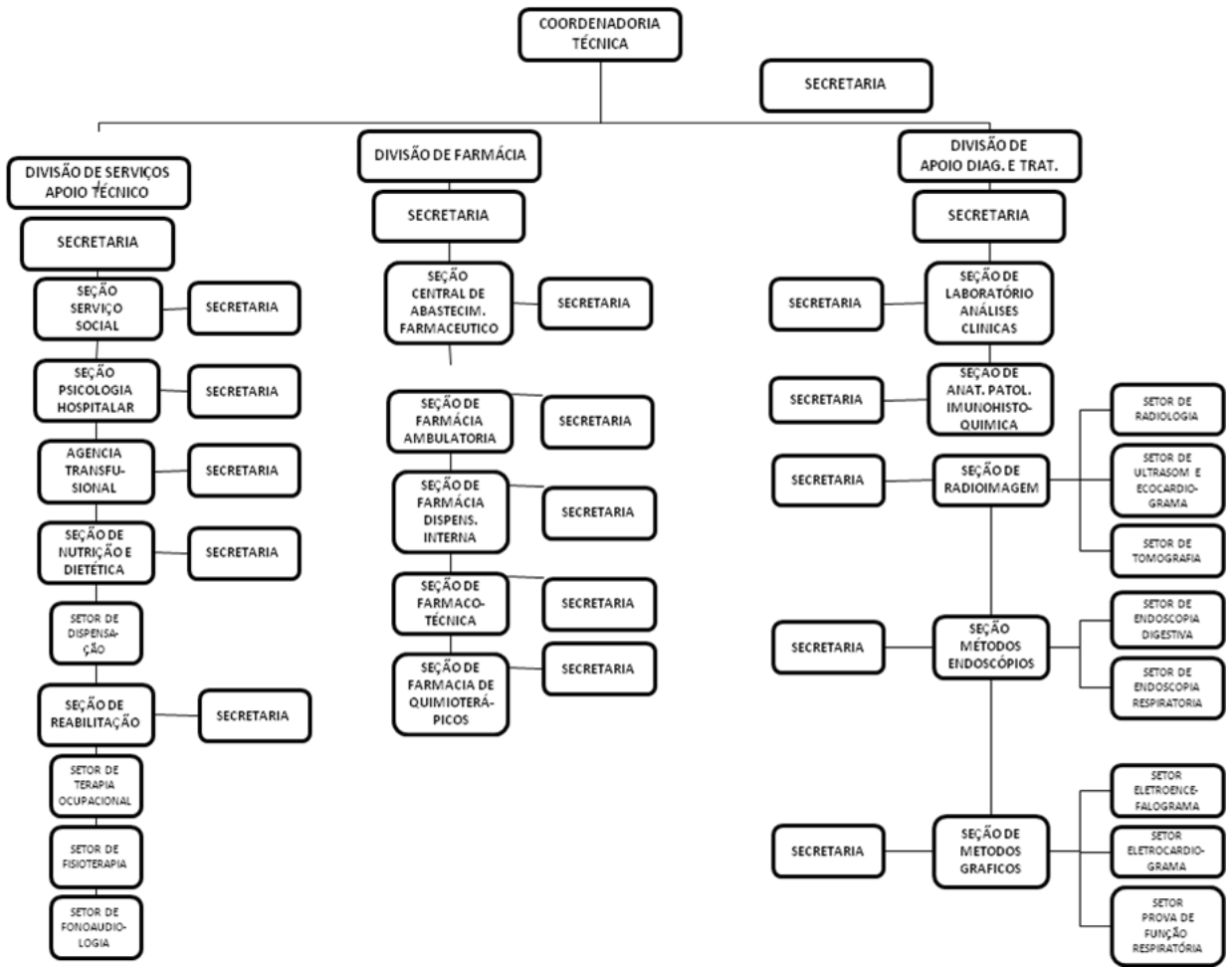
Hospital Universitário João de Barros Barreto – Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/HUJBB/UFPA
Rua dos Mundurucus, 4487 - Guamá CEP. 66.073-000 Belém / Pará - Brasil Fone/Fax: (91)3201 6652/ PABX:
(91)3201 6600 Ramal: 6653
E-mail: cephujbb@yahoo.com.br

