

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**Patrícia Santiago Vieira**

**O TRABALHO EM SAÚDE NOS HOSPITAIS DE GESTÃO  
TERCEIRIZADA: O CASO DO ESTADO DE GOIÁS**

**Goiânia, 2013**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**Patrícia Santiago Vieira**

**O TRABALHO EM SAÚDE NOS HOSPITAIS DE GESTÃO  
TERCEIRIZADA: O CASO DO ESTADO DE GOIÁS**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de mestre em Sociologia.

**Goiânia, 2013**

**TERMO DE CIÊNCIA E DE AUTORIZAÇÃO PARA DISPONIBILIZAR AS TESES E DISSERTAÇÕES ELETRÔNICAS (TEDE) NA BIBLIOTECA DIGITAL DA UFG**

Na qualidade de titular dos direitos de autor, autorizo a Universidade Federal de Goiás (UFG) a disponibilizar, gratuitamente, por meio da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações (BDTD/UFG), sem ressarcimento dos direitos autorais, de acordo com a Lei nº 9610/98, o documento conforme permissões assinaladas abaixo, para fins de leitura, impressão e/ou download, a título de divulgação da produção científica brasileira, a partir desta data.

**1. Identificação do material bibliográfico:**       **Dissertação**       **Tese**

**2. Identificação da Tese ou Dissertação**

Autora:	Patrícia Santiago Vieira		
E-mail:	santiago_fisioterapeuta@hotmail.com		
Seu e-mail pode ser disponibilizado na página? <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Vínculo empregatício do autor	Docente do IFG		
Agência de fomento:	Coordenação de aperfeiçoamento de pessoal de nível superior	Sigla:	CAPES
País:	Brasil	UF: GO	CNPJ:
Título:	O trabalho em saúde nos hospitais de gestão terceirizada: o caso do Estado de Goiás		
Palavras-chave:	hospitais públicos, organizações sociais, gestão terceirizada, trabalho em saúde.		
Título em outra língua:	Health work in hospitals outsourced management: the case of the State of Goiás		
Palavras-chave em outra língua:	Public hospitals, social organizations, outsourced management, health work		
Área de concentração:	Sociedade, política e cultura		
Data defesa: (dd/mm/aaaa)	05/07/13		
Programa de Pós-Graduação:	Sociologia		
Orientador (a):	Revalino Antônio de Freitas		
E-mail:	freitas@cienciassociais.ufg.br		

**3. Informações de acesso ao documento:**

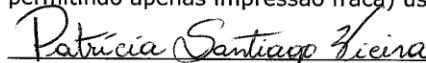
Liberação para disponibilização?<sup>1</sup>       total       parcial

Em caso de disponibilização parcial, assinale as permissões:

Capítulos. Especifique: \_\_\_\_\_  
 Outras restrições: \_\_\_\_\_

Havendo concordância com a disponibilização eletrônica, torna-se imprescindível o envio do(s) arquivo(s) em formato digital PDF ou DOC da tese ou dissertação.

O Sistema da Biblioteca Digital de Teses e Dissertações garante aos autores, que os arquivos contendo eletronicamente as teses e ou dissertações, antes de sua disponibilização, receberão procedimentos de segurança, criptografia (para não permitir cópia e extração de conteúdo, permitindo apenas impressão fraca) usando o padrão do Acrobat.

  
 Assinatura do (a) autor (a)

Data: 04/ 09 / 2013

<sup>1</sup> Em caso de restrição, esta poderá ser mantida por até um ano a partir da data de defesa. A extensão deste prazo suscita justificativa junto à coordenação do curso. Todo resumo e metadados ficarão sempre disponibilizados.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA**

**Patrícia Santiago Vieira**

**O TRABALHO EM SAÚDE NOS HOSPITAIS DE GESTÃO  
TERCEIRIZADA: O CASO DO ESTADO DE GOIÁS**

Dissertação apresentada no Programa de Pós-Graduação em Sociologia, da Universidade Federal de Goiás, para obtenção do título de mestre em Sociologia.

Área de concentração: Sociedade, política e cultura.  
Linha de pesquisa: Trabalho, Empregos e Sindicato.

Orientador: Dr. Revalino Antônio de Freitas.

**Goiânia, 2013**

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
GPT/BC/UFG**

V658t Vieira, Patrícia Santiago Vieira.  
O trabalho em saúde nos hospitais de gestão terceirizada  
[manuscrito]: o caso do Estado de Goiás /Patrícia Santiago  
Vieira. - 2013.  
222 f.

Orientador: Prof. Dr. Revalino Antônio de Freitas.  
Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Goiás,  
Faculdade de Ciências Sociais, 2013.

Bibliografia.

Inclui lista de siglas e tabelas.

Anexos.

Apêndice.

1. Terceirização – Gestão – Hospitais públicos – Goiás  
(Estado). 2. Terceirização – Serviço – Rotatividade. 3.  
Organizações sociais. I. Título.

CDU: 005.961:005.914.3



UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
FACULDADE DE CIÊNCIAS SOCIAIS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SOCIOLOGIA

ATA DA SESSÃO DE JULGAMENTO DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO DE

PATRÍCIA SANTIAGO VIEIRA

Aos cinco dias de julho de 2013, às 14:00 horas, na Sala 29 da Faculdade de Ciências Sociais da Universidade Federal de Goiás, realizou-se a sessão de julgamento da Dissertação de Mestrado do mestrando **PATRÍCIA SANTIAGO VIEIRA**, intitulada *O Trabalho em Saúde nos Hospitais de Gestão Terceirizada: O Caso do Estado de Goiás*. A Banca Examinadora foi composta, conforme Portaria n.º 009/2013-FCS, de 04 de julho de 2013, pelos seguintes Professores Doutores: Revalino Antonio de Freitas (Presidente/UFG), Cláudia March Frota de Souza (UFF) e Lucinéia Scremin Martins (UFG) – Suplente: Cleito Pereira dos Santos (UFG). O candidato apresentou o trabalho, os examinadores o arguíram e ele respondeu as arguições. Às 15:40 horas, a Banca Examinadora passou a julgamento em sessão secreta, pela qual foram atribuídos ao mestrando os seguintes resultados:

**Aprovado(a)**    ( ) Reprovado(a)

Dr. Revalino Antonio de Freitas \_\_\_\_\_

**Aprovado(a)**    ( ) Reprovado(a)

Dr. Cláudia March Frota de Souza \_\_\_\_\_

**Aprovado(a)**    ( ) Reprovado(a)

Dr. Lucinéia Scremin Martins \_\_\_\_\_

Resultado Final \_\_\_\_\_

**APROVADA**

Reaberta a sessão pública, a Presidente da Banca Examinadora proclamou os resultados e encerrou a sessão, da qual foi lavrada a presente ata que vai assinada por mim, Marcelo Augusto Parrillo Rizzo, Secretária do Programa de Pós-Graduação em Sociologia, e pelos membros da Banca Examinadora.

Marcelo Augusto Parrillo Rizzo \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço aos meus pais, Sebastião Vieira Sobrinho e Edi da Rocha Santiago Vieira, que sempre propiciaram as condições necessárias para que eu me dedicasse aos estudos.

Ao meu orientador, Dr. Revalino Antônio de Freitas, pela oportunidade e abertura para a realização deste trabalho. Agradeço também as colaborações e correções dos professores Dr. Cleito Pereira dos Santos e Dr<sup>a</sup> Lucinéia Scremin Martins durante a qualificação, que foram fundamentais para o desenvolvimento deste trabalho.

Ao meu companheiro de jornada, Roberto Pereira Furtado, por sua sensibilidade durante todo o meu processo de qualificação e, sobretudo, por suas contribuições diretas e indiretas para a construção deste trabalho.

Aos meus familiares e amigos por compreenderem a minha ausência em muitos momentos importantes e pelo apoio dado para que eu finalizasse mais esta etapa da minha trajetória acadêmica.

Agradeço aos membros da banca examinadora que se disponibilizaram para participar deste momento e por suas contribuições neste processo.

Não poderia deixar de agradecer também, de forma muito especial e carinhosa, a todos os trabalhadores que gentilmente me receberam em suas casas e dedicaram um momento de seu descanso para contribuírem nesta pesquisa, partilhando suas alegrias, angústias e sofrimentos de forma bastante sincera.

Agradeço a CAPES pela concessão da bolsa de mestrado, que viabilizou a realização deste estudo.

## **Privatizado**

Privatizaram sua vida, seu trabalho, sua hora de amar e seu direito de pensar. É da empresa privada o seu passo em frente, seu pão e seu salário. E agora não contente querem privatizar o conhecimento, a sabedoria, o pensamento, que só à humanidade pertence.

Bertold Brecht

## RESUMO

No Estado de Goiás, a terceirização da gestão em hospitais públicos existe há mais dez anos, apesar disto, os estudos que analisam este processo ainda são escassos. O objetivo desta pesquisa foi analisar como a terceirização da gestão influencia no processo de trabalho e as repercussões para o trabalhador da saúde. Este estudo consiste no caso de dois hospitais públicos do Estado de Goiás com gestão terceirizada. Os hospitais foram selecionados com base no desenvolvimento do processo de terceirização da gestão. Deste modo, foi selecionado um hospital em que o processo está amplamente desenvolvido e o outro hospital em que o processo está em implantação. Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas do tipo semiestruturada com dez trabalhadores das diversas categorias profissionais de cada um dos dois hospitais. A escolha dos trabalhadores foi forma aleatória, sendo critério de inclusão que o sujeito trabalhasse diretamente no cuidado em saúde junto ao usuário. Os dados obtidos na coleta de dados foram categorizados em torno das seguintes categorias: produtividade/ rotatividade, intensificação do trabalho, autonomia, controle do trabalhador, adoecimento. Observa-se que as Organizações Sociais (OS) operam na lógica da produtividade, sendo necessário manter uma elevada rotatividade dos usuários no serviço. A política empregada pelas OSs para gestão dos hospitais públicos é a lógica empregada no setor privado e envolve o aumento do controle sobre o trabalho, a redução da autonomia do trabalhador, a intensificação do trabalho e culminam no adoecimento do trabalhador. Observa-se que a centralidade do atendimento dos hospitais geridos por OSs está na produtividade e, não no atendimento às necessidades em saúde do usuário, que muitas vezes, saem do serviço sem que estas tenham sido atendidas ou após ter recebido um atendimento de qualidade duvidosa. Espera-se que esta pesquisa possa contribuir nas análises acerca do trabalho em saúde em hospitais de gestão terceirizada, potencializando a resistência a esta forma de privatização e quebra do direito à saúde.

**Palavras -chave:** hospitais públicos, organizações sociais, gestão terceirizada, trabalho em saúde.

## ABSTRACT

In the State of Goiás, the outsourcing management of public hospitals existed for ten years, despite this, studies examining this process are still scarce. The aim of this study was to analyze how outsourcing management influences the work process and the repercussions for the workers. This study consists in the case of two public hospitals in the State of Goiás with outsourced management. The hospitals were selected based on the development of the outsourcing process management. Thus, a hospital has been selected as the process is developed and widely another hospital in which the process is being implemented. For data collection, semi-structured interviews were conducted with ten workers of different occupational categories of each hospital. The choice of the workers was random, and the inclusion criterion that the subject worked directly in health care by the user. The data obtained were categorized on the following categories: productivity / turnover of users, greater job autonomy, control of worker and illness. The Social Organizations (OS) operating in the logic of productivity, it is necessary to maintain a high turnover of users. The policy employed by OSs for management of public hospitals is the logic employed in the private sector and involves the increased job control, reduction of worker's autonomy, work intensification and culminate in illness of the workers. It is observed that the centrality of care of hospitals managed by OSs is on productivity and not on meeting the health needs of the user, who often leave the service without having their been met or after receiving an treatment of dubious quality . It is hoped that this research will contribute in analyzes of health work in hospitals outsourced management, increasing the resistance to this form of privatization and the breaking of the right to health.

**Keywords:** public hospitals, social organizations, outsourced management, health work

## LISTA DE SIGLAS

BM	Banco Mundial
CCQ	Círculo de Controle de Qualidade
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNES	Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNRS	Comissão Nacional de Reforma Sanitária
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos
ESF	Estratégia Saúde da Família
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVDH	Índice de valorização de desempenho hospitalar
IVDA	Índice de valorização de desempenho ambulatorial
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
OMC	Organização Mundial do Comércio
OPEP	Organização dos Países Exportadores de Petróleo
OS	Organização Social
OSCIP	Organização da Sociedade Civil de Interesse Público
PCCS	Plano de Carreiras, Cargos e Salários
PCR	Plano de Cargos e Remuneração
PDV	Plano de Demissão Voluntária
PGE	Procuradoria Geral do Estado
PEP	Prontuário Eletrônico do Paciente
POP	Procedimento Operacional Padrão
PSDB	Partido Social Democrata Brasileiro

SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SCQ	Sistema de Controle de Qualidade
SES	Secretaria do Estado de Saúde
SindSaúde	Sindicato dos Trabalhadores da Saúde do Estado de Goiás
SMS	Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia
SUDS	Sistema Único e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de consentimento livre e esclarecido
TQM	<i>Total Quality Management</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

## ÍNDICE DE TABELAS

**Tabela 1:** Dados gerais dos Entrevistados do Hospital Progresso.....64

**Tabela 2:** Dados gerais dos Entrevistados do Hospital Transição.....65

**Tabela 3:** Custos Indiretos do trabalho com encargos sociais.....67

**Tabela 4:** Custos Indiretos do trabalho com encargos trabalhistas.....67

**Tabela 5:** Jornada de trabalho e remuneração dos trabalhadores do Hospital Progresso.....87

**Tabela 6:** Jornada de trabalho e remuneração dos trabalhadores do Hospital Transição.....93

## **SUMÁRIO**

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS ATRAVÉS DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS.....	20
1 A reforma sanitária e a constituição do sistema único de saúde (SUS) .....	20
1.1 Da reforma administrativa do estado brasileiro à contrarreforma da saúde .....	34
1.1.1 A conjuntura da reforma administrativa do estado brasileiro.....	34
1.1.2 A política neoliberal e a desresponsabilização do estado pela garantia dos direitos sociais .....	466
1.1.3 A contrarreforma do setor de saúde e a terceirização da gestão dos hospitais ....	533
CAPÍTULO II – A CENTRALIDADE DO HOSPITAL NO ATENDIMENTO EM SAÚDE E A FORÇA DE TRABALHO NOS HOSPITAIS PROGRESSO E TRANSIÇÃO .....	61
2 A constituição do hospital terapêutico e a sua centralidade no atendimento em saúde .....	61
2.1 Caracterização dos trabalhadores dos hospitais Progresso e Transição .....	63
2.1.2 A entrada do trabalhador em hospitais de gestão terceirizada: a ausência do concurso público.....	70
2.1.3 A ausência do concurso público e a instabilidade dos trabalhadores nos hospitais de gestão terceirizada.....	74
2.2 A gestão terceirizada e a desorganização dos trabalhadores .....	87
2.2.1 A política de recompensa dos hospitais de gestão terceirizada e a fragmentação da categoria “trabalhadores da saúde”.....	87
2.2.2 As diferentes formas de vínculos contratuais e a fragmentação dos trabalhadores no interior do hospital.....	103
2.3 A gestão terceirizada e o sentimento de pertencimento: o compromisso com a coisa pública .....	108
2.4 A concepção dos trabalhadores sobre as os moderna e avante.....	110
CAPÍTULO III- O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE EM HOSPITAIS DE GESTÃO TERCEIRIZADA .....	118
3 A entrada do usuário e o acesso aos serviços nos hospitais de gestão terceirizada...	118

3.1 O perfil do usuário atendido nos hospitais Progresso e Transição .....	125
3.2 O cardápio de ofertas nos hospitais Transição e Progresso e o acolhimento do usuário .....	127
3.2.1 O trabalho no setor público e a implantação do <i>managerialismo</i> .....	132
3.2.2 O encontro do trabalhador com o usuário e a construção de vínculos: o acolhimento .....	136
3.3 A política da produtividade e as relações com o trabalho nos hospitais Transição e Progresso .....	140
3.4 A intensificação do trabalho nos hospitais Progresso e Transição .....	146
3.5 O planejamento e a realização do trabalho: a autonomia do trabalhador .....	150
3.5.1 A autonomia hierárquica e a (não) participação do trabalhador na gestão: o declínio do controle social .....	150
3.5.2 O planejamento e a execução do trabalho: a autonomia técnica .....	157
3.6 O controle e a disciplinarização do trabalhador no hospital de gestão terceirizada .....	169
9	
3.6.1 A avaliação e o controle do trabalhador .....	175
3.6.2 A política educativa e a disciplinarização do trabalhador: um processo de ideologização .....	1799
3.7 O trabalho que adoecer: o adoecimento dos trabalhadores dos Hospitais Progresso e Transição .....	183
3.8 A saída do usuário dos hospitais Progresso e Transição e a qualidade do atendimento .....	1899
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	1933
REFERÊNCIAS .....	1999
ANEXOS .....	2111
APÊNDICES .....	2133

## INTRODUÇÃO

A terceirização da gestão dos hospitais públicos através das Organizações Sociais (OS) é um processo bastante recente no cenário brasileiro, sendo que as primeiras experiências iniciaram-se em 1998. Apesar de recente, esta forma de gestão tem sido implantada em diversos Estados brasileiros. No Estado de Goiás, o primeiro hospital gerido por uma OS iniciou suas atividades há mais de dez anos. Atualmente, esta instituição é considerada um modelo de “gestão moderna” da saúde no Estado e, portanto, referência para a implantação nos demais hospitais do Estado. A extensão deste formato de gestão para os hospitais públicos de Goiás está sendo vigorosamente colocada em ação e, neste momento, sete hospitais públicos já tiveram o seu formato de gestão alterado.

De modo geral, as pesquisas que demonstram a penetração da lógica da organização capitalista no setor de saúde já têm sido produzidas merecendo destaque as obras de Pires (2008) e Merhy (2002). Pires (2008) apresenta o estudo de dois hospitais e trata dos impactos da reestruturação produtiva sobre o processo de trabalho, considerando a inserção da tecnologia de ponta e a terceirização de serviços no setor de saúde. Merhy (2002) apresenta discussões acerca da reestruturação produtiva na saúde e sobre a introdução da tecnologia no serviço de saúde, além de analisar a influência da reestruturação produtiva na produção do cuidado em saúde. Contudo, os estudos que analisam a forma como o processo de terceirização da gestão tem influenciado no processo de trabalho e para o trabalhador da saúde ainda são escassos. Neste campo, merecem destaque os trabalhos de March (2009; 2011) e Granemann (2008).

Assim, neste momento, em que é realizada a ampliação deste modelo de gestão para outros hospitais do Estado, em que a terceirização da gestão está na pauta de discussões de diversos grupos da sociedade faz-se necessária uma análise mais aprofundada de como a gestão terceirizada influencia no processo de trabalho dos profissionais da saúde diretamente envolvidos com o ato assistencial e, sobretudo no trabalhador. Este foi o problema de pesquisa deste trabalho, sendo que o objetivo geral foi identificar e analisar as repercussões da terceirização da gestão para o trabalhador da saúde e no trabalho em saúde.

O método utilizado para o desenvolvimento desta pesquisa foi o materialismo histórico e dialético. Minayo (1994, p.65) compreende que o materialismo histórico

“representa o caminho teórico que aponta a dinâmica do real na sociedade, a dialética refere-se ao método de abordagem deste real”. Nesta perspectiva, uma categoria fundamental é a totalidade. Isto significa que a realidade objetiva é um todo, composto mediações relacionadas de diferentes formas, obedecendo a diferentes leis e, que estão em constante movimento.

Para conhecer o todo, é necessário ultrapassar a aparência fenomênica distinguindo-se a essência da aparência, que está dada imediatamente no plano descritivo, apreendendo as determinações mais determinantes:

O conhecimento se realiza como separação de fenômeno e essência, do que é secundário e do que é essencial, já que só através dessa separação se pode mostrar a sua coerência interna, e com isso, o caráter específico da coisa. Neste processo o secundário não é deixado de lado como irreal ou menos real, mas revela seu caráter fenomênico ou secundário mediante a demonstração de sua verdade na essência da coisa. Essa decomposição do todo, que é elemento constitutivo do conhecimento filosófico- com efeito, *sem decomposição não há conhecimento* - demonstra uma estrutura análoga à do agir humano: também a ação se baseia na decomposição do todo (KOSIK, 1976, p.18).

Kosik (1976) chama a atenção que este processo de busca da totalidade concreta demanda a decomposição do todo em categorias mais simples com separação de fenômeno e essência. Além disso, é preciso apreender as leis que regem as determinações e as transformações da coisa que se busca conhecer.

O ponto de partida para análise das influências da terceirização da gestão no trabalho em saúde e para o trabalhador foi a manifestação aparente do fenômeno, sendo que esta representação imediata correspondia a um todo caótico. Neste momento inicial, surgiram as categorias terceirização da gestão e processo de trabalho em saúde como ponto de partida.

No processo de análise, este todo caótico foi decomposto até chegar-se nas determinações mais simples com a finalidade de alcançar o concreto pensado:

O concreto é concreto porque é a síntese de muitas determinações, isto é, unidade do diverso. Por isso o concreto aparece no pensamento como o processo da síntese, como resultado, não como ponto de partida, ainda que seja o ponto de partida efetivo e, portanto, o ponto de partida também, da intuição e da representação (MARX, 1977, p.1).

Depois de analisadas as características e propriedades, distinguiu-se aquelas consideradas essenciais das secundárias, as mediações e correlações existentes e as

contradições. Deste modo, surgiram as seguintes categorias: produtividade/rotatividade, intensificação do trabalho, autonomia, controle do trabalho e adoecimento. Ao chegar nestas categorias, é que foi realizado o movimento de volta, chegando novamente ao processo de terceirização da gestão e ao trabalho em saúde. Entretanto, ao empreender este movimento de volta, este já não era mais um todo caótico e, sim uma totalidade com suas múltiplas determinações.

Portanto, é em uma totalidade que é possível compreender o processo desenvolvido nos hospitais públicos do Estado de Goiás. Neste sentido, foi necessário compreender determinações mais amplas como o modo de produção vigente, as políticas neoliberais e a Reforma Administrativa do Estado e as próprias políticas públicas em saúde evidenciando-se como as relações políticas, sociais e econômicas presentes na sociedade brasileira determinam que esta política esteja sendo posta em ação nas instituições hospitalares e, conseqüentemente como esta também influencia na organização social e econômica como um todo.

Minayo (1994) afirma que a categoria totalidade possibilita a compressão do particular no geral e vice-versa e, que a totalidade termina por constituir-se também em uma parte. Nesta perspectiva, Minayo (1994, p.71) afirma que o método dialético possibilita que a totalidade seja “dinâmica e viva que se coloca o princípio da união dos contrários”. O princípio da união dos contrários implica em uma relação dialética entre fenômeno e essência, entre leis e o fenômeno, entre teoria e prática, entre objetivo e subjetivo, entre base material e a consciência, entre imaginação e razão, entre singular e universal, entre indução e dedução (MINAYO, 1994).

Considerando-se este princípio, a questão da terceirização da gestão e o trabalho em saúde devem ser compreendidos como produto de um processo de tensão e constituição recíproca, em constante movimento.

Esta pesquisa constitui-se em um estudo de caso com abordagem qualitativa que também apresenta elementos quantitativos. Segundo Chizzotti (2010), o estudo de caso é:

Uma caracterização abrangente para designar uma diversidade de pesquisas que coletam e registram dados de um caso particular ou de vários casos a fim de organizar um relatório ordenado e crítico de uma experiência, ou avaliá-la analiticamente, objetivando tomar decisões a seu respeito ou propor uma ação transformadora. O caso é tomado como unidade significativa do todo e, por isso, suficiente tanto para fundamentar um julgamento fidedigno quanto propor uma intervenção. É considerado também como um marco de referência de complexas condições socioculturais que envolvem uma situação

e tanto retrata uma realidade quanto revela a multiplicidade de aspectos globais, presentes em uma dada situação (CHIZZOTTI, 2010, p. 102).

Este trabalho trata-se do caso de dois hospitais públicos do Estado de Goiás com gestão terceirizada, em que estes casos foram analisados a fim de avaliar como a gestão terceirizada impacta no trabalho em saúde e no trabalhador. Para a escolha dos casos a serem estudados, selecionou-se primeiramente um hospital no qual o processo de gestão terceirizada está amplamente desenvolvido e, é considerado como referência para a implantação deste formato de gestão nos demais hospitais do Estado de Goiás.

A opção por este hospital foi em virtude de que os hospitais considerados como mais avançados tendem a ser uma referência para aqueles menos avançados. Assim, ao se compreender o trabalho em saúde neste hospital referência e os impactos da gestão, pode-se perceber a tendência das mudanças que ocorrerão nos hospitais em que o processo ainda não foi implantado ou está em fase de implantação. A segunda instituição escolhida trata-se de um hospital em que a gestão terceirizada, no momento da pesquisa, havia iniciado há oito meses. Portanto, trata-se de uma instituição em que os trabalhadores estavam vivenciando as mudanças, os conflitos com a nova gestão.

Para manter o sigilo das instituições e, conseqüentemente o anonimato dos trabalhadores entrevistados, os hospitais foram denominados de: Hospital Progresso e Hospital Transição.

O Hospital Progresso foi um dos primeiros hospitais do Estado de Goiás a ser gerido por uma OS e, é considerado como um centro de excelência não só no Estado de Goiás, mas no Brasil como um todo. Este hospital tem a peculiaridade de já ter iniciado suas atividades sob a gestão de uma OS, que ao longo desta exposição será denominada de OS Moderna. Atualmente, este Hospital é considerado um modelo de “gestão moderna” da saúde no Estado e, portanto, referência para a implantação nos demais hospitais.

Conforme os dados do CNES, até fevereiro de 2013 o Hospital Progresso contava com quatrocentos e oitenta e nove trabalhadores da área de saúde. Estes trabalhadores são cadastrados no CNES com as profissões relacionadas a seguir: médicos, psicólogos, técnicos de enfermagem, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas, biomédicos, terapeutas ocupacionais, técnicos em radiologia e imagenologia, assistente social, técnico em nutrição e dietética, professor de alunos com deficiência, avaliador físico e instrumentador.

Já o Hospital Transição teve a sua gestão transferida para uma OS, que nesta pesquisa será denominada OS Avante, apenas no ano de 2012. Trata-se de uma instituição em que o processo de implantação deste formato de gestão está em processo, portanto, em transição. No CNES havia até fevereiro de 2013, oitocentos e setenta e três trabalhadores deste hospital cadastrados com as seguintes profissões: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem, nutricionistas, biomédicos, assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêuticos, cirurgiões, psicólogos.

O primeiro momento da pesquisa de campo iniciou-se com a localização dos trabalhadores das duas instituições. Os trabalhadores entrevistados foram, em grande parte, localizados através de uma rede social. Para tanto, após a escolha das instituições, a escolha dos trabalhadores foi realizada a partir de contatos privados com os trabalhadores destas instituições que colocaram em seus perfis da internet que trabalhavam nas instituições escolhidas. Durante o mês de agosto e início do mês de setembro de 2012, foram enviadas cinquenta mensagens privadas, nas quais havia uma apresentação da pesquisadora, uma breve explicação da pesquisa e o convite para participar da pesquisa. Apenas quinze trabalhadores responderam à mensagem, embora, os demais tivessem visualizado a mensagem, conforme indicador da rede social. A maior parte das respostas positivas foi dos trabalhadores do Hospital Transição. Nenhum dos médicos respondeu à mensagem, o que justifica a ausência dos profissionais desta categoria nesta pesquisa.

Quando esta forma de localização não gerou mais possibilidade de contatos, foi necessário solicitar aos entrevistados que fizessem a indicação de trabalhadores que poderiam participar da pesquisa para que o quantitativo de dez trabalhadores de cada instituição fosse completado.

Para coleta de dados, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com duração de cinquenta minutos à uma hora e dez minutos. A entrevista semiestruturada foi eleita como técnica de coleta de dados pelo fato de dar ao pesquisador maior flexibilidade, na medida em que permite que este realize novos questionamentos durante a entrevista, caso seja necessário. Trata-se de um tipo de entrevista que parte de “questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante” (TRIVIÑOS, 1987, p.146).

As entrevistas foram realizadas entre setembro a novembro de 2012, sendo que estas foram previamente agendadas, com cada um dos sujeitos em dias e horários que estes acharam mais convenientes. O local foi escolhido pelos participantes, sendo que a maior parte das entrevistas foi realizada em locais públicos, como lanchonete, *shopping* e algumas nas casas dos participantes. As entrevistas foram gravadas e, posteriormente transcritas para a análise.

Inicialmente, ao explicar o objetivo da pesquisa aos trabalhadores, principalmente, do Hospital Progresso estes já afirmavam que não tinham nada a declarar e que a OS Moderna era muito boa. Os trabalhadores do Hospital Transição já apresentavam outra postura, uma necessidade urgente de desabafar, um misto de angústia e medo. Inclusive, uma trabalhadora do Hospital Transição deixou claro diversas vezes antes da entrevista que se seu nome fosse divulgado e, se a pesquisadora não respeitasse o que estava sendo informado a ela, com certeza, ela iria me processar. Antes de cada entrevista e até mesmo da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) por cada participante, foi necessário realizar um *rapport*<sup>1</sup>.

Para a triangulação dos dados, constituiu-se um *corpus* de documentos disponíveis no *site* do Ministério da Saúde (MS), a base de dados do CNES e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Os dados foram analisados a partir da organização proposta por Minayo (1994): a) ordenação dos dados; b) classificação; c) análise final. Inicialmente, foi realizada a ordenação dos dados que compreende a reunião e o mapeamento dos dados da pesquisa, em seguida foi realizada a classificação, momento no qual os dados foram agrupados em categorias, isto é, em torno dos conceitos que possam abrangê-los. Para auxiliar no processo de ordenação e classificação, os dados foram introduzidos no programa *Weft QDA*.

Por fim, foi realizada a análise final, etapa na qual os dados obtidos foram relacionados com o referencial acerca do assunto. Para o tratamento e análise dos dados foi utilizada a análise de conteúdo, que tem como objetivo: “compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (CHIZZOTTI, 2010, p.98).

---

<sup>1</sup> *Rapport* consiste em uma técnica necessária para criar vínculo, mesmo que mínimo entre entrevistado e entrevistador. Trata-se de uma forma de comunicação inicial para deixar o entrevistado mais à vontade e, deixar claro que o entrevistador o entende.

A exposição desta pesquisa foi estruturada em três capítulos. No primeiro capítulo, inicialmente, a proposta da Reforma Sanitária, encabeçada pelo movimento sanitarista e suas conquistas: a VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), a incorporação no texto constitucional de princípios presentes nesta conferência garantindo a saúde como um direito social e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Destaca-se que a partir dos anos 1990, os governantes brasileiros colocaram em ação uma série de ações que são denominadas de Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, estas medidas, em tese, prometiam à melhoria da qualidade dos serviços públicos, ao fim da burocracia, a manutenção dos saldos positivos entre outros. Esta mesma lógica, também está presente no setor de saúde sob a roupagem da Reforma Administrativa do Setor de Saúde.

O segundo capítulo traz uma caracterização dos trabalhadores dos hospitais de gestão terceirizada evidenciando-se a condição de assalariamento destes trabalhadores que estão no serviço público. Entretanto, a forma de entrada dos trabalhadores nos hospitais de gestão terceirizada não se dá pelo concurso público, mas via contratação direta pela OSs, o que faz com que predominem os contratos regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT). Deste modo, os concursos públicos não são realizados e, muito menos os candidatos das listas de espera de concursos realizados, anteriormente, são convocados. A forma de ingresso do trabalhador no serviço é através de processos seletivos. Faz-se necessário ressaltar que sob gestão das OSs há uma diversidade de vínculos contratuais tanto no Hospital Progresso quanto no Hospital Transição bem como uma situação de inexistência de vínculo como é o caso dos autônomos e terceirizados.

E por fim, no terceiro capítulo é apresentado o processo de trabalho em saúde e a especificidade deste trabalho. Em seguida, expõe-se o processo de trabalho em saúde realizado nos hospitais de gestão terceirizada e os impactos desta forma de gestão no trabalho. Esta análise é orientada pelo fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde produzido por Merhy (1997). Neste sentido, a análise do processo de trabalho perpassa desde a entrada dos usuários<sup>2</sup> no serviço, recepção, os processos decisórios, cardápio de ofertas e a saída do usuário evidenciando-se como a lógica da

---

<sup>2</sup> O termo usuário será utilizado neste trabalho para designar todo aquele que utiliza o serviço de saúde público, mais especificamente o SUS. Este termo contrapõe-se à ideia dos termos cliente e paciente, visto que o termo cliente remete a uma relação mercadológica, uma relação de compra de serviços enquanto que o termo paciente traz, em si, uma referência à passividade daquele que necessita do serviço. É neste sentido que o termo usuário ou usuário do serviço é mais adequado.

produtividade/rotatividade influencia na organização dos serviços, no aumento do controle sobre o trabalhador, na intensificação do trabalho e no adoecimento do trabalhador.

## **CAPÍTULO I – O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A TERCEIRIZAÇÃO DA GESTÃO NOS HOSPITAIS PÚBLICOS ATRAVÉS DAS ORGANIZAÇÕES SOCIAIS**

### **1 A Reforma Sanitária e a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS)**

No capitalismo, a desigualdade social é evidente, pois apesar da produção ser realizada socialmente, a sua apropriação é privada. Deste modo, os interesses dos trabalhadores e detentores dos meios de produção são antagônicos, o que resulta em uma constante tensão entre capital e trabalho, na luta de classes. Para Marshall (1967) a desigualdade é justificada pelo discurso do incentivo ao esforço individual, e como forma de distribuição do poder. Entretanto, esta é uma ideologia que oculta a apropriação privada das riquezas produzidas socialmente e a concentração de poder com os proprietários dos meios de produção.

Nesta perspectiva, dissemina-se a ideologia de que a riqueza de uma classe social é resultado do esforço pessoal, portanto, consequência do mérito, enquanto que a pobreza dos explorados é tratada como uma prova do fracasso individual. Tanto a riqueza quanto a pobreza são tratadas na dimensão individual, desconsiderando-se a inserção do ser social na produção, ocultando e perpetuando a relação de exploração da classe trabalhadora.

Entretanto, Behring (2006) afirma que a própria dinâmica do capitalismo, concentradora e monopolizadora de renda e riqueza – que possibilita espaço apenas aos grandes detentores de capital – impede que a ideologia do empreendedorismo e do mérito pessoal seja consolidada e aceita. Portanto, faz-se necessário responder à questão da desigualdade social que não seja pela via do esforço e do mérito pessoal, o que culmina no desenvolvimento de políticas sociais. Behring e Boschetti (2011) entendem que as políticas sociais são fundamentais para manter o controle social, sendo elas respostas e desdobramentos “em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho” (BEHRING E BOSCHETTI, 2011, p.51).

Behring (2006) evidencia que o desenvolvimento das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais, como condição de cidadania, devem ser compreendidos em uma totalidade e como síntese de múltiplas determinações e, não apenas como uma reformulação do capitalismo para garantir a sua reprodução. Nesta perspectiva, as políticas sociais e a concessão de direitos resultam também da luta e resistência dos trabalhadores.

As políticas públicas de saúde também seguem a mesma lógica das demais políticas sociais e, portanto, apresentam múltiplas determinações. No Brasil, entre 1903 e 1920, a política de saúde caracterizava-se pela expressiva atuação do movimento sanitaria no âmbito das questões relativas à higiene. As ações deste movimento eram, muitas vezes, marcadas pela ação da polícia para obrigar o cumprimento das medidas de higiene ou mesmo a realização de procedimentos de diagnóstico. Mello *et. al* (2010, p.96) afirmam que o movimento sanitaria instituiu regras que deveriam nortear os comportamentos sociais e normas sanitárias que seriam colocadas em ação pelo Estado para racionalizar o “comportamento das classes e grupos sociais subordinados, ditará modelos de concepções em todos os campos da atividade humana”.

A perspectiva do movimento sanitaria era promover uma adequação da sociedade à nova lógica das relações sociais, disciplinar os corpos dos trabalhadores para a nova forma de produção e erradicar as epidemias e endemias que assolavam o país. Este é um momento em que o discurso sanitaria e a categoria médica-científica vão se impondo substituindo os curandeiros, benzedeiros, boticários.

Conforme Lima (2002), somente a partir de 1920 que se constitui um aparato estatal para a área da saúde com o objetivo de combater as doenças que acometiam os trabalhadores dos principais centros urbanos brasileiros. Após os anos 1930, pode-se afirmar que há o surgimento de um sistema típico de proteção social no Brasil, com a concepção de *cidadania regulada*<sup>3</sup> pelas profissões, ou seja, pela relação contratual. O Estado atua em benefício da acumulação do capital (LIMA, 2002; RISI JUNIOR *et. al.*, 2002; SANTOS, 1994).

Conforme Aciole (2003, p. 152), o início da intervenção do Estado no âmbito da saúde pública, nos anos 1930 com a criação dos centros de saúde responsáveis pela ação

---

<sup>3</sup> Santos (1994) afirma que, no Brasil, na lógica da *cidadania regulada*, há três parâmetros para se definir a condição de cidadania: a regulamentação das profissões, a carteira profissional (que é a prova, o atestado do vínculo de trabalho) e o sindicato público (a partir de 1931, a sindicalização não é mais livre, podendo ocorrer apenas por profissões).

de higiene e educação sanitária, “encontra vinculação efetiva com o processo de ruptura do modelo agroexportador em direção à rápida industrialização por que passava o país”.

O modelo de seguro social<sup>4</sup> implantado no Brasil foi inspirado naquele criado por Bismarck, na Alemanha, em 1883. O modelo de seguro social alemão trata-se de uma revolução pelo alto, ou seja, uma mudança produzida através de conciliações pelo alto, da classe hegemônica que gera transformações político-sociais sem qualquer participação das classes subalternas.

Observa-se que nem sempre houve políticas públicas no âmbito da saúde e que a constituição destas foi um processo intimamente relacionado ao contexto histórico, econômico e social brasileiro. Assim, as políticas públicas de saúde adotadas no Brasil passaram por diversos modelos até chegar ao modelo vigente. O atual modelo é o da seguridade social em que a saúde é considerada um direito de todos e dever do Estado, sendo esta concepção que fundamenta o SUS.

Esta é uma importante política social que tem sido progressivamente destruída através das estratégias empregadas para a quebra da garantia dos direitos sociais, sendo necessária analisá-la de forma mais pormenorizada. Portanto, passemos agora à análise desta política evidenciando a sua constituição e como sua consolidação tem sido progressivamente impedida.

Apesar de todos os problemas que o SUS apresenta, esta é uma política social efetiva para milhões de brasileiros, sendo reconhecida internacionalmente:

Assim é que podemos registrar a existência de uma rede de serviços composta por seis mil estabelecimentos hospitalares, com mais de 44 mil leitos disponíveis e cerca de sessenta e três mil unidades ambulatoriais. A produção anual dessa rede tem apresentado ritmo crescente e atingiu a marca anual de, aproximadamente, doze milhões de internações; um bilhão de procedimentos de atenção básica; cento e cinquenta milhões de consultas médicas etc. Seu desempenho na área de transplantes faz do Brasil o segundo país no mundo nesse tipo de procedimento; reconhecido internacionalmente pelo seu desempenho na atenção à área de DST/AIDS, garantindo atendimento universal aos portadores desses agravos; além de ser modelo pelos altos índices de cobertura vacinal e pelo atendimento relativo à atenção básica (ACIOLE, 2012, p.685).

---

<sup>4</sup> Teixeira (1985) sintetiza que a proteção social na forma de seguro social apresenta como características o financiamento tríplice: Estado, empregadores e empregados; administração realizada por empregadores e empregados sob o controle do Estado; os benefícios estão relacionados ao direito contratual e são de acordo com a contribuição individual; capitalização para formação de poupança ao longo da vida.

Aciole (2012) evidencia que o SUS conta com uma extensiva rede de serviços, nos quais os números de atendimentos realizados têm aumentado em todos os níveis de atenção: alta (hospitais), média (hospitais e ambulatórios) e baixa complexidade (unidade básica de saúde). Entre as diversas ações realizadas no âmbito do SUS merecem destaque: os procedimentos de transplante, a atenção às doenças sexualmente transmissíveis, incluindo o atendimento àqueles acometidos por estes agravos.

Nos anos 1970, o sistema capitalista enfrentou uma crise que repercutiu também no Brasil. Segundo Mercadante *et.al.* (2002), a crise no âmbito brasileiro tem um duplo efeito, piora a distribuição de renda e a qualidade de vida da sociedade, e também diminui as receitas fiscais e as contribuições sociais. Esta situação leva a um aumento das necessidades de atenção à saúde da sociedade devido à queda dos níveis de saúde, porém, o modelo de assistência em saúde baseado na medicina curativa não consegue atender às necessidades da sociedade, que neste momento eram principalmente no âmbito da saúde pública, como doenças endêmicas, mortalidade infantil. Ao mesmo tempo, a redução do crescimento econômico resultava em recursos cada vez mais reduzidos para a saúde e, ainda, as verbas eram desviadas para cobrir outros tipos de gastos do governo federal, o que impossibilitava que o Estado continuasse mantendo a política desenvolvida durante a ditadura militar de investimentos sociais e em infraestrutura (MERCADANTE *et. al.*, 2002; RIZOTTI, 2006).

A sociedade brasileira, em geral, padecia com péssimas condições de vida, grandes desigualdades sociais, o que segundo Rizotti (2006), acabou impulsionando e fortalecendo a ação de diversos movimentos sociais: movimento dos aposentados, movimento sanitário, movimentos populares, que reivindicavam o atendimento às necessidades sociais e o retorno ao regime democrático como forma de alcançar melhores condições de vida:

as ações políticas protagonizadas por aqueles movimentos convergiriam em sua quase totalidade para campanhas pela restauração do Estado de Direito e das liberdades civis e políticas no país. A reivindicação de democracia política surgia, pela primeira vez na história recente do país, dotada de um caráter substantivo, através da associação direta entre os objetivos da restauração democrática e de melhoria na qualidade de vida da população (RIZOTTI, 2006, p.8).

No caso específico da saúde ganhou fôlego, no final dos anos 1970, o movimento pela Reforma Sanitária:

[...] cujas principais bandeiras eram 1) a melhoria das condições de saúde da população; 2) o reconhecimento da saúde como direito social universal; 3) a responsabilidade estatal na provisão das condições de acesso a esse direito; 4) a reorientação do modelo de atenção, sob a égide dos princípios da integralidade da atenção e da equidade; 5) a reorganização do sistema com a descentralização da responsabilidade pela provisão de ações e serviços (MERCADANTE *et. al.*, 2002, p.246).

Em sua concepção inicial, Paim (2007) entende que a Reforma Sanitária era ao mesmo tempo uma proposta, um projeto e um processo, como também um movimento social. Para Paim (2007, p.150), a Reforma Sanitária, que ainda está em curso, trata-se de uma proposta na medida em que há um “conjunto articulado de princípios e proposições políticas”; de um projeto, pois é um “conjunto de políticas articuladas ou bandeira específica e parte de uma totalidade de mudanças” e também um processo pelo fato de que esta é um “conjunto de atos, em distintos momentos e espaços, que expressam práticas sociais – econômicas, políticas, ideológicas e simbólicas”.

Além disto, Paim (2007, p.150) compreende que a Reforma Sanitária é também um movimento pela democratização da saúde na medida em que se constitui “enquanto conjunto de práticas ideológicas, políticas e culturais que tomam a saúde como referente fundamental”. Desta forma, este movimento forjou o entendimento da saúde para além das determinações estritamente biológicas, de modo que, posteriormente, no relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) o conceito apresentado para saúde foi:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (BRASIL, 1986, p.4).

É nesta perspectiva que Paim (2007) entende a Reforma Sanitária Brasileira como um processo de reforma social, pois para além das mudanças específicas na área da saúde, a reforma sanitária brasileira deveria promover a transformação social, na medida em que só esta mudança no modo de organização da produção poderia transformar as condições de saúde da sociedade.

Entretanto, Campos (1988) compreende que a proposta da Reforma Sanitária Brasileira que se efetivou não foi, de fato, um projeto inovador, mas consistia em uma nova forma de pôr em ação a reorganização racionalizadora do sistema de saúde brasileiro empreendido desde o início dos anos 1970. Portanto, tratava-se de uma

continuidade do processo em que a reorganização racionalizadora assumiu “a roupagem e aparência de uma Reforma Sanitária” (CAMPOS, 1988, p.181). Este processo poderia:

ser melhor caracterizado *não* pela elaboração de novas propostas, pela luta aberta em torno de modificações do modo de produção de serviços de saúde ou pela alteração da correlação de forças no seio da sociedade: poderíamos dizer que esse tempo vem marcado por uma definição mais precisa das consignas do período anterior, por sua transformação em discurso e, às vezes, em diretrizes da política oficial e, ainda, pela transformação de parte significativa dos intelectuais que elaboraram o novo pensamento sanitário em dirigentes da máquina sindical (CAMPOS, 1988, p.181).

É isso que leva Campos (1988) a questionar a autenticidade do caráter da Reforma Sanitária Brasileira enquanto uma proposta dos movimentos sociais, na medida em que os técnicos pertencentes à burocracia governamental ou às universidades, que já estavam envolvidos com as ações de planejamento e administração da atenção médica sanitária, foram os principais fomentadores do projeto. Segundo Campos (1988), a constituição do partido sanitário teve como objetivo ocultar que o movimento sanitário e, mais especificamente, a Reforma Sanitária estavam vinculados aos interesses da classe hegemônica:

o principal agente das transformações teria sido o “partido sanitário” encastelado no aparelho estatal e apoiado, evidentemente, por autoridades constituídas. Ou seja, a própria eleição dos instrumentos para implementação das políticas, em larga medida, já diz de seus limites “transformistas” (no sentido gramsciano, de reforço do bloco politicamente dominante) e da renúncia, *a priori*, de qualquer veleidade de trabalhar, junto à sociedade, pela construção de uma nova hegemonia, de um novo bloco político, capaz de dar concretude, apesar dos constrangimentos impostos pela realidade brasileira, a um projeto de socialismo (CAMPOS, 1988, p.182).

Os intelectuais que constituíam o movimento sanitário pertenciam a diversos segmentos sociais, portanto, os planos e programas que estes elaboravam refletiam as diferentes forças que estavam em jogo e a disputa pelo poder. Deste modo, Campos (1988, p.182) reitera que “não existe, portanto um ‘partido de saúde’ colocado acima das classes, supostamente capaz de elaborar políticas em nome de e para ‘a sociedade’.

A VIII CNS, realizada em 1986, foi organizada por este conjunto de técnicos atrelados ao aparelho estatal. Campos (1988, p.184) ressalta que a VIII CNS foi “uma das raras ocasiões em que buscou apoios para seus projetos junto a setores da sociedade civil potencialmente interessados na transformação do *status quo* na área da saúde”.

Neste sentido, fica claro como este processo foi constituído: verticalizado, de cima para baixo, em que a participação da sociedade civil ocorreu de forma periférica, porém, esta participação foi fundamental para legitimar o processo, através da obtenção do consenso. Além disto, é necessário considerar que a sociedade, em geral, também foi beneficiada com a criação de um sistema de saúde universalizante que poderia propiciar o atendimento em saúde e melhores condições de vida.

Uma das repercussões da VIII CNS foi o indicativo da criação de uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária (CNRS), com uma composição bastante heterogênea, envolvendo setores progressistas da burocracia governamental, além de trabalhadores de entidades sindicais, patrões, prestadores de serviços de saúde, profissionais da saúde e uma vaga para o conselho nacional das associações de moradores, representando os usuários do serviço (CAMPOS, 1988).

Campos (1988, p.184) ressalta que “seja pelo predomínio numérico dos representantes governamentais, seja pelo despreparo e omissão do movimento sindical, o pensamento oficial predominou largamente na produção dessa comissão”. Em geral, atribui-se o projeto de Reforma Sanitária à pressão popular, por mais serviços médicos ou à expansão da condição de cidadania, entretanto, neste processo é mais determinante a necessidade de promover a reorganização da assistência médico-sanitária. Portanto, em nenhum momento houve o encaminhamento de um projeto de reforma, que visasse à transformação social e que limitasse o poder das elites. Neste sentido é que Campos (1988) denomina a Reforma Sanitária brasileira efetivada de Reforma Sanitária Oficial, pois o ideário de transformação social presente no projeto do movimento social nunca se efetivou.

A proposta da Reforma Sanitária Brasileira foi desenvolvida sob a influência do ideal redemocratizante do Brasil, sendo, portanto, bastante influenciada por este contexto. A influência do processo de redemocratização pode ser percebida, principalmente, no que diz respeito aos princípios do sistema único de saúde que deveria ser instituído:

tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social, foram teses defendidas na VIII CNS e na CNRS [*Comissão Nacional de Reforma Sanitária*] que se incorporaram ao novo texto constitucional (MERCADANTE *et. al.*, 2002, p.248).

Neste momento, foram esboçadas as primeiras referências (princípios) daquilo que seria o SUS, com ênfase na ação estatal para garantir condições dignas de vida e de acesso de todos aos serviços, quanto às ações de saúde que propiciassem a proteção, recuperação, promoção da saúde. Aprova-se a proposta de constituição de um sistema de saúde que fosse único, sustentado pelos princípios da descentralização, universalização, regionalização, hierarquização, integração e com atribuições específicas para cada esfera do governo<sup>5</sup>.

A CNRS foi a responsável por formular um projeto de lei levado para debate no congresso constituinte. A participação da CNRS no congresso constituinte resultou na inscrição, tanto na Constituição Federal de 1988, quanto em outras leis, como é o caso da Lei nº 8080 de 1990, dos princípios advogados pelo projeto da Reforma Sanitária, elaborados durante a VIII CNS.

Arretche (1998, p. 208), afirma que “a despeito do encaminhamento de várias emendas supressivas por parte de setores mais conservadores, o texto final da Constituição Federal de 1988 estabeleceu a saúde como direito universal”. Deste modo, versa no artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Este texto constitucional é de fundamental importância nas políticas de saúde no Brasil, visto que pela primeira vez tem-se garantido, na legislação, a saúde como um direito social universal, uma condição de cidadania que se contrapõe à lógica do direito

---

<sup>5</sup> Ao mesmo tempo em que os movimentos sociais se organizavam, foram postas em andamento ações governamentais para amenizar a calamidade na situação de saúde da sociedade brasileira, sendo que estas tinham como objetivo principalmente, a racionalização do sistema. Na primeira metade dos anos 1980, é criada a Comissão Interinstitucional de Planejamento (CIPLAN), que tinha como função fixar os repasses federais dos ministérios para o financiamento de serviços prestados pelas redes estaduais e municipais, bem como estabelecer normas de articulação programática entre Ministério da Saúde, Previdência e Educação. Em 1982, é elaborado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social (Plano CONASP) em que o objetivo era reorientar os serviços para atenção primária, reduzir a capacidade ociosa do setor público, a integração regionalizada e hierarquizada dos serviços públicos. Em 1984, foram implantadas as Ações Integradas de Saúde (AIS) que eram baseadas, principalmente, nas ações educativas e na medicina preventiva, realizadas pela própria comunidade, como forma de expandir a assistência em saúde para a sociedade brasileira. Em 1987, é criado um programa para desenvolver os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde nos Estados (SUDS) em que o objetivo era a descentralização da gestão para as secretarias estaduais de saúde (MERCADANTE *et. al.*, 2002).

presente na concepção de *cidadania regulada* pelas profissões, além de estender este direito aos moradores do campo.

[...] a possibilidade de superação da oferta estratificada de serviços, que diferenciava os indivíduos em indigentes e segurados da Previdência Social, e trouxe a oportunidade para reduzir a diferença de atendimento aos moradores do campo e da cidade, e entre as diferentes regiões do país (VASCONCELOS e PASCHE, 2009, p. 533).

O texto constitucional de 1988 enfatiza a mudança no modelo de proteção social, do seguro social para a seguridade social, sendo esta definida no artigo 194, da Constituição Federal, como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

Rizotti (2006, p.11) reflete que a criação do SUS assim como a criação de conselhos de representação popular, a bandeira da escola pública e gratuita, a reorganização das representações da sociedade civil, a extensão da legislação trabalhista ao campo foram necessários à “consolidação da ordem democrática e a resposta às demandas sociais”. Nesta perspectiva, observa-se que para garantir a hegemonia, a classe hegemônica utiliza-se da estratégia de obtenção do consenso das classes subalternas atendendo a certas demandas como é o caso do SUS. Deste modo, o SUS apresenta contradições em sua elaboração como aquelas presentes na sociedade civil, refletindo a contradição, a heterogeneidade, a luta de classes.

O SUS é definido como o “conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 1990a).

Conforme o artigo 198, da Constituição Federal, estas ações e serviços estariam organizados em redes regionalizadas e hierarquizadas de um sistema único de saúde, sob as seguintes diretrizes: “I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade” (BRASIL, 1988).

O artigo 9º da Lei n º 8080 enfatiza que, apesar de ser descentralizada, a direção do SUS é única, sendo que na União é de competência do Ministério da Saúde, nos Estados e Distrito Federal, de competência das Secretarias de Saúde estaduais e, nos

Municípios, de competência das Secretarias Municipais de Saúde ou um órgão equivalente a este (BRASIL, 1990a).

A Constituição Federal de 1988 traz as marcas do contexto histórico e das lutas dos movimentos sociais empreendidas nos anos 1970. Este movimento, sob a bandeira da descentralização, buscava eliminar os resquícios da ditadura, como a centralização do poder e o autoritarismo:

Nos países latino-americanos, a descentralização ganhou destaque como um meio para reestruturar o Estado e a gestão das políticas públicas de corte social. No entanto, essa discussão ocorreu por ocasião da mudança dos regimes políticos autoritários, que se consolidaram sob alto grau de centralização político-administrativa e com grandes diferenças sociais. Nesse contexto de crise política e econômica, a descentralização surgiu como uma possibilidade de democratização do poder (JUNQUEIRA, 1997, p.173).

É justamente esta ideia da descentralização, no contexto político-econômico e social daquele período, que também está presente nas leis orgânicas e na própria Constituição no que se refere à democratização da gestão do SUS. A gestão descentralizada do SUS implica que cada um dos entes federados têm atribuições específicas e algumas atribuições comuns. Lima (2002) evidencia que neste contexto a proposta da descentralização da gestão é uma crítica ao modelo de proteção social construído durante o regime militar, caracterizado pela centralização e pela iniquidade. Neste contexto, a descentralização era vista como um “instrumento de universalização do acesso e do aumento do controle dos beneficiários sobre os serviços sociais” (LIMA, 2002, p. 100).