ANEXO II - Organograma









ANEXO III – Registro da Pesquisa no Conselho Nacional de Saúde / Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CNS/CONEP)



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0153.0.071.000-11	
Projeto de Pesquisa A MODELAGEM DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE A PARTIR DOS PROCESSOS DE GESTÃO DO TRABALHO EM UM HOSPITAL DE ENSINO DA REGIÃO METROPOLITANA DE BELÉM-PA			
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 35222514234	Pesquisador Responsável José Guilherme Wady Santos		Assinatura
Comitê de Ética			
Data de Entrega 21/01/2011	Recebimento: _____		

[Handwritten signature]
NOTA DE RECEBIMENTO
 Assinatura
 Nº 03840

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.

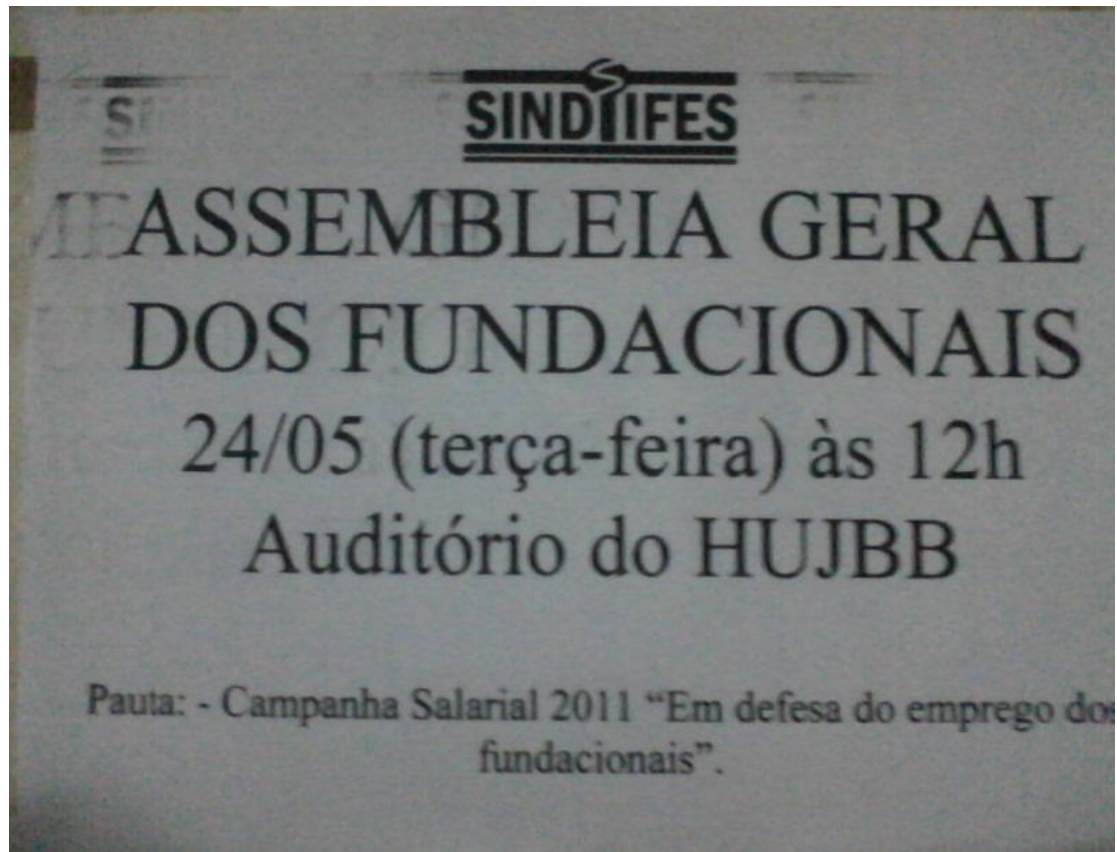


<http://portal2.saude.gov.br/sisnep/cep/caae.cfm?VCOD=398251>

21/1/2011

ANEXO IV – Convocação de Assembleia Geral para funcionários com vínculo de trabalho celetista