Uma das inovações do SUS são as instâncias de controle social. Conforme Correa (2006), as instâncias de controle social estão intimamente relacionadas com uma concepção de Estado que para além da função coercitiva também exerce a função de criação e manutenção do consenso. Correa (2006, p.6) analisa que a criação e a manutenção do consenso pelo Estado ocorrem com a incorporação das demandas das classes subalternas, abrindo “a possibilidade de o Estado ser controlado por essas classes, a depender da correlação de forças existente entre os segmentos sociais organizados na sociedade civil”. Segundo Correa (2006), o controle social pode apresentar contradições na medida em que pode ser tanto de uma classe quanto de outra, o que dependerá da correlação de forças em um determinado momento histórico visto que este ocorre na disputa entre as classes pela hegemonia na sociedade civil e no Estado, via políticas públicas, de modo que

o controle social na perspectiva das classes subalternas visa a atuação de setores organizados na sociedade civil que as representam, na gestão das políticas públicas no sentido de controlá-las para que atendam, cada vez mais, às demandas e aos interesses dessas classes. Neste sentido, o controle social envolve a capacidade que as classes subalternas, em luta na sociedade civil, têm para interferir na gestão pública, orientando as ações do Estado e os gastos estatais na direção dos interesses destas classes, tendo em vista a construção de sua hegemonia. [...] Na perspectiva das classes subalternas, o controle social deve se dar no sentido dessas formarem cada vez mais consensos na sociedade civil em torno do seu projeto de classe, passando do momento “econômico-corporativo” ao “ético-político”, superando a racionalidade capitalista e tornando-se protagonista da história, efetivando uma “reforma intelectual e moral” vinculada às transformações econômicas. Esta classe deve ter como estratégia o controle das ações do Estado para que esse incorpore seus interesses, na medida em que tem representado predominantemente os interesses da classe dominante (CORREA, 2006, pp.6-7).

Correa (2006) enfatiza o papel fundamental que as classes subalternas deveriam ter sobre as ações do Estado e sobre o destino dos recursos financeiros, na medida em que através do controle social é possível resistir à redução das políticas sociais, à privatização e à mercantilização. Entretanto, a autora alerta para o perigo do uso do controle social como forma de obtenção de um “consentimento ativo” das classes subalternas. Isto significa que o mecanismo do controle social pode ser utilizado para a criação de consenso em torno de políticas que atendam aos interesses das classes dirigentes, sendo legitimados, inclusive, pelas classes subalternas.

No SUS, a participação da comunidade e, conseqüentemente, o controle social, dá-se em duas instâncias, regulamentadas pela Lei nº 8142 de 1990: os conselhos e as conferências de saúde, em que os usuários ocupam cinquenta por cento dos assentos, sendo os outros cinquenta por cento destinados aos representantes do governo, aos profissionais da saúde e aos prestadores de serviço privados.

A Lei nº 8142, de 1990, prevê a realização da Conferência de Saúde a cada quatro, anos para avaliar a situação de saúde e realizar a proposição de diretrizes para que sejam formuladas políticas de saúde pelo poder executivo. Esta mesma lei versa que o conselho de saúde, que tem caráter permanente e deliberativo, “atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros” (BRASIL, 1990b).

O projeto para o sistema de saúde brasileiro contemplava tanto os serviços de assistência quanto as ações de promoção, prevenção e cura e instituições de controle de

qualidade, pesquisa e produção de insumos, bem como as produtoras de medicamentos e equipamentos para a saúde e bancos de sangue.

Além das instituições públicas em todos os âmbitos da união de administração direta e indireta, o SUS também compreende a iniciativa privada, sendo admitida a participação desta em caráter complementar:

**Art. 199** - A assistência à saúde é livre à iniciativa privada.

§ 1º - As instituições privadas poderão participar de forma complementar do sistema único de saúde, segundo diretrizes deste, mediante contrato de direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

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

§ 3º - É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros na assistência à saúde no País, salvo nos casos previstos em lei (BRASIL, 1990a).

Neste ponto, pode-se observar um dos elementos contraditórios da estruturação do SUS. Há muito tempo, a iniciativa privada integrava a assistência em saúde no Brasil, com a prestação de serviços, contando com o financiamento público, sendo que este processo ganhou fôlego, principalmente, durante a ditadura militar. Desta forma, percebe-se que no SUS há uma permanência deste processo. Não é o SUS que permite a entrada da iniciativa privada no setor de saúde. Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, há uma legalização desta participação, que já vinha ocorrendo nos períodos anteriores. Para Campos (1988), a legalização da participação da iniciativa privada no sistema público de saúde demonstra o caráter do movimento da Reforma Sanitária e os interesses envolvidos. Este autor afirma que houve, inclusive, campanhas para que fosse organizado um sistema de saúde em que fosse possível compatibilizar o bem estar comum com o funcionamento regulado de leis de mercado.

O financiamento para o SUS é proveniente do orçamento da Seguridade Social, de acordo com as metas e prioridades presentes na Lei de Diretrizes Orçamentárias, podendo ser financiado por “II - serviços que possam ser prestados sem prejuízo da assistência à saúde; III- ajuda, contribuições, doações e donativos; IV - alienações patrimoniais e rendimentos de capital; V - taxas, multas, emolumentos e preços públicos arrecadados no âmbito do SUS; e VI - rendas eventuais, inclusive comerciais e industriais”. (BRASIL, 1990a) O planejamento do financiamento é realizado de baixo para cima, ou seja, do Município para a União. O dinheiro é depositado em uma conta

especial, que fica sob fiscalização do conselho de saúde. O montante relativo ao financiamento é estabelecido por uma combinação de critérios:

- I - perfil demográfico da região;
  - II - perfil epidemiológico da população a ser coberta;
  - III - características quantitativas e qualitativas da rede de saúde na área;
  - IV - desempenho técnico, econômico e financeiro no período anterior;
  - V - níveis de participação do setor saúde nos orçamentos estaduais e municipais;
  - VI - previsão do plano quinquenal de investimentos da rede;
  - VII - ressarcimento do atendimento a serviços prestados para outras esferas de governo.
- §1º Metade dos recursos destinados a Estados e Municípios será distribuída segundo o quociente de sua divisão pelo número de habitantes, independentemente de qualquer procedimento prévio (BRASIL, 1990a).

Mercadante *et al.* (2002) concluem que em uma análise geral da Lei nº 8080, que regulamenta o SUS, tem-se as principais tendências deste sistema, que são: o realce às competências do MS, não lhe competindo a prestação direta dos serviços a não ser em caráter supletivo; a ênfase na descentralização dos serviços e ações de saúde para os municípios; a valorização da cooperação entre União, Estados e Municípios. Através do SUS, o movimento da Reforma Sanitária conseguiu, apesar dos limites impostos pelos setores conservadores, empreender uma reforma racionalizante do setor de saúde, por meio de:

- a) integração das redes federal, estadual e municipal, e municipalização do atendimento primário;
- b) definição das fontes de financiamento;
- c) estabelecimento de funções para as instâncias de governo;
- d) criação de mecanismos automáticos de transferências de recursos no interior da rede pública e para o setor privado (LIMA, 2002, p. 101).

Porém, Fleury (1995) alerta que esta reforma não conseguiu alterar os preços praticados pelas empresas transnacionais produtoras de parte dos insumos (equipamentos, fármacos) consumidos pelo setor de saúde brasileiro, muito menos a concentração dos leitos hospitalares no setor privado, além de uma concentração dos recursos humanos e hospitalares no centro-sul do país. Portanto, permaneceram as desigualdades sociais em saúde no Brasil. A autora chama a atenção para o fato de que logo após a regulamentação do SUS houve uma redução do financiamento do setor de saúde, passando de um gasto per capita de US\$ 81.43 em 1989, para US\$ 54.33, no ano de 1991. O SUS funciona em condições precárias, assistindo apenas aos mais pobres, que não conseguem ter acesso aos serviços privados de saúde:

[...] os problemas relativos à estruturação e funcionamento do SUS são muitos e variados: a descentralização ocorre de modo limitado e limitante; o financiamento continua pendente em termos quantitativos (o montante de recursos disponíveis) e qualitativos (estabilidade e tipo de fontes de recursos); o controle social busca abrir caminhos em meio a uma sociedade desestimulada para as ações de cidadania e a um Estado desacostumado a ter seus atos controlados pela sociedade, portanto um Estado infenso ao controle público (ELIAS, 1998, p.67).

Rizotti (2006) observa que mesmo com a implantação do SUS nos dias atuais a estratificação da oferta não foi superada, evidenciando inclusive a ausência de um padrão de financiamento dos benefícios sociais nas diferentes regiões brasileiras. Os serviços ainda continuam centralizados nos centros urbanos e em regiões economicamente mais desenvolvidas, como é o caso do sul e sudeste brasileiros. Há déficit de profissionais qualificados nas regiões periféricas e interioranas, o que agrava ainda mais o panorama.

Observa-se que não foi suficiente a inserção, na Constituição Federal e nas leis do SUS, de princípios e ações para uma reforma na saúde com base na equidade, atendimento universal e de qualidade. Fleury (1995) enfatiza que a mudança no sistema de saúde não seria criada por lei, mas antes de tudo seriam necessárias mudanças no âmbito socioeconômico.

Segundo Arretche (1998), a própria implantação do SUS nos anos 1990 corroborou para que este projeto não fosse bem sucedido. Paim (2007) aponta que os partidos que eram favoráveis ao projeto da Reforma Sanitária e do SUS perderam as eleições presidenciais de 1989, de modo que a implantação deste sistema ocorreu por grupos contrários à existência do SUS e à lógica da garantia de direitos sociais pelo Estado. Portanto, a implantação do SUS ocorreu por governos marcadamente neoliberais, diferentemente, do momento histórico da elaboração da Constituição e da própria idealização deste sistema.

Paim (2007) esclarece que no Governo de Fernando Collor de Melo, o Projeto de Lei Orgânica da Saúde teve nove artigos vetados em sua totalidade e cinco deles foram vetados parcialmente, sendo solicitado pelo presidente a retirada de tudo que se referisse à descentralização, ao controle social e ao repasse intergovernamental, desencadeando mobilizações para garantir que estes elementos fossem retomados, o que culminou na elaboração da Lei nº 8.142 de 1990.

Tratava-se de momento histórico em que a intenção não era de corroborar com o projeto do SUS, mas sim, empreender esforços para que este projeto e o processo já em andamento fossem minados. Portanto, as filas, a burocracia, as greves, a qualidade da assistência duvidosa, evidenciados cotidianamente pela mídia, são frutos da política estatal posta em curso para justificar uma “reforma no setor de saúde”.

Ao analisar as políticas públicas que antecederam o SUS, e o próprio SUS, observa-se que de fato não houve a preocupação em realizar reformas no setor de saúde e, conseqüentemente, promover melhorias nas condições de saúde da sociedade. O Estado, que em nenhum momento foi neutro ao formular e implementar as políticas públicas em saúde, permite a hegemonia da classe dirigente e criação do consenso com as políticas públicas de saúde. Nesta direção, Gramsci (2002) afirma que as classes dirigentes têm sua unidade histórica no Estado, o que reflete o caráter das ações do mesmo.

## **1.1 Da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro à Contrarreforma<sup>6</sup> da Saúde**

### **1.1.1 A conjuntura da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro**

Alguns elementos, da conjuntura do final dos anos 1980 e início dos anos 1990, são de grande importância para a análise da direção que as políticas públicas de saúde tomaram neste período, sendo, portanto necessário analisar a totalidade em que este processo ocorre. Neste sentido, faz-se necessário pautar de que forma os homens se organizam socialmente para produção da vida material e as implicações desta organização nas políticas públicas de saúde, na qual a categoria trabalho é central.

O trabalho consiste em uma relação do ser social com a natureza, na qual, por meio da ação intencional e direcionada a um fim, atua-se sobre a natureza transformando-a. O trabalho apresenta uma dimensão teleológica, pois, antes mesmo de executá-lo o ser social planeja para uma determinada finalidade.

---

<sup>6</sup> Assume-se o termo contrarreforma neste trabalho no sentido de que o empreendido pela denominada Reforma Administrativa do Setor de Saúde contraria o disposto pela reforma do sistema de saúde da década de 1990, conhecida como Reforma Sanitária. E, especificamente a Reforma Administrativa da saúde apresenta “caráter regressivo do ponto de vista da classe trabalhadora. Na realidade, são as contrarreformas do Estado exigidas pelos programas de ajustes macroeconômicos propugnados pelos agentes financeiros internacionais” (CORREIA, 2007, p.1).

Conforme Marx (1996, p.297), no trabalho, o homem ao modificar a natureza que lhe é externa “modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências nela adormecidas e sujeita o jogo de suas forças a seu próprio domínio”. É através do trabalho que o ser social incorpora em sua natureza diferentes objetos de aprendizagem como uma *segunda natureza*. É partir da internalização com conseqüente reprodução e produção de práticas culturais, de signos, técnicas, conhecimentos, ciência é que o homem se humaniza. Esta característica do trabalho permite dizer que este tem uma dimensão ontológica, pois é determinante na constituição do ser social.

O trabalho é uma atividade exclusivamente humana, portanto, diferencia os homens dos animais. A ação animal é instintiva, não há domínio da natureza e, relaciona-se exclusivamente com a garantia da sobrevivência. O ser social realiza uma atividade livre, inclusive das necessidades físicas, conforme sua vontade e consciência. E, ao dominar a natureza o ser social reproduz tanto a si enquanto indivíduo, as relações sociais quanto toda a natureza.

Em síntese, o trabalho pode ser entendido como sendo “uma atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação do natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana” (MARX, 1996, p.303).

Marx (1996) esclarece que o processo de trabalho, em geral, compõe-se por: uma atividade que está orientada para alcançar um fim (trabalho), o objeto de trabalho que é a matéria sobre a qual o trabalho se dá e, pelos instrumentos, que são os meios de trabalho. Em sua atividade, uma ação intencional, o ser social transforma o objeto de trabalho através do meio de trabalho. O resultado é um produto, um valor de uso, algo que é útil ao ser humano, através do qual “o trabalho se uniu com seu objetivo. O trabalho está objetivado e o objeto trabalhado” (MARX, 1996, p. 300).

É nesta perspectiva que é possível afirmar que o produto do trabalho é o trabalho fixado em um objeto, portanto, é a objetivação do trabalho. E, neste sentido, a objetivação do trabalho é a sua efetivação (MARX, 2008).

Além da dimensão ontológica e teleológica do trabalho, há a dimensão social. Deste modo, é no trabalho que ocorre a sociabilidade humana, visto que os seres sociais não produzem isoladamente, mas estabelecem relações uns com os outros pelo e para o trabalho. Assim, o resultado do trabalho de cada ser é um produto parcial que é ponto de partida para o trabalho de outro: “cada trabalhador ou grupo de trabalhadores fornece ao

outro sua matéria-prima. O resultado do trabalho de um constitui o ponto de partida para o trabalho do outro” (MARX, 1996, p. 461).

Assim, mesmo que indiretamente, os seres sociais estão em relação no processo de trabalho e se organizam de modos específicos para garantir a vida material. Esta forma de organização para a produção da vida material é determinante na vida social, política, intelectual e na consciência social. É nesta perspectiva que Marx (1977, p.23) afirma “o modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Não é a consciência dos homens que determina o seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência”.

O modo de produção capitalista tem como características fundamentais o trabalho assalariado e a propriedade privada dos meios de produção. Neste sistema, a força de trabalho ao assumir a forma de mercadoria, é vendida pelo trabalhador em troca de um salário para os detentores dos meios de produção. Portanto, temos duas classes distintas: a dos proprietários dos meios de produção e a classe trabalhadora, que dispõe apenas de sua força de trabalho. A relação entre os detentores dos meios de produção e os trabalhadores assalariados é de exploração da força de trabalho, na medida em que a troca estabelecida não é uma troca igual: o salário, de fato, não corresponde àquilo que o trabalhador produziu durante o seu tempo de trabalho, mas sim o mínimo necessário para a reprodução do trabalhador e de sua família. A diferença entre o salário pago e o valor produzido pelo trabalho é a mais-valia, ou seja, um trabalho não-pago que é apropriado pelos detentores dos meios de produção (MARX, 1996).

A mais-valia pode ser de dois tipos: absoluta e relativa. A mais-valia absoluta refere-se ao prolongamento da jornada de trabalho. Entretanto, Marx (1996) deixa claro que no capitalismo a mais-valia relativa é a principal arma do capitalista, que é alcançada através da inserção de tecnologias que permitem o aumento do tempo de sobretrabalho, da produtividade e, diminuem o tempo de trabalho para a produção de uma mercadoria e, conseqüentemente o seu valor sem qualquer extensão na duração da jornada de trabalho.

No capitalismo, o produto do trabalho humano consiste em uma mercadoria. Neste sentido, Marx (1996) afirma que a riqueza das sociedades capitalistas consiste em uma coleção de mercadorias, que apresentam um duplo caráter: valor de uso e valor de troca. O produto do trabalho só é uma mercadoria quando ele apresenta um valor de troca. O valor de uso constitui-se na utilidade que o produto tem. Marx (1996, p.166)

afirma que “o valor de uso realiza-se somente no uso ou no consumo. Os valores de uso constituem o conteúdo material da riqueza, qualquer que seja a forma social desta”. O valor de troca “aparece, de início, como a relação quantitativa, a proporção na qual valores de uso de uma espécie se trocam contra valores de uso de outra espécie, uma relação que muda constantemente no tempo e no espaço”. Nesta perspectiva, Marx (1996) sintetiza que:

Todo trabalho é, por um lado, dispêndio de força de trabalho do homem no sentido fisiológico, e nessa qualidade de trabalho humano igual ou trabalho humano abstrato gera o valor da mercadoria. Todo trabalho é, por outro lado, dispêndio de força de trabalho do homem sob forma especificamente adequada a um fim, e nessa qualidade de trabalho concreto útil produz valores de uso (MARX, 1996, p.175).

O valor de uma mercadoria é determinado a partir da quantidade de trabalho socialmente necessário que nela está materializado em uma relação inversamente proporcional, assim, caso aumente a quantidade de trabalho para produção de uma mercadoria, conseqüentemente o seu valor será elevado e vice-versa.

Neste modo de produção, o trabalho é estranhado, isto significa que a efetivação aparece como desefetivação do trabalhador, a objetivação como perda do objeto e uma servidão ao objeto, a apropriação como estranhamento, como alienação (MARX, 2008).

Para Marx (2008), a desefetivação do trabalhador pode ser percebida na medida em que este é tão desefetivado que quase morre de fome. A objetivação para o trabalhador resulta na perda do objeto, visto que este é despojado dos meios de vida necessários à sua sobrevivência. Na medida em que o trabalhador é despojado destes meios de vida e recebe um objeto de trabalho e os meios de subsistência ele torna-se um servo de seu objeto. O auge desta servidão, conforme Marx (2008, p.82), está no fato de que “somente como *trabalhador* ele [pode] se manter como sujeito físico e apenas como *sujeito físico* ele é trabalhador”.

Até mesmo o trabalho transforma-se em um objeto, que o trabalhador só tem acesso a partir de inúmeros esforços. A apropriação do objeto se dá como estranhamento, pois o trabalhador quanto mais riquezas produz menos possui e, termina por ficar sob o domínio do seu produto, do seu capital (MARX, 2008).

Nesta perspectiva, o trabalhador passa a se relacionar com o produto de seu trabalho como algo independente, como se lhe fosse uma força estranha. Esta relação do trabalhador com o produto de seu trabalho faz com que quanto mais ele trabalhe, mais

poder tem o mundo objetivo e mais pobre ele se torna. A exteriorização do trabalhador no produto, nestas condições, implica não somente na materialização do seu trabalho em um produto, mas também que este tome uma existência fora do trabalhador, independente dele (MARX, 2008).

O estranhamento se dá também no momento da produção e, não somente na relação do trabalhador com os produtos de seu trabalho, neste sentido, a exteriorização do trabalho significa que:

O trabalho é externo (*äusserlich*) ao trabalhador, isto é, não pertence ao seu ser, que ele não se afirma, portanto, em seu trabalho, mas nega-se nele, que não se sente bem, mas infeliz, que não desenvolve nenhuma energia física e espiritual livre, mas fortifica sua *physis* e arruína o seu espírito. [...] o trabalho não é, por isso, a satisfação de uma carência, mas somente um *meio* para satisfazer necessidades fora dele. [...] O trabalho externo, o trabalho no qual o homem se exterioriza, é um trabalho de auto-sacrifício, de mortificação. Finalmente, a externalidade (*Äusserlichkeit*) do trabalho aparece para o trabalhador como se [o trabalho] não fosse seu próprio, mas de um outro, como se [o trabalho] não lhe pertencesse, como se ele no trabalho não pertencesse a si mesmo, mas a um outro (MARX, 2008, pp.82-83).

Nestas condições, o estranhamento aparece sob dois aspectos: o estranhamento da coisa, que aparece na relação com o produto do trabalho e o estranhamento de si no que diz respeito à relação com o trabalho no ato da produção.

Conforme Marx (2008, p.85), o trabalho estranhado faz com que o ser genérico do homem seja um ser estranho a ele, de modo que, “estranha do homem o seu próprio corpo, assim como a natureza fora dele, tal como a sua essência espiritual, a sua essência *humana*”. O estranhamento do homem do seu ser genérico significa que este está estranhado dos outros homens e, cada um está estranhado da essência humana.

Marx (2008, p.87) entende que o trabalho exteriorizado resulta na propriedade privada, assim, reflete que “a *propriedade privada* é, portanto, o produto, o resultado, a consequência necessária do *trabalho exteriorizado*, da relação externa (*äuuserlichen*) do trabalhador com a natureza e consigo mesmo”. Deste modo, a propriedade privada resulta do “homem exteriorizado, do trabalho estranhado, de vida estranhada, de homem estranhado” (MARX, 2008, p.87).

O capitalismo é um modo produção que em si é autodestrutivo, visto que o próprio processo de desenvolvimento forja as condições de sua destruição. Assim, as crises decorrentes da superprodução são uma constante, exigindo reformulações para que não haja a completa destruição deste modo de produção. Este foi o caso da crise de 1929, que resultou na quebra da Bolsa de Valores de Nova Iorque. Esta crise é

emblemática na medida em que promove o agravamento da questão social, além de afetar as ideologias que sustentavam o sistema.

A reformulação idealizada e posta em ação para sair da crise de 1929 foi a criação do *Welfare State* ou Estado de Bem Estar Social. O Estado de Bem Estar Social baseia-se na intervenção estatal<sup>7</sup> tanto na economia quanto na questão social, com a proposição de políticas distributivas de bens e serviços, como o pleno emprego, de modo a amenizar os efeitos da desigualdade, decorrentes da organização social:

O *Welfare State* é até hoje o modelo mais avançado de previdência social nos países capitalistas ocidentais, e sua origem encontra explicações no fato de ser, [...] uma conquista da classe operária reformista [...] Por outro lado, este momento coincidiu com uma nova etapa da produção, em bases monopolizadas, que requeria um trabalhador em condições mais hígdas. Outro fator importante foi a reformulação do estado capitalista em busca de novas estratégias legitimadoras no pós-guerra (TEIXEIRA, 1985, p. 407).

O Estado controlaria os ciclos econômicos a partir de uma combinação de políticas fiscais e monetárias “dirigidas para as áreas de investimento público – em setores como o transporte, os equipamentos públicos etc – vitais para o crescimento da produção e do consumo de massa e que também garantiam um emprego relativamente pleno” (HARVEY, 1993, p.129). Além disto, houve a complementação por parte do governo ao salário social com gastos referentes à saúde, educação, habitação, seguridade social, entre outros. Assim cabe ressaltar que é justamente neste período que há a extensão dos cuidados médicos na forma de consumo individual.

Donnangelo (1979) afirma que este processo ocorre, principalmente, no século XX, visto que grande parte das sociedades capitalistas adota a política do seguro social.

---

<sup>7</sup>Santos (1994) afirma que no Brasil, entre 1888 e 1931, existiu um falso *laissez-faire*, ou pelo menos, um *laissez-faire* distinto do modelo europeu clássico. Havia a crença de que o mercado seria um mecanismo eficaz tanto na distribuição das riquezas quanto dos benefícios decorrentes desta. Porém, Santos (1994) observa que uma peculiaridade do setor agrícola brasileiro é que a substituição da mão de obra escrava não se deu imediatamente e, além disto, os princípios do *laissez-faire* adentraram em uma menor proporção no meio rural do que no meio urbano, de modo que a noção de regulação tanto da economia quanto das relações sociais pelo mercado era mais evidente no espaço urbano. Este não reconhecimento do mercado como regulador também era expresso na relação de dependência do país com o mercado externo, em muitas situações evidenciou a necessidade da intervenção estatal para garantir a economia agroexportadora. Este fato nos leva a compreender que no contexto brasileiro, nunca houve um momento de fato em que o Estado deixou de intervir na regulação da economia. Um exemplo emblemático desta situação foi durante a crise de 1929, em que houve uma superprodução no setor cafeeiro, sendo necessária a intervenção estatal com a compra e queima de estoques de café para que o processo de acumulação de capital não fosse afetada.

A política do seguro social está intimamente relacionada à passagem da condição proletária – em que os trabalhadores estão em uma situação de quase-exclusão do corpo social – para uma relação assalariada do período *keynesianista*-fordista. Esta passagem para uma relação assalariada engloba:

uma nítida separação entre os que trabalham efetiva e regularmente e os inativos ou os semi-ativos que devem ser ou excluídos do mercado do trabalho ou integrados sob formas regulamentadas; a fixação do trabalhador em seu posto de trabalho e a racionalização do processo de trabalho no quadro de uma ‘gestão de tempo exata, recortada, regulamentada’; o acesso por intermédio do salário a ‘novas formas de consumo operários’, através do que o próprio operário se torna usuário da produção de massa; o acesso à propriedade social e aos serviços públicos; a inscrição em um direito do trabalho que reconhece o trabalhador como um membro de um coletivo dotado de um estatuto social além da dimensão puramente individual do contrato de trabalho (CASTEL, 2008, p. 420- 434).

A condição operária é marcada pelo fato de que o salário deixa de ser apenas o necessário para a sobrevivência e, vincula-se à garantia de direitos, proteção social e uma participação na vida social – consumo, instrução, lazer, habitação – ainda que limitados. Na Europa, entre as conquistas deste período, está a criação do seguro obrigatório, que será fundamental para afastar a situação de vulnerabilidade do operário, contudo, sem alterar as desigualdades sociais existentes.

Harvey (1993, p.129) é enfático ao afirmar que as políticas sociais são adotadas pelo governo na medida em que a produção em massa, própria do fordismo, com grandes investimentos de capital fixo, requer “condições de demanda relativamente estáveis para ser lucrativa”. E, além disto, é necessário que as contradições existentes neste regime de acumulação não fiquem tão evidentes e, impeçam a acumulação do capital:

Na medida em que as relações de produção são relações de classe que se processam através de uma contradição fundamental, consistente na oposição entre o caráter social da produção e o caráter privado da apropriação, elas implicam a possibilidade do desenvolvimento dos antagonismos de classe e da transformação do modo de produção. Nesse sentido, a continuidade do processo de acumulação capitalista depende da presença de condições supraestruturais- ideológicas e políticas - capazes de assegurar que não se manifestem contradições já instaladas ao nível da estrutura da produção, adquirindo, também a nível político, a forma de antagonismo. Depende, em outros termos, das possibilidades de exercício da “hegemonia”, entendida como domínio ideológico e político das classes no poder sobre as demais classes na sociedade, a qual se processa através de um conjunto de instituições privadas ou estatais (DONNANGELO, 1979, p.40).

Neste contexto, Behring (2006) analisa que surge uma desconfiança entre as elites acerca dos limites do mercado, tornando questionável a eficácia do mercado por si só para uma situação de equilíbrio econômico. Logo, a saída pensada para a questão social é a intervenção estatal na economia e no âmbito social, de modo a garantir as condições para a reprodução do capital. Fica claro que a ação estatal está a serviço da acumulação do capital, interferindo inclusive nas questões de acordos salariais e direitos dos trabalhadores.

Deste modo, Harvey (1993, p.124) sintetiza que o *Welfare State* responde à necessidade de “um conjunto de estratégias administrativas e científicas e poderes estatais que estabilizassem o capitalismo” levando ao desenvolvimento em diversos Estados de “arranjos políticos, institucionais e sociais que pudessem acomodar a crônica incapacidade do capitalismo de regulamentar as condições essenciais de sua reprodução”.

O *Welfare State* não significou a resolução das desigualdades sociais, pois apesar de promover a inclusão de determinados grupos, continuava a excluir outros e até mesmo a criar novos tipos de desigualdades com as diferentes formas de tratamento para os diferentes grupos sociais.

Harvey (1993, p.125) analisa que no período pós *Welfare State*, até 1973, o fordismo, enquanto regime de acumulação chega a sua maturidade, “os padrões de vida foram elevadas, as tendências às crises foram contidas, a democracia de massa preservada e a ameaça de guerras intercapitalistas, tornada remota”. Porém, Harvey (1993, p. 135) afirma que em meados dos anos 1960, o fordismo já dava indícios de uma crise: “de modo mais geral, o período de 1965 a 1973 tornou cada vez mais evidente a incapacidade do fordismo e do *keynesianismo* de conter as contradições inerentes ao capitalismo”.

Harvey (1993) compreende que as dificuldades enfrentadas neste período podem ser sintetizadas pela palavra rigidez, na medida em que havia problemas com:

rigidez dos investimentos de capital fixo de larga escala e de longo prazo em sistemas de produção em massa que impediam muita flexibilidade de planejamento e presumiam crescimento estável dos mercados de consumo invariantes, havia problemas de rigidez nos mercados, na alocação e nos contratos de trabalho (especialmente no chamado setor “monopolista”) (HARVEY, 1993, p.135).

Além disto, segundo Harvey (1993), neste período o excedente de fundos nos países capitalistas juntamente com o aumento do preço do barril de petróleo, culminou na crise dos anos 1970. O excedente de fundos ocorre na medida em que há um alto montante de capital e a ausência de áreas produtivas para investimento fez com que a inflação subisse a níveis exorbitantes desencadeando uma crise no mercado imobiliário. O aumento do preço do barril de petróleo pela Organização dos Países Exportadores de Petróleo (OPEP), que quase duplicou de preço durante a guerra Árabe-Israelense, somado ao embargo da exportação de petróleo para os países do ocidente aumentando o custo relativo dos insumos energéticos. A crise levou a estagflação que é caracterizada pela paralisação da produção de bens e a alta inflação, o que culminou no aumento do desemprego e em déficits públicos com conseqüentemente redução do crescimento econômico.

Harvey (1993, p.136) afirma que a “tentativa de frear a inflação ascendente em 1973 expôs muita capacidade excedente nas economias ocidentais, disparando antes de tudo uma crise mundial nos mercados imobiliários e severas dificuldades nas instituições financeiras”. A saída para esta crise foi uma reestruturação produtiva que consistiu no fim *Welfare State*<sup>8</sup> e na adoção do regime de acumulação flexível.

Anderson (1995) afirma que o neoliberalismo foi gestado após a II Guerra Mundial, na Europa e América do Norte. Para este autor, o neoliberalismo consiste em uma reação teórica e política contra o *Welfare State* e o intervencionismo estatal, idealizada por Friedrich Hayek, em 1944. A política neoliberal condena o poder dos sindicatos, o movimento operário, os gastos sociais realizados pelo Estado, na medida em que os considera como motivos de crise. Deste modo, após a crise da década de 1970, o neoliberalismo começou a ganhar fôlego, sendo, inclusive, considerado como solução para a crise:

manter um Estado forte, sim, em sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser a meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa “natural” de desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho para quebrar os sindicatos. Ademais, reformas fiscais eram imprescindíveis, para incentivar os agentes econômicos. Em outras palavras,

---

<sup>8</sup> Faz-se necessário ressaltar que o Brasil, país de capitalismo periférico, apresenta especificidades e suas próprias contradições. No que diz respeito à existência do *Welfare State*, é possível afirmar que não houve de fato o desenvolvimento deste modelo nos moldes europeus.

isso significava reduções de impostos sobre os rendimentos mais altos e sobre as rendas. Desta forma, uma nova e saudável desigualdade iria voltar a dinamizar as economias avançadas, então às voltas com uma estagflação, resultado direto dos legados combinados de Keynes e de Beveridge, ou seja, a intervenção anticíclica e a redistribuição social, as quais haviam tão desastrosamente deformado o curso normal da acumulação e do livre mercado. O crescimento retornaria quando a estabilidade monetária e os incentivos essenciais houvessem sido restituídos (ANDERSON, 1995, p.10).

Neste contexto, as políticas *keynesianistas* de proteção social são eliminadas e entendidas como sendo causadoras da crise. Portanto, o momento é de abandono dos ideais do *Welfare State*, a destituição dos direitos trabalhistas e sociais em geral. Conforme Boito Júnior (1999, p.23), a ideologia neoliberal passa a vigorar exaltando “o mercado, a concorrência e a liberdade de iniciativa empresarial, rejeitando de modo agressivo, porém genérico e vago, a intervenção do Estado na economia”. Existe neste ideário uma exaltação do mercado em detrimento da ação danosa do Estado como produtor de bens e serviços e regulador das relações sociais<sup>9</sup>, a palavra de ordem é a privatização.

Entretanto, Boito Júnior (1999, p.30) afirma que no neoliberalismo a intervenção estatal não deixa de existir, ela é apenas reformulada, sendo que os princípios neoliberais serão aplicados em setores e atividades escolhidos, tais como: a produção de bens e serviços pelo Estado, o comércio exterior e o mercado relativo à força de trabalho sendo preconizados para estes a “privatização, a abertura comercial e a desregulamentação financeira e do mercado da força de trabalho”.

Em contraposição à rigidez do fordismo adotou-se uma postura de maior flexibilidade. Cabe lembrar que no fordismo, a produção de mercadorias é realizada em série, de forma padronizada, o padrão de produção é em massa com o uso das esteiras rolantes nas linhas de montagem. Deste modo, uma mesma ação é repetida rotineiramente e mecanicamente pelo trabalhador que ocupa um determinado posto sem que haja o conhecimento por parte do trabalhador da totalidade do processo de produção de uma mercadoria.

Com a reestruturação produtiva há a mudança do fordismo para formas mais flexíveis baseadas na microeletrônica, como o toyotismo ou ohnismo, modelo japonês originado no pós-guerra. Segundo Antunes (2005a), o toyotismo é dotado de um

---

<sup>9</sup> Estas ideias apresentadas na ideologia neoliberal não são inéditas, elas são uma repaginação do que Friedman (1977) idealizou na década de 1960, quando escreveu *Capitalismo e Liberdade*.

impacto extraordinário, enquanto um processo ágil e lucrativo da produção de mercadorias.

Alves (2000, p.33) evidencia que “o aspecto original do toyotismo é articular a continuidade da racionalização do trabalho, intrínseca ao taylorismo e fordismo, com as novas necessidades de acumulação capitalista” decorrentes da crise dos anos 1970. O novo paradigma produtivo abandona a produção em massa, dá lugar à produção condicionada pela demanda, no estilo *just in time*, em que a busca por matérias primas e a produção são de acordo com a demanda pelo produto. Desta forma, o processo produtivo torna-se mais flexível contrapondo-se à rigidez fordista.

Harvey (1993, p. 119) ao observar as mudanças do fordismo-*keynesianismo*, a partir de 1973, como o aumento da flexibilidade, da fluidez e da velocidade dos processos, desenvolve a tese da “passagem do fordismo para o que poderia ser chamado regime de *acumulação flexível*’ uma reveladora maneira de caracterizar a história recente”. O novo regime de acumulação, a *acumulação flexível*,

se apoia na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de fornecimento de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional (HARVEY, 1993, p.140).

A flexibilização introduzida com a *acumulação flexível* não é só para o âmbito da produção e dos mercados, mas também atinge o trabalhador. O trabalhador deve adaptar-se às novas exigências da produção, portanto, deve ser flexível, polivalente. Neste formato, Kuenzer (1999) afirma que o trabalhador deve ser qualificado e ter competências referentes ao domínio teórico e não mais apenas ao saber fazer.

[...] passam a exigir o desenvolvimento de competências cognitivas superiores e de relacionamento, tais como análise, síntese, estabelecimento de relações, criação de soluções inovadoras, rapidez de resposta, comunicação clara e precisa, interpretação e uso de diferentes formas de linguagem, capacidade para trabalhar em grupo, gerenciar processos para atingir metas, trabalhar com prioridades, avaliar, lidar com as diferenças, enfrentar os desafios das mudanças permanentes, resistir a pressões, desenvolver o raciocínio lógico-formal aliado à intuição criadora, buscar aprender permanentemente, e assim por diante. Mesmo para desempenhar tarefas simplificadas, o elevado custo de um investimento tecnologicamente sofisticado exige trabalhadores potencialmente capazes de intervir crítica e criativamente quando necessário, além de observar normas que assegurem a competitividade e, portanto, o retorno do investimento, através de índices mínimos de desperdício, retrabalho e riscos (KUENZER, 1999, p.2)

As competências cognitivas superiores são exigidas para que o trabalhador possa dar respostas imediatas aos problemas surgidos no processo de produção. A exigência pelas competências superiores está intimamente relacionada à necessidade de maior flexibilidade do trabalhador, assim, com esta ideologia dissemina-se a necessidade de uma maior qualificação técnica e de maior escolarização do trabalhador. Antunes (2005A) entende que o saber intelectual no toyotismo tornou-se uma mercadoria muito mais valiosa em contraposição ao saber fazer do modelo fordista/taylorista.

Entretanto, a maior qualificação e maior escolarização não irão dar ao trabalhador o poder de decisão no processo produtivo. Neste paradigma, tenta-se criar uma identidade entre os trabalhadores e os detentores do poder de decisão, com um discurso ideológico de que os lucros da empresa serão os lucros dos trabalhadores, que todos juntos formam uma equipe e que, portanto, estes devem vestir a camisa da empresa. Porém, é apenas aparente este poder de decisão que é dado ao trabalhador. Na verdade, o que se pretende com esta ideologia é envolver o trabalhador de modo que ele colabore mais intensamente com os objetivos da empresa, exercendo-se assim um maior controle da subjetividade do empregado.

Harvey (1993, p. 141) identifica que a *acumulação flexível* é potencialmente danosa ao trabalhador, visto que implica em altos níveis de “desemprego estrutural, rápida destruição e reconstrução das habilidades, ganhos modestos (quando há) de salários reais e o retrocesso do poder sindical”. Nesta perspectiva, com o alto nível de desemprego e a redução do poder sindical foi possível que os patrões tirassem proveito impondo novos regimes e contratos de trabalho mais flexíveis, que implicam na utilização de diversas estratégias como redução da jornada de trabalho em períodos de pouca demanda e compensação durante os momentos de pico, trabalhos em tempo parcial, temporário ou subcontratado.

No que diz respeito à subcontratação, uma das formas que merece ser destacada pela sua relevância neste estudo, é a terceirização. A terceirização pode ser compreendida como “todo processo de contratação de trabalhadores por empresa interposta. Ou seja, é a relação onde o trabalho é realizado para uma empresa, mas contratado de maneira imediata por outra” (MARCELINO, 2007, p.57).

Isto significa que uma atividade, ou uma etapa do processo de produção das mercadorias deixa de ser realizada na própria empresa para ser realizada por uma terceira. No setor privado, segundo Marcelino (2007), “nos últimos vinte anos da

história do país, ela se tornou o mais importante recurso estratégico das empresas para gestão (e redução) dos custos com a força de trabalho”. A tendência é que a terceirização expanda-se cada vez mais, assim:

a subcontratação é uma realidade cada vez mais presente no mundo do trabalho. Há 10 anos, pouco mais da metade da População Economicamente Ativa estava numa situação que permitia ter um emprego assalariado regular, com contrato, tanto no setor privado quanto no público. Hoje, são menos de 45%, e a tendência é, cada vez mais, reduzir essa proporção (LISBOA, 2004, p.162).

A terceirização é uma estratégia do capital para redução de custos com a força de trabalho, que também está presente no setor de saúde. Muitas instituições terceirizam grande parte dos serviços: limpeza, laboratórios, fisioterapeutas desencarregando-se de possíveis encargos trabalhistas. Esta lógica está presente também no setor público e cria duas categorias de profissionais, os terceirizados (trabalho precarizado e relações trabalhistas flexíveis) e os concursados (com estabilidade). A estabilidade no emprego, para o trabalhador terceirizado “flexível” inexistente, trata-se de um trabalho desregulamentado e sem garantias trabalhistas.

Segundo Lisboa (2004, p.162), a terceirização apresenta como características “a alta rotatividade, os baixos salários, a extensão da jornada e desproteção social, sugere, também, um quadro mais perverso, que se caracteriza pela contratação de trabalhadores mais propensos à submissão”. Portanto, o trabalhador é ainda mais explorado.

Martins (1994, p.13) explica que a terceirização traz uma série de questões a serem enfrentadas pelo movimento sindical, tais como a “degradação das condições de trabalho, redução das conquistas sindicais, diminuição do número de empregos e a ‘guerra de conhecimentos’ em torno da organização do processo industrial”.

### **1.1.2 A política neoliberal e a desresponsabilização do Estado pela garantia dos direitos sociais**

O acirramento da política neoliberal, no Brasil, repercute no ideário da garantia dos direitos sociais presentes na Constituição Federal. A política neoliberal é incisiva no que diz respeito à supressão dos direitos sociais e, conseqüentemente das políticas relacionadas à garantia destes direitos, tal como o SUS.

No primeiro mandato do Governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), já era possível perceber que a lógica da seguridade social e, portanto, a ação do Estado na garantia dos direitos sociais seria fortemente combatida, inclusive com a ideia da retomada do modelo do seguro social:

No que tange à Seguridade Social, a tônica era a desconstitucionalização, radicalizando o desmonte desse conceito avançado, fundamentado nos direitos sociais universais e na cidadania como princípio orientador da proteção social. Se no governo Collor esta intenção era simbolizada pela denominação de uma autarquia - "Instituto Nacional de Seguro Social" -, o governo FHC restaurou o caráter de seguro ao sistema de proteção social mediante projeto de emenda constitucional encaminhado ao Congresso no final de março de 1995, estabelecendo um "dispositivo que assegura apenas aos benefícios de caráter previdenciário, dependentes de contribuição, o piso de um salário mínimo" (PAIM, 2007, p.173).

Nogueira (2005) adverte que os anos 1990, em toda a América Latina, foi permeada pelos ideais reformistas, sendo que no Brasil a ideia de uma reforma do Estado disseminou-se com facilidade. Conforme Montaño (2005), as reformas na América Latina acompanham a tendência reformista da Europa e dos Estados Unidos, entretanto, estas tinham caráter burocrático enquanto que a brasileira gerencial.

Cardoso (1998) argumentava que esta reforma seria necessária para que o Brasil acompanhasse as transformações ocorridas no mundo contemporâneo com o processo de globalização. Portanto, seria necessária para que o país acompanhasse as novas diretrizes do capitalismo mundial. Na análise de Nogueira (2005), a reforma do Estado, projetada para o Brasil, reduziu-se a uma reforma da gestão, do aparelho administrativo, do tipo passivo, na medida em que a realidade brasileira seria conformada, adaptada para adequar-se à nova realidade mundial.

Segundo Bresser Pereira (1998a), a Reforma Administrativa do Estado Brasileiro, defendida a partir de 1994 com a candidatura de Fernando Henrique Cardoso, é o primeiro movimento que seria capaz de corrigir as distorções apresentadas na Constituição Federal e que se encontrava situada na burocracia estatal. Bresser Pereira (1998a) compreende que esta era responsável pela ineficiência e ineficácia dos serviços públicos.

[...] surpreendente engessamento do aparelho estatal, ao estender para os serviços do Estado e para as próprias empresas estatais praticamente as mesmas regras burocráticas rígidas adotadas no núcleo estratégico do Estado. A nova Constituição determinou a perda da autonomia do Poder Executivo para tratar da estruturação dos órgãos públicos, instituiu a obrigatoriedade de

regime jurídico único para os servidores civis da União, dos Estados membros e dos Municípios, e retirou da administração indireta a sua flexibilidade operacional, ao atribuir às fundações e autarquias públicas normas de funcionamento idênticas às que regem a administração direta (BRESSER PEREIRA, 1995b, p.21).

Para Bresser Pereira (1998b, p.15), “a qualidade fundamental da administração pública burocrática é a efetividade no controle dos abusos; seu defeito, a ineficiência, a auto-referência, a incapacidade de voltar-se para o serviço aos cidadãos vistos como clientes”. Sob o discurso de melhoria da qualidade dos serviços aos cidadãos é que Bresser Pereira (1998b) desenvolve a argumentação sobre a necessidade da competição. A lógica desenvolvida é a da garantia do serviço de qualidade através da competição entre os serviços e, conseqüentemente dos trabalhadores, além de uma recompensa baseada no mérito. Os princípios do sistema capitalista e, mais especificamente a ideologia neoliberal, são os alicerces da reforma administrativa do Estado brasileiro:

O paradigma gerencial contemporâneo, fundamentado nos princípios da confiança e da descentralização da decisão, exige formas flexíveis de gestão, horizontalização de estruturas, descentralização de funções, incentivos à criatividade. Contrapõe-se à ideologia do formalismo e do rigor técnico da burocracia tradicional. À avaliação sistemática, à recompensa pelo desempenho, e à capacitação permanente, que já eram características da boa administração burocrática, acrescentam-se os princípios da orientação para o cidadão-cliente, do controle por resultados, e da competição administrada (BRESSER PEREIRA, 1995, p.18).

Desta forma, Bresser Pereira (1998b, p.15) compreende que são princípios orientadores deste tipo de administração burocrática “a profissionalização, a ideia de carreira, a hierarquia funcional, a impessoalidade, o formalismo, em síntese, o poder racional-legal”. Nesta perspectiva, a ruptura com a administração pública burocrática e a consolidação da administração pública gerencial, denominada como “a administração moderna” constitui-se, para Bresser Pereira (1998a; 1995), como sendo a alternativa necessária.

Esta mudança na forma de administração seria justificada pela necessidade de reduzir custos e aumentar a eficiência e eficácia nos serviços públicos. Entretanto, Montañó (2005, p. 42) afirma que a essência da reforma não era o “desenvolvimento da democracia e cidadania e para o melhor atendimento à população, mas, na verdade, surge do dever de casa que foi determinado no encontro que derivou no chamado Consenso de Washington e nas subsequentes ‘missões do FMI’”. Portanto, o discurso da

melhoria da qualidade, da eficiência e eficácia dos serviços camufla o verdadeiro sentido da reforma.

Nesta perspectiva, fica claro que o objetivo deste conjunto de medidas, caracterizadas como reforma administrativa do Estado, é uma redefinição do papel do Estado no processo de reestruturação produtiva, sendo que a reforma gerencial proposta para o Brasil “não é outra coisa senão a continuidade do ajuste estrutural macroeconômico com o desenvolvimento de novas áreas mais de ordem ‘institucional-legal’, como as reformas administrativas e da Previdência” (MONTAÑO, 2005, p.44).

É com base nesta linha de argumentação, permeada pelos ideais neoliberais, que é pensada a reforma da administração pública no Brasil, com a abertura para o setor privado e as organizações sociais. A reforma administrativa do Estado institui a administração gerencial, fundamentada em princípios empresariais para a gestão estatal, sendo concebido “como parte da reforma (flexibilização e precarização) das bases de regulação das relações sociais – políticas e econômicas – portanto, articulada à reestruturação produtiva e ao combate ao trabalho, no seio da reestruturação do capital” (MONTAÑO, 2005, p.29).

Segundo Nogueira (2005, p. 44), o movimento de reforma utiliza-se da desvalorização do Estado perante os cidadãos para justificar as mudanças a serem empreendidas no âmbito da administração estatal. Deste modo, cria-se no imaginário social uma desconfiança da sociedade com relação ao Estado, com a política, com os partidos políticos: “a própria ideia de Estado perdeu clareza e dignidade. Enquanto se falava, aos quatro ventos, em reforma do Estado, em diminuição do tamanho e das funções do Estado, em ajustes e reconfigurações” (NOGUEIRA, 2005, p. 40).

O caminho defendido para o desenvolvimento da reforma é o da publicização, que segundo Bresser Pereira (1998b), trata-se de uma mudança dos serviços que não são da exclusividade do Estado, para a propriedade pública não estatal e, conseqüentemente, sua definição enquanto organizações sociais.

Montaño (2005) revela que a publicização é uma privatização, tanto dos fundos públicos quanto dos serviços sociais, na medida em que esta consiste na “*transferência* de questões públicas da responsabilidade estatal para o chamado ‘terceiro setor’ (conjunto de ‘entidades públicas não-estatais’ mas regido pelo direito civil privado) e ao repasse de recursos públicos para o âmbito privado”. É nesta direção que a reforma promove o incentivo e expansão de outras formas de organização administrativa, através

de políticas de privatização, terceirização e parceria público-privada, com o objetivo de reduzir a intervenção estatal no que diz respeito à garantia dos direitos sociais.

Boito Júnior (1999, p.51) entende que a privatização favorece ao imperialismo e ao grande capital. A política de privatização das empresas públicas no Brasil tem “ampliado o patrimônio das grandes empresas do setor bancário, do setor industrial e da construção civil”, resultando no surgimento de uma *nova burguesia de serviços*<sup>10</sup>. O autor afirma, ainda, que esta burguesia é responsável por explorar principalmente os serviços de saúde, educação e previdência, que antes eram direitos que seriam garantidos pelo Estado, porém, em consequência da política de desresponsabilização do Estado pela garantia destes direitos, abre-se espaço para a expansão da iniciativa privada. Nesta lógica, a saúde, por exemplo, é transformada em mercadoria a ser comprada por aqueles que dispõem de recursos para adquiri-la através do mercado.

A condição de cidadania, nesta lógica, também é modificada. O cidadão passa a ser o consumidor de mercadorias (bens e serviços). Aquele que paga os impostos: é o cidadão-cliente. A lógica da cidadania universal, da garantia dos direitos sociais extensiva a todos, passa a ser duramente combatida pelos governos neoliberais, nos anos 1990.

Desta forma, Montaño (2005, p.46) é perspicaz ao alertar sobre o perigo deste processo, visto que ao promover uma descentralização e, com a privatização dos serviços sociais ocorre, também, a redução do controle e dos mecanismos democráticos do Estado, com os “contratos temporários, inexistência de concursos públicos abertos e obrigatórios, seguindo critérios técnicos e de carreira profissional, inexistência de licitações públicas, inexistência de controles sociais sobre os gastos e recursos [...]”.

A terceirização entra, neste processo, como uma estratégia que permite que o princípio da flexibilidade seja aplicado nas relações trabalhistas e nos direitos inerentes a esta relação no processo de trabalho.

Marcelino (2007) enfatiza que, apesar dos serviços públicos não terem como objetivo final o lucro, este setor também tem realizado a terceirização dos serviços, visto que esta gera uma redução de gastos do Estado com força de trabalho, na medida em que estes passam para a responsabilidade de uma terceira e, para além disto, desresponsabiliza o Estado de qualquer obrigação com a força de trabalho dos serviços sociais, como é o caso da saúde. Há ainda a própria desresponsabilização do Estado com

---

<sup>10</sup> O sentido de nova burguesia empregado por Boito Júnior (1999) refere-se à burguesia que surge devido à grande expansão do setor de serviços.

relação à prestação dos serviços, como fica claro no discurso reformista, visto que através da reforma se deveria

abandonar visões do passado de um Estado assistencialista e paternalista, de um Estado que, por força de circunstâncias, concentrava-se em larga medida na ação direta para a produção de bens e serviços. Hoje, todos sabemos que a produção de bens e serviços pode e deve ser transferida à sociedade, à iniciativa privada, com grande eficiência e com menor custo para o consumidor (CARDOSO, 1998, p.15).

Cardoso (1998), neste momento histórico, faz questão de romper com as políticas sociais que garantiam direitos sociais, como saúde, educação, previdência social. É patente, nas palavras do mesmo, a intenção de deixar que a produção de bens e serviços ficassem a cargo da sociedade e da iniciativa privada, em detrimento da ação estatal.

A terceirização da gestão, processo que tem ocorrido através da contratação de OSs “legalmente constituídas como entidades públicas de direito privado, que podem celebrar contratos de gestão com o Estado e, assim, serem financiadas parcial ou mesmo totalmente pelo orçamento público” para gerenciar os serviços, é uma forma encontrada de repassar à iniciativa privada a gestão de instituições públicas e, conseqüentemente a transferência de fundos públicos (DIEESE, 2007, p.24).

No Brasil, durante o governo neoliberal de Fernando Henrique Cardoso foram aprovadas as leis 9.637/98, das OSs, abrindo possibilidade de que o Estado realizasse contratos de gestão com entidades sem fins lucrativos de direito privado, para gerir serviços públicos; e a 9.790/99, das OSCIP, que segue a mesma perspectiva. As OSs, para Montaña (2005) são uma clara representação da desresponsabilização estatal, com relação à questão social, e à transferência de responsabilidades para a iniciativa privada, tanto para fins privados quanto para fins públicos.

As OSs e OSCIPs são agrupadas por teóricos como Fernandes (1994) e Albuquerque (2006) no denominado “terceiro setor”. Fernandes (1994) propõe que o primeiro setor é o Estado, o segundo o mercado e o terceiro são as organizações que não se enquadram nestes. Entretanto, este autor não deixa de chamar a atenção para as fragilidades de limites entre primeiro, segundo e terceiro setor, na medida em que estes se interpenetram e se condicionam. Albuquerque (2006) apresenta uma proposta de classificação das organizações e instituições do terceiro setor, da seguinte forma: comunitárias, movimentos sociais, organizações sociais. São organizações que

geralmente irão negociar suas demandas com o Estado. Deste modo, o terceiro setor refere-se a um “conjunto de organizações e iniciativas privadas que visam à produção de bens e serviços públicos”, neste sentido, implica que este não deve visar ao lucro, portanto, todo o excedente produzido pela atividade deve ser reinvestido nela própria e deve atender as necessidades coletivas” (FERNANDES, 1994, p. 20).

Uma lógica fundamental, introduzida com as organizações do “terceiro setor”, designadas como não-lucrativas e não-governamentais, enfatizando o seu caráter, é a de que não só o Estado é responsável por garantir o bem estar da coletividade, mas que os cidadãos e as instituições também são responsáveis. Observa-se que há um deslocamento da responsabilidade do Estado para o denominado “terceiro setor”, amenizando-se as responsabilidades do mesmo para com a garantia dos direitos sociais e ampliando-se a ideia da responsabilidade da sociedade civil para com as questões sociais a partir de princípios como a solidariedade, autoajuda, filantropia.

Entretanto, a ideia de um “terceiro setor”, que separa mercado, Estado e sociedade civil é aparente. Na verdade, o que seria denominado “terceiro setor” compreende tanto o mercado, quanto a sociedade civil e o próprio Estado. Estas três dimensões se interpenetram e mantêm uma relação orgânica, que é insistentemente encoberta por aqueles que querem disseminar a ideia de independência destas dimensões.

Montaño (2005) adverte que esta é uma ideologia construída, que colabora na reestruturação do capital, na medida em que se constitui como uma nova forma de enfrentamento da questão social e que se

encaixa perfeitamente no projeto de desmonte da atividade social estatal, de reformulação das responsabilidades sociais no trato da ‘questão social’ (típicas do *Welfare State*, no interior do chamado ‘pacto keynesiano’, ou conceituadas na Constituição brasileira de 1988) (MONTAÑO, 2005, p.17).

Neste contexto, o Estado incentiva o denominado “terceiro setor” enquanto se retira paulatinamente do trato com relação à questão social. Assim, a ideologia do “terceiro setor” tem a função social de encobrir, mistificar “este processo, inserido ou funcional à (contra)reforma neoliberal do Estado e das relações capital/trabalho, de transformação do padrão de resposta às sequelas da ‘questão social’” (MONTAÑO, 2005, p. 15).

É importante acentuar que a reforma administrativa brasileira é resultante da orientação de organismos internacionais, como o Fundo Monetário Internacional (FMI), Banco Mundial (BM) e Organização Mundial do Comércio (OMC), que traçam políticas econômicas baseadas na desregulamentação, na privatização para as economias periféricas, com o objetivo de aumentar a exploração sobre estes países. Em contrapartida, oferecem empréstimos para que a dívida destes países seja paga (CORREIA, 2007; BOITO JÚNIOR, 1999).