Registro feito pelo autor



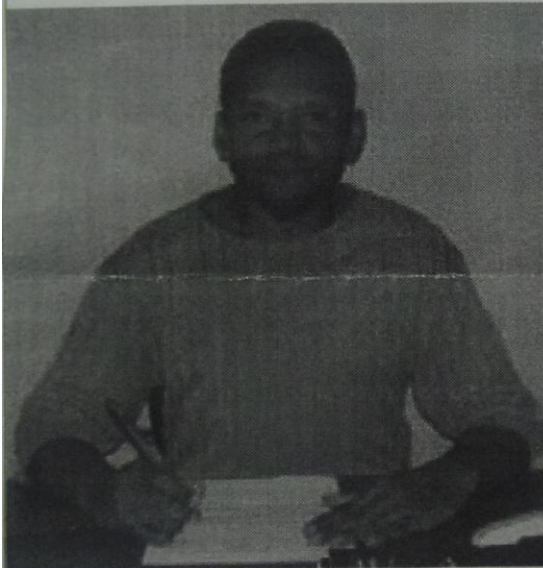
ANEXO V – Cartaz Eleição Conselho Gestor do HU

Eleição do Conselho Gestor do HUIBB

Dia 13 de Abril (quarta-feira)

Vote:

JOSÉ CARLOS DA SILVA



Técnico Administrativo da UFPA lotado no Hospital Universitário João de Barros Barreto, onde desempenha suas atividades há 29 anos. Exerce o cargo de Assistente em Administração na Divisão de Contas Médicas. É graduado em Comunicação Jurídica pela Faculdade de Tecnologia da Amazônia (FAZ), é Especialista em Desenvolvimento Regional e Institucional, Gestão Pública, Orçamentária e Financeira pelo Núcleo de Altos Estudos Amazônicos - NAEA/UFPA. DAME



Suplente: ZILA CAMARÃO

Técnica Administrativa da UFPA desde 1994, Técnica de Enfermagem, lotada no HUIBB – DIP, ex-diretora do SINDTIFES, Acadêmica do 4º ano em Serviço Social, cursando Formação em Gestão de Políticas Públicas em Gênero e Raça (IFCH - UFPA). 3º L

ANEXO V – Cartaz Eleição Conselho Gestor do HU

LOIANI DO SOCORRO PALHETA



Possui graduação em enfermagem e obstetrícia pela Universidade do Estado do Pará (1997). Especialista em doenças tropicais e saúde da família. Atualmente é técnico administrativo da UFPA. Tem experiência na área de enfermagem, com ênfase em enfermagem de doenças contagiosas e enfermagem cirúrgica. Exerce suas atividades em clínica cirúrgica e é membro efetivo do grupo de estudos de feridas do HUIBB, com experiência de 05 anos em administração dos serviços de saúde, auditoria de contas do SUS, gestão hospitalar e gerência de enfermagem. Realizou curso de saúde baseada em evidências, sistematização da assistência de enfermagem e gestão em enfermagem.