Compreendendo que o Estado é palco das lutas de classes e, conseqüentemente, espaço de exercício de hegemonia para a manutenção do *status quo* e da acumulação capitalista, observa-se que a reforma promovida por este Estado implica em uma série de perdas para a classe trabalhadora no que diz respeito às conquistas sociais, à proteção social, à regulação relativa entre capital/trabalho que o Estado minimamente assumia (MONTAÑO, 2005).

### **1.1.3 A contrarreforma do setor de saúde e a terceirização da gestão dos hospitais**

A reforma do setor de saúde não é algo isolado, mas é parte da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro. Como a proposta de reforma administrativa do Estado brasileiro tem em seu bojo a ideia da desobrigação do Estado com os direitos sociais, a política de saúde vigente também deveria ser reformada. Segundo Correia (2007, p. 1) afirma que, na década de 1990, o SUS “foi alvo das reformas neoliberais que tem atacado seu caráter universal e público visando o seu desmonte, através de um processo de universalização excludente, mercantilização e privatização da saúde”. Isto ocorre porque a ideologia neoliberal advoga a redução da intervenção estatal em áreas como saúde, educação e a previdência social e, conseqüentemente, potencializa a ação do mercado nestas áreas.

A reforma administrativa do setor de saúde é uma reforma circunscrita à área da saúde, que autores como March (2011) e Correia (2007), denominam de contrarreforma. Esta contrarreforma implica em um “profundo retrocesso social”, que destrói uma série de conquistas obtidas com a Constituição de 1988 (MARCH, 2011, p.176).

Conforme o Banco Mundial (1991, p.20), a necessidade de realizar a reforma do setor de saúde deve-se ao fato de que a realidade não pode admitir os gastos idealizados no processo de redemocratização, como está presente na Constituição: “as realidades

fiscais colidem com os sonhos de democratização alimentados pela democratização e pela constituição de 1988”.

A defesa da redução dos investimentos estatais para o setor de saúde fica patente nos documentos do BM: “o Brasil já parece gastar, tanto nos serviços públicos de saúde como no total, proporção do PIB algo maior do que se deveria esperar de um país com o seu nível de renda per capita” (Banco Mundial, 1991, p.101). Além da política de redução de gastos com os serviços sociais, o BM incentiva a participação da iniciativa privada no setor de saúde, inclusive com o financiamento do Estado, partindo do pressuposto de que os serviços deste setor são mais eficientes. Este discurso explicita a lógica do incentivo à iniciativa privada.

Correia (2007) coaduna com a teoria de que a orientação do BM para a reforma nos sistemas de saúde é decorrente de seu interesse em disseminar as políticas neoliberais, através da crítica à intervenção estatal na garantia dos direitos sociais; em propor-se como uma instituição humanitária que se preocupa com as condições de saúde dos países periféricos; e pelo fato de que o setor de saúde constitui-se em um importante nicho de mercado para empresas fabricantes de insumos, as indústrias farmacêuticas, operadoras de seguros. As reformas propostas pelo BM, em seus documentos, englobam a “quebra da universalidade do atendimento à saúde, a priorização da atenção básica, a utilização da mão-de-obra desqualificada para os procedimentos de atenção à saúde e simplificação dos mesmos, a seletividade e focalização da atenção aos mais pobres” (CORREIA, 2007, p.7).

Sob o discurso da falta de qualidade e a dificuldade da população em acessar os serviços públicos de saúde, a redução do gasto público e a crise administrativa hospitalar decorrente da centralização da gestão na União, Bresser Pereira (1998b, p.10) defende a reforma administrativa no âmbito dos serviços hospitalar e ambulatorial do SUS. A justificativa é de que as mudanças advindas desta intervenção proporcionarão maior “resolubilidade<sup>11</sup>, de integralidade das ações e de qualidade. Ao mesmo tempo, as reformas devem proporcionar solução para os graves problemas de financiamento, promover o uso mais racional dos recursos disponíveis e evitar fraudes”. Deve-se pontuar que, entre os serviços do SUS, o hospital e ambulatorial são os que mais dispendem investimentos visto que estes congregam: maior concentração de tecnologia, realização de procedimentos de alta complexidade como cirurgias, profissionais da

---

<sup>11</sup> A resolubilidade no campo da saúde refere-se à combinação de graus de eficácia e eficiência das ações em saúde

saúde em maior quantidade e com maior qualificação. A mesma lógica de argumentação utilizada no contexto mais amplo para justificar a Reforma Administrativa do Estado e a introdução do ideário da publicização, também é aplicada no setor de saúde.

As estratégias propostas para a reforma são três: a descentralização; a criação de um Sistema de Atendimento de Saúde em nível municipal, estadual e nacional com dois subsistemas: Entrada e Controle e Referência Ambulatorial e Hospitalar; e criação de um sistema de informações em saúde. A reforma administrativa para saúde é fundamentada em sete princípios, a saber:

Primeiro, pressupõe que a descentralização permite um controle local muito melhor da qualidade e dos custos dos serviços prestados. Segundo, que a descentralização favorece o controle social por parte da comunidade atendida pelo serviço, tornando-o duplamente efetivo. Terceiro, a separação operacional entre o Subsistema de Entrada e Controle, para solução de problemas mais simples em nível do indivíduo e da família e o Subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar permite o surgimento de mecanismo de competição administrada altamente saudáveis, envolvendo Entrada e Controle entre si (competição pela qualidade, resolubilidade, efetividade, integralidade e continuidade) e entre ambulatorios e hospitais de referência (competição pela qualidade, redução de custos e desempenho entre outros). Quarto, que o sistema de encaminhamento via postos de saúde e clínicas gerais diretamente controlados pelo poder público evitará uma grande quantidade de internações hospitalares desnecessárias. Quinto, que a partir da efetiva responsabilização dos Prefeitos e dos Conselhos Municipais de Saúde, a auditoria permanente realizada em nível municipal será mais eficiente e oportuna, fortalecendo a auditoria complementar exercida pelos poderes federal e estadual. Sexto, que a participação e o controle social em nível municipal passam a ser mais efetivos na medida que asseguram o acesso direto dos usuários ao sistema de controle. Sétimo, que esse controle é fortalecido pela montagem dos Conselhos Municipais de Saúde (BRESSER PEREIRA, 1998b, p.11).

Nota-se que nestas estratégias propostas para a reforma da saúde há apropriações dos princípios do SUS para constituir o discurso da reforma. A apropriação deste discurso faz com que a proposta reformista seja mais facilmente aceita e seja vista até como coerente com que é proposto no SUS. Porém, o sentido que estas teorias adquirem é diferente, o que é possível observar com a estratégia da descentralização. A descentralização, que é uma diretriz organizacional do SUS, tem como finalidade permitir um maior controle social. Os reformistas também se utilizam desta justificativa, porém o que se observa é que a descentralização para estes é fundamentalmente uma estratégia para a descentralização das responsabilidades, com repasse das atribuições do Estado para organizações não-governamentais. Observa-se que esta reforma é pensada para transitar por dentro do que já está proposto para o SUS, tomando por base aquilo que já está instituído para dar novos contornos. Em tese, permanece a ideia do controle

social, da participação da comunidade na fiscalização e nos processos decisórios, porém alguns princípios são inseridos de modo a dar novos sentidos para a proposta do SUS, adequando-o aos contornos da reforma administrativa brasileira.

Um destes princípios que é inserido com a reforma é o da competição, o que Bresser Pereira (1998b) denomina como uma competição administrada altamente saudável entre os serviços. Parte-se do pressuposto de que os serviços do SUS são ordenados conforme o instituído na Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990, de forma descentralizada, regionalizada e hierarquizada. Os reformistas aproveitam-se também da ideia da hierarquização, ou seja, da organização dos serviços conforme os níveis de atenção para instituir a divisão entre o subsistema de Entrada e Controle e o subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar. A finalidade da proposta é que estes passem a concorrer entre si. Assim, os serviços de entrada e controle que na atual estrutura do SUS correspondem às Unidades Básicas de Saúde e às Unidades de Saúde da Família, que devem competir entre si pela melhor qualidade, continuidade de atendimento, efetividade e eficácia e ainda pela integralidade.

Do mesmo modo, os ambulatórios e hospitais estatais, públicos não-estatais (filantrópicos) ou privados devem competir entre si a fim de atingirem uma melhor qualidade dos serviços, reduzir custos, melhorar a eficiência e eficácia, entre outros aspectos. Uma das estratégias contidas na própria reforma que potencializaria a competição entre as unidades é o acesso às informações do Sistema de Informações Gerenciais em Saúde, que tanto possibilita um maior controle social como também a comparação de desempenho entre as unidades de saúde. A ideia disseminada é que através destas ações os serviços tornarão mais eficientes. Para isso, prevê-se inclusive a bonificação por desempenho “de acordo com avaliações de indicadores epidemiológicos, sanitários e gerenciais entre os subsistemas de Entrada e Controle de um Estado da Federação” (BRESSER PEREIRA, 1998b, p.16). No subsistema de Referência Ambulatorial e Hospitalar também haverá bonificação em decorrência do desempenho/qualidade do atendimento, medidas através dos índices de valorização de desempenho, hospitalar e ambulatorial (IVDH e IVDA<sup>12</sup>). Bresser Pereira (1998b)

---

<sup>12</sup> “O IVDH será construído por fatores múltiplos tais como, taxas de infecção hospitalar, letalidade hospitalar, custo do paciente-dia e do leito-dia, entre outros, no caso dos hospitais. O IVDA, nos ambulatórios de referência, pontuará, entre outras, a resolubilidade, a tecnologia incorporada e a qualidade do atendimento” (BRESSER PEREIRA, 1998, p.20).

entende que este é o elemento essencial da reforma administrativa da saúde, a divisão em subsistemas de saúde competitivos entre si.

A partir do exposto, Montañó (2005, p.29) analisa que a Reforma Administrativa do Estado Brasileiro está articulada com “o projeto de liberar, desimpedir e desregulamentar a acumulação de capital, retirando a legitimação sistêmica e controle social da ‘lógica democrática’ passando para a lógica da concorrência do mercado”. Este é um dos elementos basilares da proposição reformista: através da inserção dos princípios do mercado, a partir da fragmentação com incentivo claro à competição entre os subsistemas e entre os serviços do próprio sistema, serão os princípios mercadológicos que direcionarão todas as demais ações nos serviços. Os serviços não serão direcionados mais para o atendimento das necessidades de saúde da sociedade, mas para o aspecto quantitativo do atendimento às metas. Além disto, na medida em que a competição entre os serviços é incentivada fragmentam-se as relações tanto dos serviços quanto dos trabalhadores.

A Lei nº 8080/90 estabelece que no SUS os serviços devem funcionar em redes integradas de assistência em saúde. Contudo, a competição entre as unidades de saúde é contraditória a este ideário, visto que a competição não permite a integração, mas a fragmentação, o trabalho individualizado em pequenos nichos sem articulação com outras equipes. Em nenhum momento desta discussão se pauta o pleno atendimento às necessidades dos usuários destes serviços como indicador de qualidade dos serviços, o foco está nos aspectos financeiros, na redução de custos. Bueno e Merhy (1997) alertam que

A resolubilidade do sistema tem que ser garantida através de incorporação tecnológica e principalmente pela responsabilização dos profissionais e serviços para com a saúde de sua população. A hierarquização e regionalização dos serviços não pode ser instrumento de transferência de responsabilidades entre as unidades do sistema (BUENO & MERHY, 1997, p.5).

Conforme Bresser Pereira (1998b, p.17), ao subsistema de Entrada e Controle caberá o encaminhamento dos usuários para os hospitais e ambulatórios de uma determinada região: “o encaminhamento do paciente para internação será autorizado pelo médico, mas efetivado através da função gestão, que emitirá a guia pelo computador e manterá todos os controles do sistema”. Fica claro por esta proposta que o direcionamento do usuário não é realizado de acordo com a necessidade de saúde que

um determinado sujeito apresenta, mas é orientada por critérios gerenciais, considerando-se ainda a relação de competitividade entre os hospitais. Além disto, este subsistema será responsável por credenciar e contratar serviços dos hospitais estaduais, ou seja, a gestão da Entrada e Controle será determinante na organização da saúde no âmbito municipal. É este gestor que direcionará o usuário para os hospitais “rivais entre si”.

Bresser Pereira (1998b, pp.19-20), indica no projeto de reforma administrativa da saúde a transformação dos hospitais públicos “em organizações sociais, ou seja, em entidades públicas não-estatais de direito privado com autorização legislativa para celebrar contratos de gestão com o poder executivo e assim participar do orçamento federal, estadual ou municipal”. Este processo vem sendo colocado em ação com a celebração de contratos com as OSs e OSCIPS para a gestão dos hospitais públicos.

A consolidação da reforma administrativa em saúde está sendo colocada em vigência através das Normas Operacionais Básicas, que possibilita a reforma administrativa da saúde, na medida em que, por exemplo, a Norma Operacional Básica de 1996 (NOB-SUS 01/96) admitem duas formas de gestão, a gestão plena do sistema e a gestão plena da atenção básica. Nesta perspectiva, a NOB 01/96 cria dois subsistemas de saúde, de modo que Bueno e Merhy (1997, p.9) afirmam que “apostar na NOB 96, em termos de modelo de atenção e gestão do sistema, é apostar no projeto neoliberal de Reforma do Estado do Ministério da Administração Federal e da Reforma do Estado”.

As políticas desenvolvidas e recomendadas pelo BM são de incentivo à iniciativa privada. Uma das formas que este incentivo se manifesta é através da política de potencializar que o setor público não realize determinados serviços para que estes fiquem sob a responsabilidade do setor privado. Conforme Correia (2007, p.16), com o modelo de atenção básica preconizado pelo BM para o atendimento da sociedade em geral e a racionalização da média e da alta complexidade (hospitais e ambulatórios), o Estado torna-se o responsável pela parte “não lucrativa dos serviços de saúde, que não interessa ao capital, ao tempo que a rede privada especializa-se na alta complexidade”. Neste sentido, a divisão em formas lucrativas e não lucrativas compromete o princípio de integralidade do SUS – com atendimento em todos os níveis de atenção. Para o usuário, esta lógica é bastante prejudicial, visto que caso este necessite de um procedimento especializado na média e alta complexidade será necessário que se pague pelo serviço.

Da mesma forma que em outros setores, nos serviços públicos de saúde tem sido adotada a terceirização dos serviços, com a finalidade de redução de custos, bem como a terceirização da gestão, através das OSs, como sendo o caminho para que a qualidade, eficiência e eficácia dos serviços prestados nos hospitais públicos sejam garantidas. Há a recomendação do BM para que o setor de saúde tenha uma gestão autônoma, mesmo que isto implique que esta seja realizada pela iniciativa privada.

Correia (2007) afirma que o que se tem neste caso é a flexibilização da gestão, com a implantação de princípios gerenciais que visam a relação custo/benefício em detrimento da qualidade dos serviços, sendo que esta flexibilização pode ser considerada como um processo de privatização “por dentro”, na medida em que apenas a administração dos serviços é transferida para OSs, porém, o financiamento continua sendo público. Este processo como um todo implica na

desresponsabilização do Ministério da Saúde na execução direta dos serviços de saúde [...] através de contratos de gestão, passando este a ser coordenador desses serviços monitorando e avaliando o desempenho e os resultados do “compromisso de gestão” firmado com prestadores públicos ou privados de saúde (CORREIA, 2007, p.12).

Em síntese, Correia (2007) analisa que a reforma administrativa da saúde tem implicado: a) no estímulo à iniciativa privada no setor de saúde; b) na flexibilização da gestão, tendo como parâmetro a relação custo/benefício; c) na destruição do caráter universal do SUS.

A Constituição de 1988 ao estabelecer a saúde como um direito universal possibilitou que grande parte da sociedade, até então excluída da assistência médica, pudesse ter acesso a esta. E, de fato, esta mudança propiciou que os brasileiros tivessem maior acesso aos serviços médicos, tanto que o próprio Banco Mundial (1991) reconhece o aumento da procura pelos serviços. Porém, este órgão entende que este seja um problema na medida em que gera um maior custo ao Estado:

A Constituição de 1988 estabelece como direito constitucional, o acesso universal aos serviços públicos de saúde. A implementação deste direito exerceria significativo efeito sobre a procura e o custo dos serviços médicos públicos (BANCO MUNDIAL, 1991, p.82).

A preocupação central não é com a qualidade de vida e, conseqüentemente, com a saúde da sociedade em geral, mas com a relação custo/benefício na oferta dos serviços

de saúde. A política colocada em curso, através da reforma administrativa do setor de saúde, implica em uma quebra do princípio da universalidade do SUS. Isto ocorre porque o Estado passa a incentivar ações da iniciativa privada, das OSs que tratam a saúde a partir de uma relação custo/benefício. Para além disto, a saúde é tratada como uma mercadoria. Nesta perspectiva, a lógica do direito é quebrada, sendo que apenas aqueles que têm condições de comprá-lo no mercado é que poderão ter acesso aos serviços, as ações, enfim aos cuidados. Como a maior parte da sociedade brasileira não dispõe de recursos para tal, apenas aqueles que têm os seguros de saúde ou pagam de qualquer outra forma é que terão acesso. Além disto, os organismos internacionais, como o BM, orientam que as políticas públicas devem ser direcionadas para os setores sociais mais vulneráveis, portanto, as políticas públicas devem ser focalizadas, em detrimento do ideal de universalidade advogado pelo movimento da Reforma Sanitária:

os gastos sociais são dirigidos aos setores de extrema pobreza; à descentralização da gestão da esfera federal para estados e municípios sem a contrapartida de recursos necessários a esse processo, e com a participação na esfera local de organizações não governamentais, filantrópicas, comunitárias e de empresas privadas; à privatização, com o deslocamento de prestação de bens e serviços públicos para o setor privado que é regido pelo mercado (CORREIA, 2007, p.6).

Nesta direção, Paim (2007) afirma que o SUS perde o seu caráter universalidade, na medida em que é cada vez mais precarizado por meio de uma “assistência primitiva” de saúde destinada a grupos específicos, os mais pobres, aqueles que não possuem condições para acessar outras formas de assistência em saúde. De modo geral, a reforma administrativa do Estado brasileiro tem promovido um desmonte de importantes conquistas da classe trabalhadora ao longo dos anos 1980, colocando a concepção seguridade social em xeque.

A Reforma Administrativa do Setor de Saúde tem resultado na privatização dos serviços de saúde com a destinação de recursos públicos para as OSs e OSCIPs, inclusive, contrariando princípios legais. A concepção de saúde desenvolvida pelo movimento da Reforma Sanitária durante a VIII CNS e o entendimento desta como direito social também tem sido deteriorados, além do comprometimento de princípios como a integralidade das ações e serviços, da universalização da assistência em saúde, com a progressiva desobrigação do Estado com relação à garantia dos direitos sociais.

## **CAPÍTULO II – A CENTRALIDADE DO HOSPITAL NO ATENDIMENTO EM SAÚDE E A FORÇA DE TRABALHO NOS HOSPITAIS PROGRESSO E TRANSIÇÃO**

### **2 A constituição do hospital terapêutico e a sua centralidade no atendimento em saúde**

Até a Idade Média, tanto no ocidente quanto no oriente, os hospitais tinham como objetivo prestar assistência social aos doentes e aos infortunados. Os motivos religiosos e sociais foram os principais catalisadores para o surgimento destas instituições (ROSEN, 1979).

A transformação do hospital em espaço terapêutico só ocorre ao final do século XVIII (FOUCAULT, 2001; MENDES, 1992; PIRES, 2008). Deste modo, até o início do século XVIII, a assistência em saúde era realizada prioritariamente no âmbito domiciliar ou em um consultório instalado na casa do médico para aqueles que tinham condições financeiras. Por outro lado, o hospital era o espaço de reclusão de todos aqueles que representassem alguma forma de perigo para a sociedade

O pobre como pobre tem necessidade de assistência e, como doente, portador de doença e de possível contágio, é perigoso. Por estas razões, o hospital deve estar presente tanto para recolhê-lo, quanto para proteger os outros do perigo que ele encarna [...] O hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII e o Hospital Geral, lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc., é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece (FOUCAULT, 2001, p. 59).

A caridade e a assistência espiritual eram os alicerces das ações no hospital, sendo que os religiosos ou qualquer pessoa que desejasse a salvação espiritual eram os principais protagonistas neste espaço. O cuidado em saúde não era o objetivo desta

instituição, sendo que quando era necessária a assistência médica no hospital, os religiosos chamavam os piores médicos.

Conforme Foucault (2001), a transformação do hospital em instituição terapêutica ocorre a partir da intervenção médica e da disciplinarização do espaço hospitalar. Empreende-se um movimento para transformar o hospital que era um lugar de disseminação de doenças, devido à lógica que imperava nesta instituição, em um local mais asséptico para que as doenças não fossem disseminadas. Foucault (2001) analisa que este processo é desencadeado devido ao impacto que as epidemias e endemias causavam na mão de obra qualificada, principalmente, nos soldados e outros trabalhadores. Era necessário que estes permanecessem saudáveis em virtude do alto custo que representavam. Outro aspecto que impulsionou esta reorganização foi a ausência de fiscalização nos hospitais, principalmente, aos da zona marítima, que eram locais propícios para o contrabando de mercadorias.

Observa-se que a reorganização do hospital e sua constituição como um ambiente terapêutico ocorreu em estreita relação com a necessidade de garantir o desenvolvimento econômico. Foucault (1999) considera que a técnica aplicada para a reorganização do hospital foi a disciplina, implantada a partir de um controle minucioso sobre os movimentos do corpo, com a adequação dos movimentos ao uso racional do tempo, ou seja, um poder de sujeição dos corpos, que envolve a individualização com o controle do espaço, o registro sistemático de informações, a vigilância contínua e constante.

A aplicação da disciplina no hospital implicou na organização arquitetônica – com uma distribuição dos espaços que possibilitasse e propiciasse a cura, sendo o médico o sujeito responsável pela construção e distribuição dos espaços. Além destas atribuições, o médico deveria controlar outros fatores de cura como a dieta, os horários de alimentação, bem como o controle do funcionamento econômico do hospital.

Mills (1979) compreende que a transformação empreendida no hospital faz com que este se torne o centro do exercício da profissão médica<sup>13</sup>, constituindo-se tanto em um fator estratégico para a assistência terapêutica, quanto em uma instituição educativa.

---

<sup>13</sup> Mills (1979) afirma que no século XX os profissionais liberais começam a exercer suas atividades como empregados assalariados. Assim, até mesmo entre os médicos, há esta tendência de substituição do consultório particular por uma clínica médica ou hospital. Neste sentido, este assalariamento contribui para que o hospital se torne o centro do exercício da profissão médica.

Este duplo caráter, que vai sendo desenhado para o hospital, contribui para perpetuar a centralidade deste no processo terapêutico até os dias atuais.

Rosen (1979, p.368) afirma que o desenvolvimento do hospital e sua aceitação lhe proporcionaram “papel central na atenção médica moderna [além de] torná-lo responsável por tarefas complexas e vastas”. Mills (1979) considera que também contribuiu para a reafirmação do hospital como centro do exercício da profissão médica, a relação de dependência do médico com os equipamentos tecnológicos presentes no hospital para formular o diagnóstico e para prescrever o tratamento.

O médico, como sujeito fundamental da disciplinarização, torna-se mais presente nas rotinas do hospital e, progressivamente, os religiosos assumem o segundo plano. Os reflexos deste processo podem ser percebidos na medicalização dos serviços de saúde, que segundo Mendes Gonçalves (1992, p.40), trata-se de um “fenômeno típico do século XX, em que se tornou quase automático pensar no trabalho médico como equivalente a trabalho em saúde”.

## **2.1 Caracterização dos trabalhadores dos Hospitais Progresso e Transição**

Pires (2008, p. 87) evidencia que a “lógica da organização capitalista do trabalho penetra na organização da assistência de saúde, o que se verifica mais claramente no espaço institucional”, como é o caso do hospital, inclusive em virtude de suas características constitutivas. Neste sentido, os trabalhadores da instituição hospitalar são os trabalhadores da saúde que vivenciam de forma mais aprofundada a penetração da lógica capitalista nos serviços de saúde. Por isto os trabalhadores dos hospitais públicos do Estado de Goiás foram escolhidos para participarem desta pesquisa.

Os dados do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) indicam que, no Estado de Goiás, há entre instituições particulares e públicas sete mil seiscentos e dezessete estabelecimentos de saúde. Os hospitais correspondem a 5,8 % dos estabelecimentos de saúde, sendo nove hospitais de atendimento sem internação oitenta e quatro hospitais especializados, trezentos e trinta e seis hospitais gerais e treze unidades mistas, que realizam tanto atendimentos no âmbito ambulatorial sem internação quanto os hospitalares com internação. Entre estes estabelecimentos dois mil quatrocentos e quarenta e três são públicos e cinco mil cento e setenta e quatro são privados. Entre os estabelecimentos públicos, doze estão vinculados à esfera federal,

cinquenta e um à estadual e dois mil trezentos e oitenta à esfera municipal (CNES, 2013). Deste modo, apesar das instituições hospitalares não corresponderem nem à metade dos estabelecimentos de saúde, elas têm a centralidade do atendimento em saúde.

Nesta pesquisa, foram entrevistados trabalhadores de dois hospitais públicos da cidade de Goiânia com gestão terceirizada. A amostra total deste estudo constitui-se de vinte sujeitos trabalhadores da saúde sendo dez deles do Hospital Progresso e dez do Hospital Transição que lidam diretamente com o usuário em seu processo de trabalho. Do total de entrevistados, 65% são do sexo feminino, o que corrobora com a afirmação de Pastore e Rosa (2006, p.4) sobre a feminização<sup>14</sup> do trabalho no hospital: “tomando como referência o setor hospitalar, as mulheres aparecem neste contexto em percentagem superior, em torno de 70% do conjunto dos trabalhadores”.

No Hospital Progresso, foram entrevistados cinco trabalhadores do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Entre os entrevistados 70% deles são solteiros, provavelmente, em virtude do fato de que, em geral, os entrevistados foram jovens. A maior parte dos entrevistados está na faixa etária entre vinte e quarenta anos, sendo que apenas dois dos entrevistados estão acima desta faixa (tabela 1).

Apenas um dos entrevistados exerce um cargo de nível médio – técnico em enfermagem – e, conseqüentemente não tem pós-graduação. Os demais profissionais entrevistados ocupam cargo de nível superior, tais como: fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicóloga, enfermeiro, assistente social e fonoaudiólogo. Todos estes profissionais têm pelo menos uma pós-graduação em sua área de atuação. Os profissionais entrevistados têm tempo de trabalho no Hospital Progresso entre nove meses a dez anos.

Para garantir o anonimato dos entrevistados do Hospital Progresso estes foram identificados da seguinte forma: o nome Entrevistado HP seguido da numeração de 1 a 10, seguindo a ordem que foram sendo entrevistados, conforme a tabela 1.

---

<sup>14</sup> Conforme Sanches e Gebrim (2003), a feminização do trabalho no setor de saúde deve-se ao fato de que a maior parte das mulheres está inserida em atividades do setor de serviços, no âmbito da educação e saúde, que se assemelham com aquelas realizadas na esfera doméstica e que tem o cuidar como elemento central.

**Tabela 1: Dados gerais dos Entrevistados dos Hospitais Progresso**

Identificação	Sexo	Estado Civil	Idade	Curso de formação	Pós-graduação	Tempo de trabalho	Relação contratual
<i>Hospital Progresso</i>							
Entrevistado HP1	Masculino	Solteiro	28	Fisioterapia	Sim	3a e 11m	CLT
Entrevistado HP2	Masculino	Solteiro	29	Fisioterapia	Sim	10a	CLT
Entrevistada HP3	Feminino	Solteira	39	Enfermagem	Sim	1a e 2m	CLT
Entrevistado HP4	Feminino	Casada	45	Psicologia	Sim	10a	CLT
Entrevistado HP5	Masculino	Solteiro	21	Técnico em enfermagem	Não	1a e 2m	CLT
Entrevistado HP6	Masculino	Solteiro	28	Enfermeiro	Sim	9m	CLT
Entrevistada HP7	Feminino	Casada	45	Psicologia	Sim	8a	CLT
Entrevistada HP8	Feminino	Casada	32	Serviço Social	Sim	6a	CLT
Entrevistado HP9	Masculino	Solteiro	26	Terapia Ocupacional	Sim	4a	CLT
Entrevistada HP10	Feminino	Solteira	33	Fonoaudiologia	Sim	1a e 3m	CLT

*Fonte:* dados da pesquisa empírica.

No Hospital Transição, foram entrevistados dois trabalhadores do sexo masculino e oito do sexo feminino. Destes, três são divorciados, três são solteiros e quatro são casados. Diferentemente do Hospital Progresso, os entrevistados do Hospital Transição são mais velhos, sendo que a maioria deles está na faixa etária dos trinta e cinco e cinquenta e cinco anos. Apenas três entrevistados têm entre vinte a trinta anos, como pode ser visualizado na tabela 2. Quatro dos entrevistados exercem cargo de nível médio – técnico de enfermagem.

Apenas a Entrevistada HT4, que tem cargo de nível médio, tem graduação, porém fora da sua área de atuação e, não cursou pós-graduação. Os seis profissionais de nível superior ocupam cargos de psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, nutricionista e assistente social sendo que apenas dois deles não têm pós-graduação. Os trabalhadores entrevistados têm tempo de trabalho no Hospital Transição entre três meses a quinze anos.

Da mesma forma que no Hospital Progresso, os entrevistados do Hospital Transição foram identificados com o nome de Entrevistado seguido da sigla HT para referir ao hospital e com a numeração de 1 a 10, seguindo a ordem de realização das entrevistas, conforme a tabela 2.

**Tabela 2: Dados gerais dos Entrevistados do Hospital Transição**

Identificação	Sexo	Estado Civil	Idade	Curso de formação	Pós-graduação	Tempo de trabalho	Relação contratua
<i>Hospital Transição</i>							
Entrevistado HT1	Masculino	Solteiro	20	Técnico de enfermagem	Não	1a e 1m	Estatutário
Entrevistado HT2	Masculino	Divorciado	35	Técnico de enfermagem	Não	3m	CLT
Entrevistada HT3	Feminino	Casada	44	Técnico de enfermagem e Gestão Pública	Não	6a	Estatutário
Entrevistada HT4	Feminino	Divorciada	37	Técnico de enfermagem	Não	15a	Estatutário
Entrevistada HT5	Feminino	Casada	36	Fonoaudiologia	Não	12 <sup>a</sup>	Estatutário
Entrevistada HT6	Feminino	Casada	41	Fonoaudiologia	Sim	7a	Estatutário
Entrevistada HT7	Feminino	Solteira	55	Psicologia	Sim	10a e 3m	Estatutário
Entrevistada HT8	Feminino	Divorciada	45	Serviço Social	Sim	14a	Estatutário
Entrevistada HT9	Feminino	Casada	25	Nutrição	Não	1ano e 2m	Estatutário
Entrevistada HT10	Feminino	Solteira	27	Fisioterapia	Tem	3m e 15d	CLT

*Fonte:* dados da pesquisa empírica.

Os trabalhadores da saúde, assim como os demais trabalhadores estão sujeitos à exploração de seu trabalho e, em grande parte sujeitam-se às mesmas condições de assalariamento que os trabalhadores do setor produtivo. De modo geral, é possível afirmar que os trabalhadores da saúde constituem-se em profissionais assalariados, ou seja, que têm um emprego e, não trabalham de forma autônoma. A condição de assalariamento, em certo ponto, permite que determinados grupos de trabalhadores tenham bons salários, prestígio e poder sem necessariamente ser proprietário de patrimônios. Esta condição, inclusive, permite a aquisição de patrimônio e alimenta o desejo destes trabalhadores de saírem da condição de assalariado.

Os dados do DIEESE (2009) confirmam o assalariamento entre os trabalhadores da saúde. Conforme os dados deste departamento, no setor de saúde os assalariados correspondem a um total de 80% dos trabalhadores.

No Hospital Progresso, há quatrocentos e oitenta e nove trabalhadores com vínculo empregatício cadastrados no CNES (2013). Entre estes trabalhadores quatrocentos e vinte e quatro são categorizados como celetistas, quinze contratados por prazo determinado, uma trabalhadora estatutária e, quarenta e nove trabalhadores com vínculo empregatício não categorizado no CNES e oito médicos residentes.

Entre os trabalhadores do Hospital Transição, setecentos e setenta e dois têm vínculo empregatício com a instituição, há um médico autônomo, noventa e sete médicos residentes e três trabalhadores são enquadrados na categoria outros, sendo um médico bolsista, dois contratos verbal/informal (médico e psicólogo) (CNES, 2013).

Do total de trabalhadores com vínculo empregatício do Hospital Transição, tem-se que trezentos e cinquenta e cinco deles são estatutários, enquanto que duzentos e vinte e seis são celetistas com contratos por prazo determinado, cento e noventa estão cadastrados como sem tipo e dois médicos são cadastrados como emprego público<sup>15</sup> (CNES, 2013).

Observa-se que tanto no Hospital Transição quanto no Hospital Progresso há uma diversidade de vínculos empregatícios e até mesmo a inexistência de vínculo entre o trabalhador e a instituição, como é o caso dos terceirizados e autônomos.

Apesar dos custos com encargos sociais serem maiores para o celetista do que para o estatutário, com a entrada da OS Avante para gestão do Hospital Transição, a contratação de profissionais passou a ser regida pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) assim como no Hospital Progresso. Nas tabelas a seguir é possível observar que quanto aos encargos sociais para o empregado público, como o INSS/PSS, a contribuição da instituição é de 20% enquanto que para o estatutário é de 11% além de 8,5% de FGTS que deve ser pago pela instituição. Com relação aos encargos trabalhistas, são os mesmos custos tanto para o empregado público quanto para o estatutário (NOGUEIRA *et. al*, 2013).

---

<sup>15</sup> O empregado público é aquele que ocupa um emprego público, com contrato regido pela CLT, por prazo indeterminado para exercício de funções na administração direta, autárquica e fundacional. A admissão de servidores para o exercício de emprego público deve ser realizada mediante processo seletivo (BRASIL, 1998).

**Tabela 3: Custos Indiretos do Trabalho com Encargos Sociais**

<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>Quem Paga</b>	<b>INSS/PSS</b>	<b>PIS/PASEP*</b>	<b>FGTS</b>
<b>Estatutário</b>	Instituição	11%	1%	Não recolhe
	Trabalhador	11%	Não recolhe	Não recolhe
<b>Empregado Público</b>	Instituição	20%	1%	8,50%
	Trabalhador	Tabela prog.	Não recolhe	Não recolhe
<b>Cooperado</b>	Instituição	20%	1%	Não recolhe
	Trabalhador	Tabela prog.	Não recolhe	Não recolhe
<b>Celetista Terceirizado</b>	Instituição	11%	1%	8,50%
	Trabalhador	Tabela prog.	Não recolhe	Não recolhe
<b>Prazo Determinado</b>	Instituição	20%	Não recolhe	Não recolhe
	Trabalhador	Tabela prog.	Não recolhe	Não recolhe

Fonte: Nogueira *et. al* (2013)

(\*) % sobre a folha de pagamento.

**Tabela 4: Custos Indiretos do Trabalho com Encargos Trabalhistas**

<b>Tipo de Vínculo</b>	<b>Férias</b>	<b>Adic. Férias</b>	<b>13º Salário</b>	<b>Sal. Família*</b>
<b>Estatutário</b>	30 dias	1/3 do salário	1 salário	R\$ 11,26
<b>Empregado Público</b>	30 dias	1/3 do salário	1 salário	R\$ 11,26
<b>Cooperado</b>	Não Prevê	Não Prevê	1 salário	Não Prevê
<b>Celetista Terceirizado</b>	30 dias	1/3 do salário	1 salário	R\$ 11,26
<b>Prazo Determinado</b>	Não Prevê	Não Prevê	Não Prevê	Não Prevê

Fonte: Nogueira *et. al* (2013)

(\*) para salários até R\$ 468,47.

No Hospital Progresso predomina o trabalho regido pela CLT, visto que apenas uma trabalhadora é estatutária, sendo os demais trabalhadores submetidos a formas flexíveis de contratação. Estes dados corroboram com o apontado por Rocha e Souza (2011), ao analisar a tendência do serviço público administrado na perspectiva do capital: a flexibilização das relações trabalhistas. As reformas promovidas pelo Estado com alterações na legislação trabalhista e social estruturando um novo aparato jurídico-legal possibilita a flexibilização das relações trabalhistas e, sobretudo a quebra da lógica da proteção social, inclusive para o trabalho no serviço público (ROCHA e SOUZA, 2011).

A flexibilização das relações trabalhistas e, conseqüentemente a abertura a outros tipos de vínculos no serviço ocorre, segundo Rocha e Souza (2011, p.5), porque a “força de trabalho é encarada [pelo Estado] como custo e não como agente fundamental

no processo de produção”, portanto, torna-se cada vez mais indispensável reduzir custos com a força de trabalho.

Uma estratégia que o Estado tem realizado para reduzir custos com a força de trabalho é a terceirização que desresponsabiliza o Estado de suas obrigações com a força de trabalho. No Hospital Progresso, há a terceirização tanto de serviços quanto de trabalhadores. A Entrevistada HP3 elenca os serviços laboratoriais, os serviços de manutenção como áreas terceirizadas.

No Hospital Transição, também existem serviços terceirizados. Conforme a Entrevistada HT8 este “foi o primeiro hospital da Secretaria de Saúde que já começou com serviço terceirizado, a cozinha já era terceirizada, o serviço de limpeza, o serviço de transporte”. Deste modo, é possível dizer que a terceirização das atividades meio já havia ocorrido no Hospital Transição antes mesmo do início das atividades da OS Avante iniciar suas atividades. Porém, este processo se intensificou, ainda mais, com a entrada das OSs, inclusive com a terceirização dos trabalhadores das atividades fins.

O Entrevistado HT2 afirma que a OS Avante terceirizou “só a rouparia, porque a parte da limpeza já era [...]. A parte da alimentação também já era. Então, só a rouparia mesmo que quando a organização entrou que terceirizou, mas o restante tudo era”. Porém, outros entrevistados acrescentam outros serviços que foram terceirizados. O Entrevistado HT1 pontua que houve a terceirização do serviço de vigilância, com a contratação de uma empresa de vigilância privada. A Entrevistada HT8 afirma que houve a terceirização do serviço de manutenção e, por fim a Entrevistada HT6 afirma que “foi terceirizado os exames de imagem, então toda parte de Raio X ultrassom”, ou seja, o setor de diagnóstico passou pelo processo de terceirização.

Quanto à categoria médica do Hospital Progresso, cabe abrir parênteses. Em geral, entre os trabalhadores da saúde, os médicos constituem uma categoria que muitas vezes trabalha de forma independente, inclusive no hospital, enquanto que os demais trabalhadores são assalariados. Os médicos do Hospital Progresso, por exemplo, constituem uma categoria à parte, visto que grande parte deles está enquadrada na categoria dos autônomos e prestadores de serviço sem qualquer vínculo contratual com a OS Moderna.

Existe o prestador de serviço: a equipe médica lá não é da instituição. Eles são prestadores de serviço, é uma cooperativa, não sei se é uma cooperativa, se é uma associação de médicos que pelo menos na terapia intensiva na UTI

não são funcionários da OS Avante<sup>16</sup>, eles são funcionários dessa associação que prestam serviços médicos para a UTI (ENTREVISTADO HP6).

Segundo o CNES (2013), há no Hospital Progresso noventa e dois trabalhadores autônomos, sendo que oitenta e um pertencem à categoria médica. Entre os autônomos, cinquenta e três são intermediados por entidade filantrópica, sendo dois pedagogos, um diretor de saúde, seis professores e quarenta e quatro médicos. Há um médico intermediado por cooperativa, nove médicos intermediados por empresa privada, oito trabalhadores não tem intermediação, sendo dois cirurgiões dentistas e seis médicos. Estes dados indicam a expressiva terceirização dos trabalhadores destas categorias no Hospital Progresso, sob gestão da OS Moderna.

No CNES (2013), vinte e um trabalhadores médicos autônomos não tem o subtipo definido. A Entrevistada HP7 diz que “existe o corpo clínico aberto, que são médicos que fazem atendimento clínico lá e que não são médicos de lá. Vez ou outra eles fazem lá”. A Entrevistada HP10 diz que a maioria dos médicos pertence a este corpo clínico externo e, que existem aqueles que só comparecem na instituição quando chamados, portanto, não participam da rotina do hospital.

Cabe ressaltar que não é a OS Moderna que tem vínculo com os profissionais médicos, mas uma empresa ou mesmo cooperativa que presta serviços à OS. Deste modo, a OS Moderna se desobriga de qualquer encargo trabalhista para esta categoria profissional. Esta estratégia para a OS Moderna significa um menor custo com o corpo clínico. Todavia, isto não significa que estes médicos prestadores de serviço para o hospital tenham uma baixa remuneração.

### **2.1.2 A entrada do trabalhador em hospitais de gestão terceirizada: a ausência do concurso público**

Enquanto a gestão dos hospitais públicos era realizada por gestores do próprio quadro da Secretaria de Estado da Saúde de Goiás (SES), os servidores públicos que entravam no Hospital Transição para o trabalho em saúde o faziam por meio de concurso público e contratos por tempo determinado. Entre os dez entrevistados do

---

<sup>16</sup> O nome da OS que é citada pelo entrevistado foi substituída por OS Avante a fim de garantir o sigilo.

Hospital Transição, oito deles pertencem ao quadro de efetivos da SES. O ingresso destes no Hospital Transição foi por meio de concurso público: “a secretaria de saúde, abriu um concurso e especificamente para esse hospital, e eu estava recém-formada, prestei um concurso para lá [...] Foi assim que eu comecei a trabalhar lá” (ENTREVISTADA HT4).

Além dos concursados da SES, no Hospital Transição há a situação de trabalhadores que foram transferidos de outros órgãos do governo, como é o caso da Entrevistada HT7: “Eu era até então funcionária de outra secretaria, quando eu terminei o meu curso [...] entrei com um pedido de remoção desta secretaria para a Secretaria da Saúde”.

Entretanto, em 2012, com a entrada da OS Avante, os trabalhadores que adentraram para o quadro de profissionais foram contratados via CLT e foram admitidos a partir de processo seletivo realizado pela OS Avante.

Na verdade eu recebi uma indicação, né? Fui indicado por uma amiga minha para levar o currículo até a empresa responsável, né? Fui, levei o currículo e a partir daí fiz uma série de entrevistas, de provas. Aí fui passando pelas etapas e cheguei à empresa (ENTREVISTADO HT2).

Eu fui voluntária por cinco meses [...] O próprio coordenador da área já falava que quando fosse ter, que ele poderia, dentro das possibilidades, indicar a gente. E foi feita uma carta para a OS, com o meu nome e de outras pessoas que trabalhavam lá, mas eram comissionadas. E, dessas pessoas somente eu fui chamada para entrevista [...] eu acho que foi uma coincidência [...], não sei se foi por essa carta, mas eu entreguei currículo na OS por três vezes e fui chamada para fazer uma entrevista. Foi só a entrevista e análise de currículo (ENTREVISTADA HT10).

Nas falas destes dois entrevistados, celetistas do Hospital Transição, é possível observar a presença do fator indicação como um elemento importante para a participação dos candidatos no processo seletivo, mesmo que este não seja o mais determinante. Observa-se na fala dos dois entrevistados a existência de divergências quanto à metodologia empregada no processo seletivo: o Entrevistado HT2 afirma que em sua seleção houve provas enquanto a Entrevistada HT10 afirma ter passado apenas por entrevista e análise de currículo. Observa-se que não existe uma padronização dos procedimentos durante o processo seletivo e, que este por vezes não avalia a competência técnica do profissional que será contratado. Além disto, formas distintas de seleção culminam no privilégio de determinados sujeitos em detrimento de outros por colocar critérios diferenciados. Os Entrevistados HT1 e HT9 afirmam que os

supervisores foram contratados pela OS Avante através de indicação, dispensando inclusive o processo seletivo.

Esta política de contratação de celetistas ao invés de trabalhadores estatutários por meio de concurso público não é recente. No Hospital Transição, em 1998, no momento de implantação das ideias neoliberais do Governo FHC, entre elas a Reforma Administrativa do Estado, houve a tentativa de vincular o Hospital Transição a uma fundação que seria a gestora da instituição e, conseqüentemente a contratante dos trabalhadores. Porém, esta situação não foi levada adiante como discorre a Entrevistada HT8: “[...] e eles tentaram implantar essa fundação, inclusive nosso concurso, a gente brigou três anos, eles fizeram dizendo que era um processo seletivo e na verdade foi um concurso, nós ficamos brigando”.

O processo que está em curso no Hospital Transição, de contratação de celetistas, segue a tendência do Hospital Progresso. Neste hospital, que é público, todos os trabalhadores são celetistas ou terceirizados. E, mesmo que haja demanda para uma área de enfermagem, por exemplo, e que exista um trabalhador da área, efetivo da SES, para trabalhar no Hospital Progresso, não existe a abertura para que este seja lotado na unidade: “o sistema da instituição é celetista. [...] muitas vezes nós somos procurados para, por exemplo: - Posso ficar a disposição da instituição? Não. Não tem precedente para isso, às vezes a pessoa que é concursada, concurso público” (ENTREVISTADA HP4).

No Hospital Progresso existe uma restrição à entrada dos trabalhadores efetivos da SES. Tal limitação pode estar relacionada ao fato de que o trabalhador efetivo e, portanto, estável, tem condições de questionar certas orientações, não seguir determinadas ordens, o que não seria desejável nesta instituição. Entretanto, os dados do CNES (2013) indicam a existência de uma trabalhadora estatutária, uma exceção à regra da instituição que é desconhecida por todos os trabalhadores entrevistados.

A tendência é que nos hospitais públicos do Estado de Goiás geridos por OSs não sejam mais realizados concursos, privilegiando-se formas de contratação flexíveis. Deste modo, o servidor concursado caso queira mudar seu local de lotação não terá muitas possibilidades. O Entrevistado HT1 afirma que quando foi convocado para assumir a vaga para a qual tinha prestado concurso, a SES lhe deu a opção para assumi-la em outro local, visto que a instituição para qual prestou o concurso já estava sendo gerida por uma OS: “Na verdade eu prestei o concurso para Santa Helena de Goiás. Só

que como eu morava em Goiânia e como lá [Santa Helena] já abriu o Hospital gerido por OS, a secretaria permitiu que a gente transferisse”.

A ausência do concurso público faz com que princípio constitucional da impessoalidade na administração pública seja burlado, visto que passam a ser contratados pessoas do círculo de relações pessoais, indicações políticas, entre outros. A Entrevistada HT5 revela que esta é a situação da equipe médica da UTI do Hospital Transição: “a UTI foi assumida por uma chefia e essa chefia colocou os médicos do relacionamento profissional dele [...] e os médicos que estão sob a coordenação dele o seguem, o que ele define os médicos seguem”.

Os profissionais que entram no serviço nesta condição, muitas vezes, ficam submissos àqueles que fizeram a indicação e ao coordenador do grupo tanto como uma forma de agradecimento pela indicação quanto para permanecer no emprego.

Já o processo seletivo realizado pela OS Moderna é mais estruturado, visto que já é realizado há vários anos pelo setor de Recursos Humanos. Este processo começa com a solicitação por parte das gerências do profissional com um determinado perfil e que tenha disponibilidade para uma carga horária estipulada pelo gestor imediato da área.

Nesta primeira etapa do processo seletivo, realizada por meio da análise dos currículos, é de fundamental importância que o profissional coloque em seu currículo as palavras-chave que a gerência elenca, pois a busca no banco de currículos será realizada com estas palavras. As palavras-chave conforme a Entrevistada HP4 referem-se às experiências, competências esperadas para o trabalhador de tal cargo. Para a prova escrita, são convidados os profissionais que preencheram este requisito inicial.

Entre os dez sujeitos entrevistados do Hospital Progresso, oito deles entraram na instituição por meio de processo seletivo coordenado pelo setor de Recursos Humanos. Porém, dois deles entraram por meio de convite pessoal, nas duas situações o convite partiu na perspectiva de implantação de um novo serviço. No Hospital Progresso, existem duas formas de entrada dos trabalhadores: processo seletivo e indicação. Deste modo, apesar de existir um processo seletivo mais desenvolvido, observa-se que há a entrada de grupos específicos, indicações políticas, entre outras.

### **2.1.3 A ausência do concurso público e a instabilidade dos trabalhadores nos hospitais de gestão terceirizada**

A estabilidade do estatutário, ou seja, do trabalhador que ingressou no serviço por meio de concurso, conforme o artigo 41 da Constituição Federal (Brasil, 1943), é garantida após três anos de efetivo exercício, sendo que este só poderá ser destituído de seu cargo em decorrência de crimes contra a administração pública ou abandono de emprego por mais de 30 dias.

Contudo, os celetistas e os comissionados, não têm a estabilidade garantida. Assim, no Hospital Progresso, em que todos os entrevistados são celetistas, não existe, de fato, estabilidade: “não me considero estável. É uma instituição que é subordinada ao Estado, mas é celetista, administrado por uma empresa privada, então assim, na verdade eu não me considero estável não” (ENTREVISTADA HP3). Esta entrevistada compreende que não tem estabilidade na instituição. É importante ressaltar que as OSs não poderiam ser consideradas como empresas, visto que estas não devem em sua essência visar o lucro, entretanto como as práticas que estas adotam são próprias da empresa capitalista, a Entrevistada HP3 acaba considerando a OS Moderna como uma empresa.

Deste modo, apesar do contrato estabelecido entre contratante e trabalhador ter prazo indeterminado, este pode ser rescindido a qualquer momento, dependendo do interesse da contratante, no caso da OS Moderna. O Entrevistado HP9 afirma que “a gente não tem aquela segurança que teria, por exemplo, no caso do concurso público, né? Então a qualquer momento a gente pode ser mandando embora ou a gente pode pedir demissão”. Há, portanto, uma insegurança entre os entrevistados do Hospital sobre a permanência nesta instituição, corroborando com a tese de Rocha e Souza (2011, p.4) de que “a nova cultura gerencial originou um patamar de insegurança, pela falta de cobertura e proteção, a todos os trabalhadores”.

Os sujeitos entrevistados afirmam que a garantia no emprego no Hospital está relacionada ao bom desempenho no trabalho –competência técnica –, à saúde para o desempenho das funções além da jovialidade. O bom desempenho e a continuidade no trabalho são tratados como causa e consequência, sendo a permanência na instituição entendida como um merecimento: “Eu acho que eu tenho estabilidade, eu acho que me

garanto no trabalho, não tenho medo de ser mandada embora, eu acho que todo mundo que fizer um trabalho bem feito que fizer por merecer fica” (ENTREVISTADA HP7).

Da mesma forma, a Entrevistada HP3 afirma que “hoje em dia, eu acho que essa questão de estabilidade é relativa. Vai muito do profissional, da sua forma de trabalhar”. Na fala da Entrevistada HP4, que é celetista e também tem função de gerente, fica evidente como a responsabilidade pela demissão é posta no trabalhador e, como estes assumem como natural esta lógica:

Com relação à estabilidade eu digo que ninguém é, todo mundo está. Isso em todos os sentidos isso não é só, nessa instituição não. Se você me perguntar: “-Você tem medo de ser desligada?” Não. Por que eu acredito que quem trabalha corretamente, quem executa a tarefa com ética e o respeito, não tem porque ser demitido, né? Então não tenho nenhum medo. Então acredito que também que seja a instituição que demite, eu sempre coloquei isso, o colaborador que se demite, por que se ele negligencia o trabalho se ele não age com esses princípios de ética, moral e respeito. Ele pode ser formalizado o desligamento dele pelo gestor imediato, e pelo o RH. Mas quem se demitiu foi ele (ENTREVISTADA HP4).

Observa-se no discurso dos Entrevistados HP3 e HP4, que a responsabilidade pela permanência no emprego é posta somente no trabalhador, de modo que este, deve se esforçar ao máximo e cumprir todas as exigências feitas pela instituição para permanecer em seu emprego. Entretanto, esta é uma lógica que pode ser aplicável para os trabalhadores estatutários, uma vez com sua estabilidade garantida, a responsabilidade pela permanência no emprego depende apenas do trabalhador que deve realizar seu trabalho com presteza, ética, moral, entre outros. Mas, no caso dos celetistas, como é o caso dos trabalhadores do Hospital Progresso, a responsabilidade pela permanência no emprego é tanto do trabalhador quanto da OS Moderna, visto que esta pode demitir o trabalhador quando ache necessário, em situações de crise, por exemplo.

O fato dos trabalhadores acreditarem que a responsabilidade pela manutenção do emprego é somente destes implica em submissão, falta de autonomia, cumprimento de todas as ordens sem questionamentos.

Outro elemento para a permanência do trabalhador no Hospital é elencado pela Entrevistada HP8, que trabalha há seis anos na instituição, é o fato do trabalhador estar saudável: “Eu acho que quando você é uma boa profissional e não adoece você está lá. A partir do momento que você já se torna vista como uma pessoa incapaz, doente mental, devido ao cansaço, ao *stress*...”.

E, por fim, a Entrevistada HP8 associa a jovialidade à permanência no emprego: “Mas enquanto eu estou jovem, com todo pique, não tenho esse risco não”. Contraditoriamente à inexistência da estabilidade para os trabalhadores celetistas, observa-se na fala dos entrevistados a existência de certa estabilidade no Hospital, conforme o entrevistado HP6, “Então assim, quanto à estabilidade agora, a gente tem total estabilidade. É muito difícil um profissional sair do Hospital Progresso, muito difícil, o cara tem que ser muito ruim. Aí eu fico calado”.

A estabilidade relativa na empresa capitalista é um fato, desde que os trabalhadores não criem problemas mais sérios, sejam produtivos, competitivos e, não exista crise que as obrigue a reduzir produção e pessoal, elas tendem a manter os empregados visto que é necessário tratar a questão com racionalidade. Afinal, há um alto investimento na formação de um trabalhador que não pode ser desperdiçado aleatoriamente.

Entretanto, a inexistência do concurso público para o ingresso no Hospital Progresso e o fato de que os trabalhadores estão vinculados apenas com a OS Moderna, faz com que estes temam a permanência na instituição, caso haja uma mudança no âmbito governamental:

O que preocupa muito os profissionais, o que eu já percebi, é a duração do contrato de gestão entre a Organização Social Moderna e o Estado, foi renovado mais um ano, vamos supor que chega no final do ano que vem, aí fala assim: “O Estado vai colocar outra OS aqui”, coisa que eu acho quase impossível de acontecer mas vamos dizer, o que vai acontecer com a gente vai tudo pra rua? (ENTREVISTADO HP6).

De fato, a preocupação dos trabalhadores do Hospital é real. A implantação deste modelo de gestão para os hospitais do Estado de Goiás ocorreu como uma política de governo do Partido da Social Democracia Brasileiro (PSDB), que desde 1999 está ininterruptamente no governo do Estado. Como se trata de um projeto de governo há muitos interesses envolvidos que vão desde a manutenção ou não do modelo quanto da OS, que permanecerá na gestão dos hospitais. A fala do Entrevistado HP6 mostra o quão suscetível aos interesses políticos partidários e de grupos específicos é a lógica implantada nos hospitais públicos deste Estado.