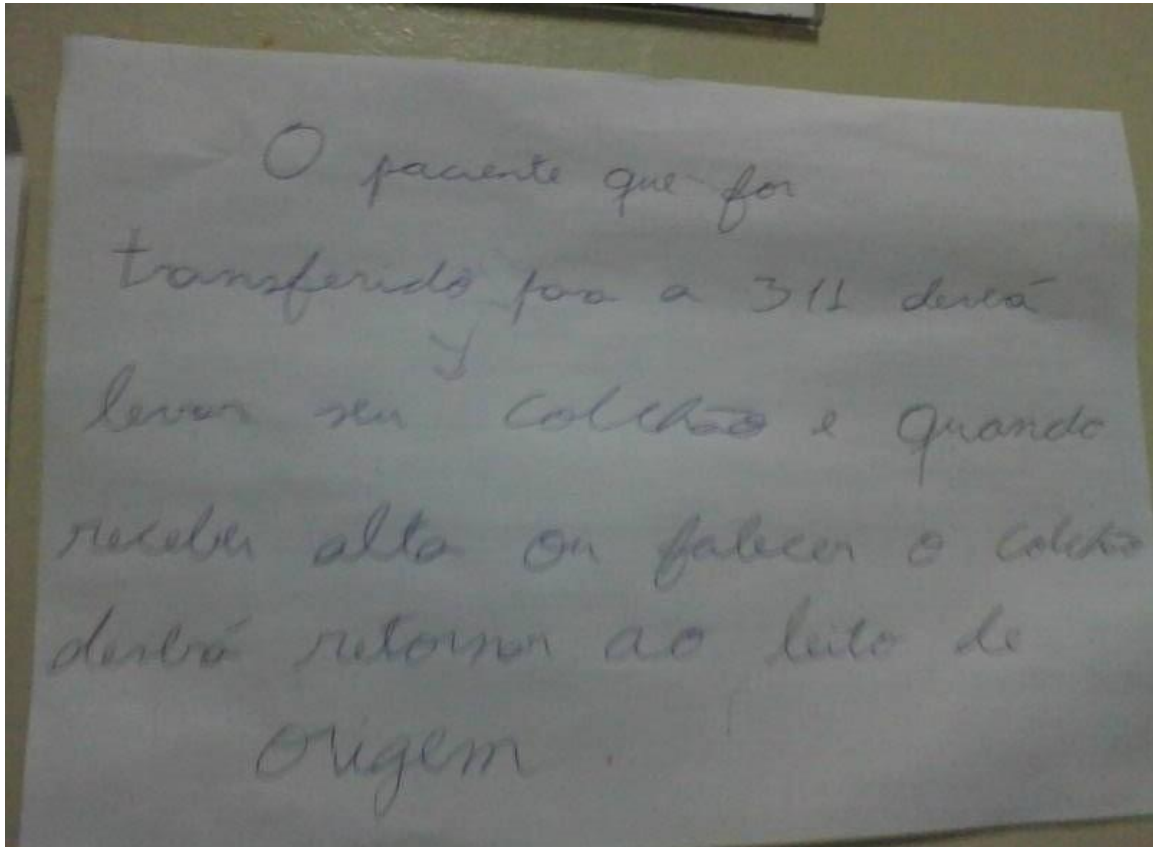
Suplente: CILEIDE DA MOTA 3ª

Enfermeira especialista Epidemiologista, Mestranda em Biologia parasitária da Amazônia, ex-dirigente sindical, ex-membro do CONSAD (UFPA), 16 anos como técnica administrativa da UFPA (com especialidade em infectologia), ativista do Movimento de Luta em defesa de melhorias nas condições de trabalho no serviço público e em defesa da carga horária de 30 horas.

Vote nos candidatos que estão nas lutas por melhorias para os trabalhadores e usuários do HUIBB. Por um Conselho Gestor democrático e com voz para as reivindicações da categoria. Contra todas as irregularidades e para acabar com a precarização que assola o hospital, vote em quem luta!

ANEXO VI

Aviso afixado em uma das salas da Clínica DIP



Fonte: Dados da pesquisa (2011)

O texto acima comunica que: “O paciente que for transferido para o 311 deverá levar seu colchão e quando receber alta ou falecer, o colchão deverá retornar ao leito de origem”.