Este quadro presente em uma conjuntura mais ampla faz com que os trabalhadores temam pela sua estabilidade. A aparente estabilidade dos trabalhadores não impede que estes procurem realizar concurso público em outras instituições, para

ter a estabilidade que é garantida ao servidor estatutário. A Entrevistada HP8, quando questionada sobre a sua permanência na instituição, revela que “pode ser que não devido uma questão de realização, de buscar uma estabilidade. Eu acabei passando em um concurso, então, provavelmente, eu devo abrir mão desse cargo”.

A OS Avante ao construir um quadro de profissionais com perfil adequado às suas necessidades, leia-se, uma força de trabalho controlada e em menor quantitativo, encampou um processo bastante polêmico dentro do Hospital Transição: a retirada de trabalhadores efetivos da instituição:

O pessoal está sendo colocado à disposição, mandado para outras unidades, outros locais contra a vontade, né? As pessoas não pediram para sair. Muitas pessoas saíram [...]. Algumas até se deram bem, porque, às vezes, foi pra um lugar perto da casa deles. Eu diria que um pouquinho deles queria sair, sabe? Assim, eu não digo que eles queriam sair, porque queriam sair da unidade. Porque assim a gente se sentia muito bem, tem gente que saiu por causa da pressão, por medo do que poderia acontecer [...] muitos pediram para sair (ENTREVISTADA HT3).

No discurso da Entrevistada HT3 observa-se que alguns trabalhadores foram removidos contra vontade e outros trabalhadores pediram para serem removidos em virtude do modelo de gestão. Os dados do Diário de Goiás (2013) evidenciam que quinhentos e três trabalhadores do Hospital Transição foram colocados à disposição da SES, sendo que destes cento e sessenta e dois tiveram remoção voluntária.

Em nota ao Diário de Goiás (2013), a OS Avante afirma que cento e setenta e seis trabalhadores foram colocados à disposição por não se adequarem ao modelo de gestão (14,7% do total de trabalhadores da instituição antes da entrada da OS Avante), o que demonstra que esta política foi implantada para que uma nova lógica de trabalho fosse possível, além de reduzir o quantitativo de trabalhadores. Observa-se que a tendência do Hospital Transição é apresentar um quadro de trabalhadores mais reduzido como é o caso do Hospital Progresso que tem trezentos e oitenta e quatro trabalhadores a menos.

A Entrevistada HT10, que já havia trabalhado, anteriormente, no hospital foi vítima de certo receio por parte do seu coordenador, visto que poderia trazer vícios: “até quando eu me apresentei para o coordenador da UTI, ele ainda ficou meio assim, porque eles não queriam ninguém que já tivesse trabalhado lá”.

Além disto, outro fator que pesa na dispensa dos servidores estatutários é a ideologia de que o estatutário não trabalha como deveria, portanto, traz prejuízos para

administração pública. Bresser Pereira (1995, p.2) afirma que quando pergunta nas repartições públicas “quantos são os funcionários ali lotados e quantos são aqueles que de fato trabalham com motivação e competência, as respostas são alarmantes”. A Entrevistada HT6 afirma que este era um dos discursos do gerente ao chegarem à instituição:

foi colocado pra gente, eu acho isso um absurdo, pelo gestor novo da OS que o hospital é um elefante branco e, que nós trabalhadores concursados não trabalhávamos, que temos fomas de sermos vagabundos, de não gostar de trabalhar, então que ele ia mudar essa situação. Então, vai ficar no hospital quem realmente trabalha (ENTREVISTADA HT6).

O discurso sobre o servidor estatutário e a sua “incompetência” é de longa data. Fernando Collor de Melo, na década de 1990, foi eleito presidente tendo uma de suas metas caçar os marajás do serviço público, altos funcionários, que apenas oneravam a administração pública. Este discurso já foi amplamente apropriado pela sociedade, incluindo, os gestores e trabalhadores celetistas, que acabam reproduzindo e apoiando este discurso. Esta visão é partilhada pelo celetista, Entrevistado HP6 que associa a estabilidade no serviço público com a qualidade questionável do trabalho:

não tem nada pior em uma instituição do que a tal da estabilidade, nada pior, porque um profissional que trabalha em uma instituição pública, por exemplo, [...] “Ah! Eu tenho estabilidade! Ah não! Faço de qualquer jeito”. Eles não vão me mandar embora por causa disso mesmo. E na OS é diferente porque ela é fiscalizada, tem metas a cumprir, tem alguns pontos que ela é obrigada a cumprir (ENTREVISTADO HP6).

No caso do Entrevistado HP6, é necessário considerar que além da influência do discurso que é disseminado de forma mais ampla, há a apropriação do discurso que a OS Moderna dissemina em seu local de trabalho. E, para além disto, neste discurso é possível observar a defesa que o trabalhador levanta para a OS, ao opor a qualidade dos serviços prestados em instituições sob gestão da OS, com aqueles prestados pelo trabalhador estável dos serviços públicos.

Contraditoriamente, o Entrevistado HP6 compreende que com a implantação das OSs a tendência é de desaparecimento dos concursos públicos. Neste ponto, o entrevistado demonstra certa preocupação e decepção com o fato de que será cada vez mais difícil, no Estado de Goiás, conseguir a estabilidade proporcionada pelo serviço

público, de modo que lhe resta apenas a estabilidade do tipo que é oferecido pelo Hospital Progresso:

porque com esse tanto de OS acabou com o concurso público na área da saúde, concurso para enfermeiro para ser lotado, onde? [...] Então, acabou não tem mais concurso público para enfermeiro. Então, assim a estabilidade que eu queria como concursado acabou não tem mais. Então vamos para uma estabilidade diferente como essa que eu tenho no Hospital Progresso (ENTREVISTADO HP6).

A solução que os gestores da OS Avante encontraram para “o problema” do servidor estatutário está na direção do que foi preconizado por Bresser Pereira (1995, p.2), que afirma que não é necessário extinguir a estabilidade, mas torná-la flexível. A estabilidade flexível, ao contrário do que temos atualmente, possibilita que “o funcionário também poderá ser dispensado no interesse da administração, por excesso de quadros, ou por falta de competência ou motivação individual”. Nesta perspectiva, Bresser Pereira (1995, p.3) afirma que a estabilidade flexível fará com que tanto o funcionário quanto chefes compreendam que “a estabilidade é algo que se conquista dia a dia, é algo que se constrói com dedicação e espírito público, não é um privilégio que apenas protege os incompetentes”.

Como, atualmente, o servidor estatutário tem sua estabilidade garantida por lei, considerada por Bresser Pereira (1995) como uma estabilidade rígida, a forma que as OSs conseguiram de gerar um sentimento de instabilidade e tornar a estabilidade mais flexível, fazendo com que o trabalhador demonstre dia a dia o seu envolvimento profissional com o trabalho, foi colocando estes trabalhadores à disposição:

[...]Então, nesse momento que havia essa mudança houve assim um certo receio, o pessoal ficou com medo porque eles falavam assim: tal dia vai sair uma lista com o nome de pessoas que vão ser colocadas à disposição. Então a gente fica tenso, apreensivo e a gente não sabia o nosso destino, porque a gente ia ser colocada à disposição, corria o risco da gente não ter lugar para ser lotado, não recebermos o nosso salário mensal, então a gente ficava muito apreensivo (ENTREVISTADA HT6).

Este movimento realizado pela OS Avante gerou, entre os trabalhadores estatutários, um sentimento de insegurança quanto à permanência no mesmo local de trabalho e, conseqüentemente, no que diz respeito ao salário, visto que sem lotação, o servidor recebe apenas o vencimento básico. “A gente não tem local para ser lotado na saúde, porque [...] as unidades não têm como absorver todos os hospitais estão sendo

terceirizados. E se a gente é colocado à disposição, a gente [...] só recebe o vencimento” (ENTREVISTADA HT6). A preocupação dos servidores estatutários quanto a uma nova lotação é real, na medida em que os demais hospitais do Estado de Goiás, também estão no mesmo processo que o Hospital Transição.

Em geral, no momento da lotação, o trabalhador escolhe um local próximo à sua residência, facilitando o seu deslocamento. Deste modo, além da preocupação quanto à existência de vaga em outra instituição da SES, os trabalhadores temem os possíveis transtornos em decorrência da distância entre o local de trabalho e a sua residência. Este é um elemento importante a ser considerado, pois além de modificar a rotina, o trabalhador que não recebe o auxílio transporte, terá que desembolsar um maior valor para pagar o transporte utilizado para o deslocamento até o trabalho.

A Entrevistada HT4 relata o caso de uma amiga que pediu exoneração da SES em decorrência dos locais que foram disponibilizados para a lotação da mesma:

eu tive uma amiga que teve que pedir exoneração porque eles pressionaram ela de tal forma, foram mandando ela para lugares tão, tão malucos que ela se viu de um jeito tão depressiva, tão depreciativa o serviço dela, que ela falou: “eu não dou conta ou eu peço exoneração ou eu vou ficar louca”, ela teve que pedir exoneração.

A criação do sentimento de insegurança entre os trabalhadores estatutários foi conseguida com sucesso pela OS Avante. Entre os oito sujeitos estatutários entrevistados do Hospital Transição, os oito afirmaram que se sentem instáveis no local de trabalho, após a entrada da OS.

A estabilidade para um funcionário público é muito boa, sabe? Agora, é o seguinte, eu me sentia muito mais estável antes da entrada da OS, com certeza. [...] o principal objetivo quando você se torna funcionário público, que você presta concurso, é você ter uma estabilidade no emprego [...] Então, com a entrada da OS eu me senti abalada essa minha estabilidade igual a muitos funcionários (ENTREVISTADA HT4).

Com a estabilidade comprometida pela entrada da OS Avante, surge no discurso dos entrevistados um elemento que é tomado como garantia do emprego também no Hospital Progresso: o bom desempenho no trabalho. “Mas, eu estou bem tranquila com relação a isso, estou desempenhando meu trabalho da forma que eu sempre desempenhei, e acho que vou continuar aqui pelo trabalho que eu desempenho” (ENTREVISTADA HT5).

Neste sentido, é possível afirmar que, no Hospital Transição, a OS Avante desenvolveu um sistema de punições que compreende a retirada de trabalhadores efetivos da instituição, com o objetivo de coibir certos tipos de comportamentos considerados indesejáveis. Para Chiavenato (2006, p.190), o sistema de punições

inclui uma série de medidas disciplinares que visam orientar o comportamento das pessoas e evitar que se desviem dos padrões esperados, bem como prevenir sua repetição (com advertências verbais ou escritas), ainda em casos extremos, castigar a sua reincidência (com suspensão do trabalho) ou com o afastamento do autor da indisciplina do convívio dos demais participantes (com o seu desligamento da organização).

Isto se manifesta quando, por exemplo, a Entrevistada HT3 afirma que a justificativa para ter sido colocada à disposição foi o fato de participar das reuniões promovidas pelo sindicato. Esta mesma entrevistada afirma que alguns trabalhadores foram colocados à disposição por apresentarem muitos atestados de saúde. O sistema de punições, além de punir os trabalhadores que não se adequaram à nova lógica desenvolvida na instituição, sob gestão da OS Avante, faz com que outros trabalhadores sejam coibidos de repetir as mesmas ações daqueles que foram retirados, com a instauração do medo, da pressão, enfim da possibilidade da remoção.

A pressão psicológica sabe, assim, ameaça de colocar todo mundo a disposição sabe? [...] É uma pressão psicológica tão grande eles falam que não faz, mas, quem vive vê que existe essa pressão psicológica muito grande, a gente vive a gente sente o pessoal fica doente, sabe? (ENTREVISTADA HT3).

Assim, depois que a OS entrou, criou um clima de pânico dentro da unidade, porque começaram as listas do pessoal à disposição, aqueles que não queriam sair da unidade sendo obrigados a sair da unidade aí, e começo meio que um pânico e aí o clima ficou muito mais tenso [...] (ENTREVISTADO HT1).

A condição de instabilidade de todos os estatutários no Hospital Transição é reforçada, nos trabalhadores, pela ausência da apresentação de critérios, por parte da OS Avante, para que haja a dispensa do trabalhador. Ao divulgar as listas com os nomes dos trabalhadores que seriam colocados à disposição, a OS Avante não apresentava qualquer critério para o grupo e não levava em consideração nem mesmo as condições de saúde dos trabalhadores:

[...] Então colocaram muita gente à disposição... E, não tem critério sabe? Simplesmente seu nome sai na lista. Não levam em consideração se o funcionário é excelente, não levam em consideração nada, se o funcionário está doente porque que é para tirar todo mundo e colocar o pessoal CLT dentro para substituir (ENTREVISTADA HT3).

Teve uma colega nossa que estava grávida, ela é técnica de enfermagem e trabalhava lá no mesmo andar, faltava uma semana para ela ganhar neném eles a colocaram à disposição. Eu falei assim: a menina vai ter o filho antes do prazo, quase que ela surtou! Outra que estava de licença maternidade, tinha acabado de ganhar neném, não tinha nem um mês, eles ligaram na casa dela e a colocaram à disposição. Outra colega que é Terapeuta Ocupacional, e está com câncer, fazendo tratamento, está mal demais, eles ligaram na casa dela e comunicaram a um familiar que ela tinha sido colocada à disposição. (ENTREVISTADA HT6).

A Entrevistada HT8 afirma que um dos critérios para colocarem o trabalhador à disposição é a idade avançada. Segundo ela, “eles falam que não tinham critério para retirar as pessoas, mas além de tirar aquelas mais relapsas, tirou também os mais idosos, entendeu? Eles falam que não fizeram isso, mas fizeram, entendeu?”. Para alguns dos trabalhadores, a OS Avante apresentava uma justificativa informal, visto que qualquer documento que esta apresentasse aos trabalhadores para justificar poderia ser motivo de contestação, na medida em que o trabalhador tem o direito de apresentar atestado médico.

Para alguns sim, fala que não preenche o perfil da empresa, né? Que aquela pessoa não preenche o perfil da empresa, outros porque têm muitos atestados de saúde. São vários os motivos, sabe? Assim, mas não coloca por escrito, só fala para o funcionário que ele está sendo colocado por isso. Por escrito mesmo eles não justificam (ENTREVISTADA HT3).

Segundo a Entrevistada HT3, que no momento da entrevista estava de licença e foi colocada à disposição um dia antes de suas férias, quando foi questionar aos gestores o porquê responderam que ela não se encaixava no perfil que queriam, pois faltava ao trabalho para ir às reuniões do sindicato. Porém, a Entrevistada HT3 argumenta dizendo que raramente faltava ao trabalho para reuniões do sindicato, mas confirma a sua intensa participação nas mobilizações, reuniões promovidas pelo sindicato.

Contudo, em nota ao Diário de Goiás (2013), a OS Avante afirma que colocou à disposição da SES os trabalhadores que mantinham escala apenas aos finais de semana e aqueles que pagavam para que outros trabalhadores fora do quadro do Hospital Transição cumprissem suas escalas.

De modo geral, pelas falas dos entrevistados é possível afirmar que o perfil desejado pela OS Avante exclui pessoas que sejam militantes do sindicato. Antunes (2008) apresenta que no Brasil esta é uma tendência, desenvolvida fundamentalmente, a partir da década de 1990. Além disto, para a OS Avante não preenchem o perfil as pessoas idosas e aquelas que não estão em sua plena capacidade para exercer o trabalho em decorrência do estado de saúde.

O fato de que servidores estatutários foram colocados à disposição fez com que alguns dos trabalhadores pedissem exoneração da SES, por não encontrarem conciliação entre os locais disponíveis para lotação e a organização de sua rotina, outros pediram para sair do Hospital Transição por medo de que algo lhes acontecesse ou, ainda, pela pressão psicológica que estavam sofrendo dentro da instituição. E, claro, alguns dos servidores estatutários que já desejavam sair da instituição aproveitaram o momento para saírem. É importante notar que este processo corroborou para a significativa redução do quadro de servidores efetivos do Hospital Transição. Conforme os dados do Diário de Goiás (2013), trezentos e trinta e oito trabalhadores efetivos foram removidos da instituição.

É possível perceber que esta redução do número de estatutários está de acordo com as diretrizes da Reforma Administrativa do Estado, que visam à redução dos estatutários no serviço público. Nesta perspectiva, a Entrevistada HT8 alerta para o possível anúncio no ano de 2013, de um Plano de Demissão Voluntária (PDV) por parte do governo, para os trabalhadores da instituição. Esta não é uma previsão irreal, infundada, visto que este mesmo fato já ocorreu em outros órgãos do governo, como é o caso das Centrais Elétricas de Goiás (CELG).

É necessário ressaltar que este processo empreendido pela OS Avante, no Hospital Transição, não ocorreu exclusivamente neste hospital. Durante o ano de 2012, houve também em outros hospitais do Estado de Goiás, que tiveram a gestão terceirizada, a política de colocar os servidores estatutários à disposição. Foi necessária a intervenção do Ministério Público para que o problema fosse solucionado, cessando o pânico entre os trabalhadores:

[...] várias pessoas foram colocadas à disposição. Essas pessoas foram ao Ministério Público, que barrou. Aí eles fizeram uma reunião com a gente e, olha a frase que a gerente falou: -“Gente não precisa ter pânico! Agora ninguém vai mais ser colocado à disposição. Agora, acabaram as listas, porque o ministério público entrou. Então, não vai ter como exercer o que a gente queria, que era tirar quem não interessa para gente aqui dentro.” A

gerente falou isso, numa reunião, ela foi em cada plantão e fez as reuniões com pessoas de cada plantão e aí, agora a gente tá um pouco mais tranquilo (ENTREVISTADO HT1).

A Entrevistada HT9 considera que a permanência no Hospital a cada semana, antes da intervenção do Ministério Público, era uma vitória. Para esta entrevistada, a condição da estabilidade no local de trabalho para o estatutário só retornou após a intervenção do Ministério Público, que definiu que o trabalhador só poderia ser colocado à disposição caso houvesse outro local para sua lotação. É importante chamar a atenção que este fato não era desconhecido do governo do Estado de Goiás. Ao estabelecer esta nova forma de política social de saúde, via mercado, própria dos pressupostos neoliberais, o governo do Estado de Goiás tinha ciência do contrato de gestão celebrado com as OSs. Um contrato que já previa a manutenção de apenas 50% do quadro de servidores estatutários em cada unidade. E, para onde iriam os outros 50%? Certamente, seriam dispensados e ficariam sem lotação! E, em nenhum momento houve a proposição de uma política para o acolhimento dos trabalhadores que seriam dispensados pelas OSs.

Esta lógica vai ao encontro do preconizado por Friedman (1997), que considera que o mercado é capaz de proteger as minorias, coordenar as atividades econômicas impessoalmente, sem coerção, sem centralização de autoridade, como é o caso do governo, e, ainda sem a burocracia. Apesar disto, Friedman (1977, p. 11-12) não descartava a necessidade do Estado. Ao contrário, deveria existir uma conciliação entre a existência do governo e a manutenção da liberdade. Para ele, o governo seria necessário para fazer aquilo que o mercado não consegue fazer sozinho, como determinar as regras, solucionar os impasses e, sobretudo garantir a aplicação das regras. Em síntese, Friedman (1977, p.12) aponta que a função do governo deveria ser limitada à proteção da liberdade ao fomento da empresa privada e do voluntariado.

Neste sentido, é possível afirmar que o governo do Estado de Goiás tem assumido esta perspectiva e, contribuído de forma ativa e deliberadamente com as políticas neoliberais.

Entre os celetistas entrevistados do Hospital Transição, a instabilidade também está presente. O Entrevistado HT2 afirma a sua instabilidade na instituição em decorrência do seu vínculo contratual, pois como celetista, sabe que pode ser demitido a qualquer momento: “a estabilidade a gente não tem, a gente da organização a gente não

tem estabilidade. Ao mesmo tempo em que estou trabalhando eu posso ir embora, pode acontecer alguma coisa. Então a gente sempre tem um receio com relação a isso”.

Contraditoriamente, a Entrevistada HT 10, celetista, é a única que afirma que tem estabilidade no Hospital Progresso, por considerar que o seu coordenador conhece o trabalho que ela desempenha “lá, em termos assim, do meu coordenador direto de fisioterapia eu me sinto estável, porque eu sei que ele tá olhando o meu trabalho”. Esta mesma entrevistada afirma que trabalha sob a vigilância e, caso não desempenhe o seu trabalho como o desejado pela OS Avante e, conseqüentemente por seus gerentes poderá ser substituída por outro profissional indicado. Neste caso, a garantia da estabilidade é atestada pela vigilância que é realizada sobre o trabalhador, na medida em que o “olhar” do gerente atesta que a trabalhadora atende aos requisitos da empresa, ela continua empregada, portanto, estável.

A Entrevistada HT10 expõe que se sente pressionada, na medida em que seu trabalho está sempre sendo observado pelas gerências e por outros trabalhadores, que podem fazer indicações de outros profissionais de sua relação caso seja necessário. Neste sentido, cabe a afirmação de que existe um processo de precarização dos serviços públicos e, neste caso específico dos serviços de saúde sob gestão das OS Avante e Moderna. Deste modo, apesar de Nogueira *et. al* (2004) afirmarem que as condições de trabalho na administração pública e

todo tipo de trabalho de instituição regular, ou seja, de acordo com as leis vigentes, é necessariamente um trabalho socialmente protegido e dele se pode dizer que jamais é “precário”. Por outro lado, o aparecimento de situações de trabalho na administração pública que têm déficit de proteção social (ou seja, são “precários”) decorre da criação de um vínculo irregular de trabalho pelos gestores públicos. É importante enfatizar este ponto: todo trabalho regular no âmbito do Estado é constitucionalmente protegido (NOGUEIRA *et. al*, 2004, p.12).

Apesar disto, as OSs quebram a lógica da proteção do emprego existente no setor público, na medida em que estas operam na lógica do setor privado. Ao serem as contratantes, estas podem demitir os trabalhadores quando considerarem necessário, visto que a CLT permite a demissão de trabalhadores, sem justa causa, em qualquer momento. Esse processo é garantido através do FGTS, que desde sua instituição em 1966, é a terra arrasada para os trabalhadores no setor privado, que podem ser demitidos pela empresa como bem entenderem. A empresa só precisa recolher mensalmente a parcela do FGTS e, quando se interessar, demite o trabalhador. Assim, é possível

afirmar que as OSs criam uma situação de vulnerabilidade social para o trabalhador quanto à sua condição de emprego.

A OS Avante aprofunda ainda mais a vulnerabilidade social do trabalhador, na medida em que os trabalhadores contratados por ela são registrados no CNES (2013) como contratados por prazo determinado, o que significa que no prazo máximo de dois anos estes trabalhadores terão seus contratos reavaliados: ou serão despedidos ou poderão ter uma renovação de contrato. Esta situação é um tanto quanto diferente na OS Moderna em que os trabalhadores, em grande parte, são contratados por prazo indeterminado.

A OS Avante tem deixado de garantir, de forma plena, a proteção social de seus trabalhadores, conforme registra a entrevistada:

[Falta] uma seriedade com os direitos do trabalhador, é o que eu acho no momento, eu não estou tendo no Hospital Transição. Feriado é outro problema que eu estou tendo, pelo regime CLT, eu tenho direito a feriado. Para não desfalcar completamente a UTI e, nós duas folgarmos, a gente topa fazer uma escala, uma trabalhar manter o atendimento, e depois, essa pega uma folga no outro dia. De maneira, que nenhum dia vai faltar atendimento, mas vai ter só um atendimento no dia. E, e eles barraram [...] Ah mais pera aí, a gente não está pedindo, é um direito, né? Mas, ainda assim, a gente está sendo barrado, eu estou sentindo falta disso, de uma seriedade com o direito do trabalhador (ENTREVISTADA HT10).

Mediante ao exposto, é possível afirmar que, tanto os trabalhadores estatutários e celetistas do Hospital Transição, quanto os trabalhadores do Hospital Progresso, encontram-se em uma situação de vulnerabilidade em decorrência da política que o governo do Estado de Goiás tem colocado em andamento para o setor de saúde.

O governo de Goiás tem adotado políticas que não são isolados, mas estão em sintonia indo ao encontro de uma conjuntura mais ampla: a da Reforma Administrativa do Estado Brasileiro. Nesta perspectiva, o Estado tem se desobrigado da garantia dos direitos sociais e da responsabilidade com relação à força de trabalho nos serviços públicos atendendo aos interesses do capital, aos interesses privados resultando na redução dos postos de trabalho no setor público, na precarização do trabalho e, consequentemente da qualidade dos serviços prestados à sociedade.

## **2.2 A gestão terceirizada e a desorganização dos trabalhadores**

### **2.2.1 A política de recompensa dos hospitais de gestão terceirizada e a fragmentação da categoria “trabalhadores da saúde”**

Chiavenato (2006) afirma que as organizações, em geral, apresentam sistemas de recompensa a fim de estimular os comportamentos desejados. Trata-se de uma estratégia de reforço positivo para cada comportamento considerado adequado. Conforme este autor, o sistema de recompensas de uma organização envolve o total de benefícios, a forma e os procedimentos pelos quais estes são concedidos aos integrantes da organização:

este pacote envolve não apenas salários, férias, prêmios, promoções para cargos mais elevados, mas também outras recompensas menos visíveis, como garantia de segurança no emprego, transferências laterais para cargos mais desafiantes ou que levem a algum crescimento, desenvolvimento e várias formas de reconhecimento por um desempenho excelente (CHIAVENATO, 2006, p.190).

Segundo Chiavenato (2002; 2006), as pessoas contribuem com a organização dedicando-lhes tempo, esforço e desempenho em troca das recompensas que podem ser financeiras/salariais e sociais e simbólicas. As recompensas salariais/financeiras diz respeito ao salário, gratificações, bônus, entre outros, enquanto que as recompensas sociais e simbólicas compreendem elementos como o prestígio e o *status*. Chiavenato (2002, pp.60-61) ressalta que as recompensas sociais e simbólicas só são eficientes quando “quem as recebe está identificado com a organização que as concede” e, principalmente, que “os símbolos e os significados das recompensas devem ser respeitados e compartilhados pelos outros”.

No Hospital Progresso, os entrevistados de nível superior trabalham cerca de trinta horas, sendo que um profissional da enfermagem tem jornada de trinta e seis horas semanais na Instituição. O único profissional que trabalha em função de nível médio tem jornada de quarenta horas semanais. A Entrevistada HP4 como exerce também o cargo de gerência, tem jornada diferenciada dos demais profissionais, ela realiza quarenta horas semanais na instituição, conforme a tabela a seguir:

**Tabela 5: Jornada de trabalho e remuneração dos trabalhadores do Hospital Progresso**

Identificação	Jornada de trabalho na instituição	de na remuneração na instituição*	Outro vínculo empregatício	Horas semanais trabalhadas
<i>Hospital Progresso</i>				
Entrevistado HP1	30 horas	R\$ 3.000	Autônomo	40 horas
Entrevistado HP2	30 horas	R\$ 3.000	Sim	80 horas
Entrevistada HP3	36 horas	R\$ 2.970	Sim	66 horas
Entrevistado HP4	40 horas	R\$ 7.300	Não	40 horas
Entrevistado HP5	40 horas	R\$ 1.100	Sim	82 horas
Entrevistado HP6	30 horas	R\$ 4.000	Não	30 horas
Entrevistada HP7	30 horas	R\$ 3.000	Não	30 horas
Entrevistada HP8	30 horas	R\$ 2.428	Não	30 horas
Entrevistado HP9	30 horas	R\$ 2.700	Sim	55 horas
Entrevistada HP10	30 horas	R\$ 2.428	Sim	50 horas

*Fonte:* dados da pesquisa empírica \*Valor bruto declarado pelos sujeitos entrevistados

A remuneração declarada pelos sujeitos entrevistados de nível superior está na faixa dos R\$ 3.000 (três mil reais) para uma jornada de trinta horas semanais enquanto que para o nível técnico a remuneração declarada é de R\$ 1.100 (mil e cem reais) para quarenta horas semanais. Já a Entrevistada HP4 que acumula gratificação pelo cargo de gerência diz que recebe um valor líquido de R\$ 7.300 (sete mil e trezentos reais). Conforme a Entrevistada HP 10, este valor inclui, além do vencimento básico, os bônus de pontualidade, assiduidade, bônus por tempo de serviço, como os quinquênios e o adicional por insalubridade:

Existe um padrão de assiduidade, você recebe pela sua assiduidade, você recebe ou perde a sua assiduidade, então isso existe. Mas um bônus sobre qualidade do trabalho não tem não [...] Existe quinquênio [...] quem já tem cinco anos [...] quem tem dez anos, então existe isso. Mas pelo padrão de qualidade de atendimento não, até porque é difícil mensurar, não tem ninguém que vai mensurar, e às vezes a sua mensuração pode não ser fidedigna, você pode achar de uma forma e o paciente achar de outra, então acho que é difícil isso, ia ser até bom que tivesse (ENTREVISTADA HP7).

Observa-se que o valor pago pela OS Moderna está conforme o que é pago pelas demais instituições privadas, ou até mesmo, com valor superior como afirma os profissionais, sendo este um dos motivos que motiva o profissional a buscar o trabalho nesta instituição:

na verdade, eu acho que eu faço muito mais além do que recebo, só que eu acho que o Hospital Progresso paga, o que o mercado paga, sabe então não está fora. [...] Então, eu acho que o Hospital Progresso está pagando o que o mercado paga ou até um pouco melhor do que o mercado paga, se a gente for olhar as condições de trabalho que você tem, o apoio que você tem, a viabilidade de investimento no caso de estudo, se você for avaliar por este lado, o Hospital Progresso é uma instituição benevolente com os funcionários [...] (ENTREVISTADA HP7).

Apesar de ser uma das instituições que melhor remunera os profissionais de saúde na cidade de Goiânia, os entrevistados do Hospital Progresso reconhecem que existe uma defasagem salarial e, que esta não se limita aos profissionais da instituição, mas é algo que atinge a todos os profissionais da saúde. No Hospital Progresso, até mesmo a Entrevistada HP4 que recebe uma gratificação pela função de gerente e, portanto, tem maior remuneração que os demais, sinaliza que seu salário está defasado.

Conforme a Lei nº 16.561, de 27 de maio de 2009, os profissionais categorizados como analistas de saúde como é o caso de enfermeiros, psicólogos, assistente sociais, nutricionistas devem receber a remuneração de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) enquanto que os assistentes de saúde, profissionais de nível médio, como os técnicos de enfermagem devem receber a remuneração de R\$ 1.637,50 (mil seiscentos e trinta e sete reais e cinquenta centavos), excetuando-se outras bonificações (GOIÁS, 2009).

É necessário considerar que quando os entrevistados analisam que ganham pouco esta afirmação é feita quando comparam os salários recebidos com aqueles que a categoria médica recebe e a partir da sua origem de classe. Ao analisarmos o discurso dos trabalhadores da saúde acerca da insuficiência de seu salário, é necessário compreender a sua origem de classe e, conseqüentemente a posição social que ocupam e a expectativa de salário que estes trabalhadores têm. Nogueira (2005) é enfático ao afirmar a existência de uma correlação entre o curso superior escolhido pelo estudante e as suas características sociais, o seu perfil acadêmico, etnia, sexo e idade.

Nesta perspectiva, ao analisarem a demanda pelo ensino na Universidade Federal de Minas Gerais, na década de 1990, Braga *et. al* (2001) identificam que com relação ao perfil socioeconômico carreiras das áreas de saúde como Medicina e Fisioterapia apresentaram uma concorrência cada vez maior de candidatos das famílias de maior poder aquisitivo, enquanto os candidatos de classe média e baixa, em geral, buscam carreiras menos tradicionais e com menores ganhos financeiros, por considerarem que assim obterão maior chance de sucesso, como é o caso das licenciaturas. Da mesma forma, Machado *et.al* (2003), em pesquisa realizada com estudantes portugueses verificou que o fator classe social é um dos elementos que influencia na escolha de um curso superior e, que as classes sociais mais altas tendem a se concentrar em cursos das ciências médicas:

A hierarquia de prestígio socialmente atribuído às áreas de estudo universitário e aos mundos profissionais a que elas dão acesso – hierarquia que, *grosso modo*, tem o topo nas ciências médicas e a base nas letras e nas ciências sociais, o que não tem só a ver com o valor de mercado dos respectivos títulos acadêmicos, mas também com a dimensão da oferta de vagas e outros factores –, é redobrada pela hierarquia das procuras sociais dessas áreas a partir das diferentes classes (MACHADO *et.al*, 2003, p.67).

Neste sentido, é possível afirmar que os trabalhadores da saúde, principalmente, os trabalhadores de nível superior, pertencem às camadas médias mais altas, portanto, têm expectativa de auferir maiores ganhos em suas atividades profissionais, o que faz com que, quando questionados acerca do salário recebido, percebam o mesmo como sendo um salário baixo.

Entretanto, é preciso relativizar a fala destes trabalhadores que afirmam ter baixos salários. Conforme os dados do IBGE (2012), o salário médio do brasileiro, em 2011, era de R\$ 1.345 reais. Isto significa que quando comparamos com a maior parte dos trabalhadores brasileiros, o salário recebido pelos trabalhadores de nível superior está acima da média nacional e, os salários dos trabalhadores de nível médio estão próximos ao salário médio do brasileiro. Os dados do IBGE (2012), ainda demonstram que em comparação com os demais setores, os trabalhadores da saúde têm salários maiores que os trabalhadores de outros setores como educação, comércio; reparação de veículos automotores e motocicletas, outras atividades de serviço, arte, cultura, esporte e recreação, alojamento e alimentação.

No caso de algumas categorias profissionais os salários pagos estão abaixo do que os sindicatos de algumas categorias profissionais reivindicam como é o caso da

enfermagem e dos assistentes sociais. O Sindicato dos Enfermeiros do Estado de Goiás (SIEG), baseado no projeto de lei 4924/2009, defende o piso salarial de R\$ 4,650 para os enfermeiros, de R\$ 3.255 para os técnicos em enfermagem e de R\$ 2.325 para os auxiliares (SIEG, 2012). Para os assistentes sociais, o projeto de Lei 264/2011 trata que o piso salarial para uma jornada de 30 horas semanais deverá ser de R\$ 3.720,00.

Entretanto, a tabela de honorários mínimos dos nutricionistas (2012) divulgada pelo Sindicato dos Nutricionistas no Estado de Goiás, traz o piso salarial de R\$ 2.280, para uma jornada de 30 horas semanais. Nesta categoria, especificamente, o Estado de Goiás, remunera os profissionais além do que é reivindicado pelo sindicato da categoria. Neste caso, o valor que é reivindicado pela categoria é aquém do que é pago, tanto no Hospital Transição quanto no Hospital Progresso. O mesmo ocorre com relação aos profissionais da psicologia, que ainda não têm piso salarial definido, mas que no projeto de lei 5440/2009 solicitam, para uma jornada de trabalho de 30 horas, o piso de 1.100,00 (Hum mil e cem reais) que será reajustado de acordo com a política salarial do governo (CFP, 2012).

No Hospital Progresso, como inexistente um plano de cargos e salários, a política salarial é orientada pelo mercado. Deste modo, o departamento de recursos humanos realiza uma pesquisa a fim de identificar o valor médio que está sendo pago para os profissionais das categorias profissionais e assim fixar o salário dos profissionais da instituição.

No âmbito do SUS, o MS reconhece que um Plano Cargos, Carreira e Salários (PCCS) é fundamental para que o trabalhador seja incentivado a qualificar-se cada vez mais, contribuindo para a qualidade dos serviços realizados em uma instituição. Há o entendimento de que este é um importante instrumento de gestão da política de pessoal, elemento que motiva ao possibilitar maiores ganhos e ao mesmo tempo incentiva a qualificação e melhoria dos serviços. Nesta perspectiva, é que a Comissão Especial, do PCCS-SUS, tem desenvolvido um trabalho que culminou na Portaria nº 626/GM de 08 de abril de 2004, que trata das diretrizes orientadoras para a elaboração de planos de carreira no âmbito do SUS (BRASIL, 2004).

Deste modo, o plano de cargos e salários, é um elemento fundamental no que diz respeito à permanência e a motivação do trabalhador em uma instituição, visto que este possibilita ascensão tanto pelo tempo de trabalho quanto pela qualificação que o trabalhador realiza: cursos, graduação, especialização, mestrado, doutorado.

No Estado de Goiás, a Lei nº 15.337, de 1º de setembro de 2005 define o Plano de Cargos e Remuneração (PCR) para os servidores da Secretaria Estadual de Saúde (SES) e o caracteriza como “um instrumento de desenvolvimento e valorização de recursos humanos, com vistas à eficiência, à eficácia e à efetividade das ações relativas à saúde pública” (GOIÁS, p.1, 2005).

Porém, efetivamente, o PCR que é de fundamental importância para a qualidade da saúde pública no Estado de Goiás, até o presente momento não foi colocado em ação, apesar das constantes lutas da categoria e da recomendação do próprio MS. A Entrevistada HT8 diz que “Desde que eu entrei, há 14 anos, nós já brigávamos muito pelo PCR. Depois de muita briga com o sindicato, eles criaram um, em discussão com o governo Marconi, [...] eles aprovaram o plano de cargos e salários horrível”.

Ora, se até o governo do Estado de Goiás contraria a diretriz do MS e, não desenvolve de fato o seu PCR, fica claro que as OSs que estão gerindo as instituições públicas também não o farão, principalmente, para aqueles que, apesar de trabalharem no SUS, têm regime de trabalho celetista. A tendência é que dentro da própria SES os trabalhadores das diferentes instituições geridas por OSs tenham diferentes salários e, talvez, PCR, conforme Granemann (2008). Este é mais um dos elementos que desarticula os trabalhadores da saúde, visto que cada grupo, de cada instituição reivindicará não melhorias para a categoria como um todo, mas apenas para o grupo de um determinado hospital. E, neste caso a luta não será contra o governo do Estado de Goiás, mas contra cada OSs em específico.

A Entrevistada HP4, que é gerente, considera, que o estabelecimento de um plano de cargos e salários seria prejudicial para a instituição, na medida em que este levaria ao estrangulamento das finanças do Hospital Progresso. A perspectiva da Entrevistada HP4, que é também uma gerente contratada pela OS, é a do mercado, de que o investimento financeiro na força de trabalho é um custo para a instituição. Neste sentido, a OSs trabalha com a lógica do mercado, da relação custo/benefício no que diz respeito à força de trabalho. Não se considera que esta deva ser melhor remunerada e qualificada a fim de que a instituição ofereça melhores serviços à sociedade. Esta lógica que é desenvolvida nas OSs, que contratam sob regime celetista contraria, inclusive, aquilo que é preconizado pelo MS .

Não existe plano de salários. E eu enquanto gestora eu vejo que ele é impraticável na instituição desse tamanho. Porque as pessoas estão buscando conhecimento profissional a cada dia mais e chegaria um ponto que

inviabilizaria a instituição. O que eu vejo é que deve ter realmente uma revisão em termos salariais, que realmente compense [...] (ENTREVISTADA HP4).

A criação de um plano de cargos e salários é fundamental para a permanência dos trabalhadores em uma instituição e, sobretudo para a qualidade dos serviços, na medida em que este motiva a qualificação e possibilita ascensão profissional com maiores ganhos. Ao mesmo tempo em que não existe um plano de cargos e salários no Hospital Progresso que motive o profissional a realizar cursos, há um grande incentivo da equipe gestora para a qualificação dos profissionais.

A inexistência do plano de cargos e salários no Hospital Progresso inviabiliza a ascensão salarial dentro de um mesmo cargo e, ainda dificulta que o profissional dentro da instituição consiga ocupar um cargo diferente daquele de quando entrou. A possibilidade de ascensão profissional no Hospital Progresso é bastante limitada e, ocorre por duas vias: a promoção para os cargos de gerência e a mudança de cargo por meio de seleção interna.

A primeira via trata-se da promoção de trabalhadores da área técnica para cargos de gerência. Conforme a Entrevistada HP8, o acesso aos cargos de gerência é restrito, visto que são poucos os gerentes na instituição e, estes profissionais têm sob sua responsabilidade um grande quantitativo de trabalhadores: “Para você pegar uma gerencia é muito difícil até por que lá dentro, não tem muito cargo assim [...]Então, não tem muito cargo de gerência disponível para você ter acesso” (ENTREVISTADA HP8).

Este é o caso da Entrevistada HP4, que iniciou trabalhando no Hospital Progresso como psicóloga e hoje ocupa um cargo de gerência. Cabe enfatizar que os cargos de maior escalão, como os superintendentes que estão acima dos gerentes, são pessoas que compõe o quadro da OS Moderna e que, portanto, permanecem nestes cargos há muitos anos sem possibilidade de que os trabalhadores possam ascender a estes cargos de gestão.

O Entrevistado HP9 afirma que são critérios para o processo de seleção para a promoção para o cargo de gerente: o tempo de trabalho na instituição e as qualificações na área específica: “não é porque fulano é bom e a gente acha que vai dar certo, que vamos colocar ele lá [na gerência], não tem esse tipo de coisa lá”.

A segunda via de ascensão profissional no Hospital Progresso é por meio de uma seleção interna. Nesta seleção, os profissionais que ocupam um determinado cargo podem mudar de cargo na medida em que estes se qualificam para tal. O Entrevistado

HP2 que começou a trabalhar no Hospital Progresso em um cargo de nível médio após terminar a sua graduação realizou o processo seletivo interno e, hoje está em um cargo de nível superior.

Os profissionais de nível superior do Hospital Transição declararam receber uma média de aproximadamente R\$ 3.000 (três mil reais) para uma jornada de trinta horas semanais, como pode ser visto na tabela 5. Enquanto que os profissionais de nível médio declararam receber entre R\$ 1.500 (mil e quinhentos reais) a R\$ 1.900 (mil e novecentos reais) para uma jornada de trinta horas semanais.

O salário declarado pelos profissionais de nível superior do Hospital Transição apresenta uma proximidade com o declarado pelos profissionais do Hospital Progresso, porém, entre os profissionais de nível médio a diferença é relativamente grande se considerarmos que no Hospital Progresso o profissional declara que tem jornada de trabalho de quarenta horas e recebe o valor bruto de R\$ 1.100 (mil e cem reais), enquanto no Hospital Transição para uma jornada de trinta horas semanais inclusive o profissional contratado pela OS Avante declara receber um valor bruto acima de R\$ 1.500 (mil e quinhentos reais). Estes dados podem ser observados na tabela a seguir:

**Tabela 6: Jornada de trabalho e remuneração dos trabalhadores do Hospital Transição**

Identificação	Jornada de trabalho na instituição	de remuneração na instituição*	Outro vínculo empregatício	Horas semanais trabalhadas
<i>Hospital Transição</i>				
Entrevistado HT1	30 horas	R\$ 1.900	Não	30 horas
Entrevistado HT2	30 horas	R\$ 1.824	Sim	74 horas
Entrevistada HT3	30 horas	R\$ 1.500	Não	30 horas
Entrevistada HT4	30 horas	R\$ 1.600	Não	30 horas
Entrevistada HT5	30 horas	R\$ 3.700	Não	30 horas
Entrevistada HT6	30 horas	R\$ 3.300	Sim	60 horas
Entrevistada HT7	30 horas	R\$ 3.000	Não	30 horas
Entrevistada HT8	30 horas	R\$ 3.000	Não	30 horas
Entrevistada HT9	30 horas	R\$ 2.500	Não	30 horas
Entrevistada HT10	30 horas	R\$ 2.570	Sim	60 horas

Fonte: dados da pesquisa empírica \*Valor bruto declarado pelos sujeitos entrevistados

A proximidade de salário entre os profissionais das duas instituições pode decorrer do fato de que apesar de ser uma instituição administrada por uma OS, o Hospital Progresso ainda guarda elementos do público, de modo que a OS Moderna tente acompanhar os valores pagos pela SES.

Os trabalhadores estatutários do Hospital Transição, além do vencimento básico, têm direito ao adicional por insalubridade, quinquênios e ainda uma gratificação por produtividade. A produtividade em um hospital diz respeito à quantidade de pessoas atendidas e procedimentos realizados. A Entrevistada HT4 explica que esta gratificação iniciou-se há pouco tempo e depende da produção do Hospital.

A produtividade ela foi inserida agora, há uns 6 meses. É tipo uma coparticipação na produção do hospital, se o hospital produz um tanto “x” você recebe uma participação naquilo tanto que essa produtividade ela é variável, ela não é um valor fixo. Tem mês que você recebe mais tem mês que você recebe menos, é conforme o hospital produz (ENTREVISTADA HT4).

O estabelecimento de uma gratificação por produtividade é um elemento que permite um controle da força de trabalho, de modo que esta se envolva ainda mais com o seu trabalho. O ganho por produtividade faz com que o trabalhador se empenhe para trabalhar ainda mais, ultrapassando por vezes, os seus limites.

No Hospital Transição, a Entrevistada HT9 afirma que os profissionais de nível médio recebem um valor de R\$ 300,00 (trezentos reais) e os profissionais de nível superior recebem um valor de R\$700,00 (setecentos reais). A gratificação por produtividade no Hospital Transição depende do quantitativo de atendimentos realizados na instituição. É uma lógica que valoriza a quantidade de pessoas atendidas e procedimentos realizados, que contribuem para as estatísticas do hospital em detrimento da qualidade dos serviços prestados. Além disto, o estabelecimento da gratificação por produtividade foi de fundamental importância para o controle da força de trabalho na instituição na medida em que promoveu a redução do absentéismo:

[...] desde que se implantou o sistema de produtividade, as pessoas já evitam ficar faltando porque, por exemplo, eu ia ficar um mês afastada, eu comecei... eu falei pro meu médico: mas um mês eu vou perder produtividade, ele falou: é a sua saúde, né? Então ninguém mais tira um mês de férias, só tira quinze dias, ninguém pega atestado, só se não tiver jeito, entendeu? [...] Aqueles profissionais que, às vezes, “nocegam”<sup>17</sup> deram uma diminuída, né? [...] por isso que eu te falo, a gente tem que lutar pelo vencimento, porque a produtividade, ela te prende, você está precisando tratar de saúde, você não sai (ENTREVISTADA HT8).

Conforme a Entrevistada HT8, esta medida além de controlar o absentéismo dos trabalhadores que, de certa forma, não estavam envolvidos com o trabalho também fez com que aqueles que por motivo de saúde tinham indicação de afastamento permanecessem no trabalho para garantir a gratificação.

A Entrevistada HT8 afirma que a gratificação por produtividade e o adicional de insalubridade varia entre os hospitais do Estado de Goiás e alerta para a desarticulação que estas diferenças causam entre os profissionais dos diversos hospitais na discussão do PCR:

[...] aqui existe uma produtividade e em outros hospitais tem outra, a insalubridade também é diferente de um para o outro. Então, como que se

---

<sup>17</sup> A palavra nocegar é um neologismo que advém da junção e transformação das palavras nó cego em um verbo para designar o sujeito que é enrolado.

fala em planos de cargos e salários se tem todas essas formas que o próprio governo cria para desarticular, né? (ENTREVISTADA HT8).

Ora, de fato, esta gratificação deve variar entre as unidades hospitalares, visto que ela está atrelada à produção de cada unidade de saúde e, que é bastante diferenciada até mesmo pela característica de cada instituição hospitalar do Estado. O problema central, como já evidenciado pela Entrevistada HT8, é o que resulta destes pagamentos diferenciados: a fragmentação da luta dos trabalhadores da saúde. Desde 2007, esta fragmentação é reforçada pelo decreto nº 6.606/07 que dispôs que no âmbito da SES, o pagamento do adicional de insalubridade seria realizado a partir do local em que o servidor está lotado e não da atividade que ele exerce, portanto, trabalhadores de diferentes unidades hospitalares recebem adicional de insalubridade com valores diferentes (GOIÁS, 2007).

O decreto nº 6.606/07 contraria o princípio da isonomia e, inclusive, o disposto na Lei nº 15.337/05 que preconiza que o adicional de insalubridade será conforme a “gratificação especial de localidade e por atividades penosas, insalubres ou perigosas” (GOIÁS, 2005).

Este fato gerou uma série de mobilizações dos trabalhadores da saúde, no ano de 2010, apoiados pelo Sindsaúde-Go culminando, inclusive, no movimento paredista pelo aumento da gratificação de insalubridade em um dos hospitais do Estado. O Sindsaúde-Go, na oportunidade, acionou o Ministério Público de Goiás, sendo recomendado pela Procuradoria Geral do Estado (PGE), que a concessão da insalubridade deveria ser feita conforme os critérios e normas da legislação do Ministério do Trabalho. Entretanto, até o presente momento, o decreto não foi revogado e, portanto, continua sendo o principal orientador para a concessão do adicional de insalubridade para os trabalhadores da saúde no Estado de Goiás.

É necessário evidenciar que esta política está de acordo com o princípio proposto por Bresser Pereira (1998b) para a reforma administrativa na saúde: a competição administrada entre as unidades hospitalares e ambulatoriais. Esta competição preconizada pela política neoliberal seria a responsável pela redução de custos e pela qualidade dos serviços nos hospitais na medida em que as unidades estariam em competição pelo melhor desempenho/produktividade.

No Estado de Goiás, além da gratificação por produtividade, foi criada através da Lei nº 17.625, de 27 de abril de 2012, a Gratificação por Exercício de Serviços de

Saúde, para profissionais das seguintes áreas: médico, enfermeiro e técnico em radiologia, que estejam em efetivo exercício na Secretaria de Estado da Saúde. Através desta lei ficou estabelecido que médicos receberiam gratificação de dois mil e quinhentos reais, os enfermeiros receberiam a diferença entre a sua remuneração e o valor de quatro mil reais e os técnicos de radiologia a diferença entre a remuneração recebida e o valor de dois mil oitocentos e noventa e cinco e noventa centavos (GOIÁS, 2012).

Esta forma de bônus/gratificação estabelecida pelo governo do Estado para incentivar e compensar os déficits salariais dos profissionais destas áreas no SUS é uma medida paliativa, imediatista, que de fato não valoriza o profissional e, culmina no aprofundamento do distanciamento salarial com relação às outras categorias profissionais e, sobretudo fragmenta a luta dos trabalhadores da saúde. Sennett (2012, p.205) afirma que “a concessão de bônus não é uma situação do tipo ganhar-ganhar, um grupo de trabalhadores sendo recompensando coletivamente; trata-se pelo contrário, de um jogo de soma zero que joga os empregados uns contra os outros”.

Este fato pode ser considerado na análise da posição que determinadas categorias ocupam no atendimento em saúde em detrimento de outras. E, para, além disto, trata-se de um valor que não é incorporado ao salário. Isto significa que estes servidores não terão o valor referente à gratificação no momento em que fizerem jus à aposentadoria ou estiverem em situação de inatividade, tal como afastamento para tratamento de saúde superior a quinze dias. Apesar da existência desta lei, nenhum dos trabalhadores entrevistados do Hospital Transição e do Hospital Progresso afirmou receber esta gratificação.

No caso do Hospital Transição, apesar dos trabalhadores reconhecerem que o salário no Hospital é maior do que o recebido na iniciativa privada, os profissionais entrevistados também consideram que o salário que recebem é insuficiente e, justificam que deveriam receber um maior valor em decorrência da complexidade do trabalho que realizam na instituição, do grau de envolvimento, do risco de contaminação e estresse a que estão submetidos diariamente:

[...] no particular, estou ganhando metade para desempenhar o mesmo serviço, e às vezes é até mais pacientes [...] E por vias do mercado, eu vejo que o meu salário é bom, né? Acho que poderia ser melhor. [...] mas acho que não é o adequado para a profissão, mas pelo mercado, eu ganho bem (ENTREVISTADA HT10).

O nosso salário é negociação do sindicato nosso com o governo, com a secretária de saúde, com a secretária da fazenda, e temos 7 anos que não conseguimos avançar nessas negociação sabe, a gente estamos em prejuízo estamos sem data base durante anos. Então, é um salário que poderia ser bem melhor pelo serviço que a gente presta (ENTREVISTADA HT3).

meu salário é muito defasado, em vista da função que a gente desempenha, do risco que a gente corre, e porque ali dentro você corre muito risco de contaminação, [...] corre muito risco de cortar, de perfurar, e a jornada de serviço da gente é muito exaustiva, *stress* que a gente passa. Porque o limite da vida e da morte está na nossa mão. Então, a nossa remuneração é muito pouca (ENTREVISTADA HT4).

Apesar da remuneração dos trabalhadores de nível superior do Hospital Transição situar-se, aproximadamente, na mesma faixa que o recebido pelos trabalhadores do Hospital Progresso, conforme a tabela 5, o duplo vínculo empregatício não é uma situação que ocorreu entre os sujeitos entrevistados. Dos dez sujeitos do Hospital Transição, 70% dedicam-se exclusivamente ao trabalho nesta instituição. Nesta pesquisa, apenas três dos sujeitos disseram ter outro vínculo, sendo que apenas um deles é estatutário.

A condição de instabilidade que a relação contratual celetista impõe ao trabalhador faz com que este busque mais um emprego para garantir a sua segurança, caso perca um dos vínculos. Maslow (1943) compreende que uma vez satisfeitas as necessidades fisiológicas, a segunda necessidade a ser atendida na escala de hierarquia de necessidades é a da segurança. Um dos elementos desejados para garantir a segurança é de um trabalho que possibilite proteção e diversos tipos de garantias como: seguro saúde, permanência no emprego, aposentadoria, entre outros. Esta situação não é uma preocupação entre os estatutários, que têm garantida a estabilidade e, assim, mesmo com o salário considerado baixo mantêm-se apenas com um vínculo.

Entretanto, como explicar o caso de médicos que trabalham em três ou até quatro lugares diferentes? Certamente, esta categoria profissional não faz isto por segurança, mas sim para atender as suas necessidades de consumo. Aqui cabe ressaltar que no capitalismo, novas necessidades de consumo são sempre criadas na medida em que estas são vitais para a acumulação de capital. Assim, adquire-se um objeto não pelo valor de uso que este possui, mas pelo significado social que este representa, portanto, o consumo de certos alimentos, práticas corporais, são elementos que demonstram status social e prestígio.

Deste modo, nas sociedades capitalistas, o consumo de mercadorias é intensificado e o salário de um emprego não é e, conseqüentemente, não será suficiente para atender às necessidades de consumo ilimitadas. Nesta perspectiva, é que o trabalhador assalariado busca sempre mais de um emprego, para que tenha condições de consumir cada vez mais. Para o caso dos médicos, cabe a afirmação de Palmieri Júnior (2012, p.5) de que: “quanto maior o poder aquisitivo e habilidade cultural de manipulação dos signos, mais competitivo é o indivíduo na sociedade da acirrada busca pela diferenciação social e, conseqüentemente, pela personalização”.

Entretanto, a Entrevistada HT6 afirma que 90% dos profissionais têm duplo vínculo e, justifica que tem uma dupla jornada de trabalho devido ao baixo salário:

Se fosse o suficiente [salário] eu não dobraria a minha jornada. O meu sonho é trabalhar meio período, trabalhar 6 horas com somente um vínculo e ganhar o que eu ganho nos dois vínculos. Então assim: 90% dos trabalhadores da saúde pública com quem eu converso e pergunto pelo menos lá no hospital possuem duplo vínculo. Então eles dobram porque o salário não é suficiente (ENTREVISTADA HT6).

A preconização da jornada de trabalho de trinta horas semanais pela OIT para os profissionais da saúde está intimamente relacionada com a saúde dos profissionais e, conseqüentemente com a qualidade do atendimento. Neste sentido, uma jornada de trabalho que não ultrapasse trinta horas semanais é fundamental em uma profissão na qual o estresse, a sobrecarga emocional, a relação com o outro ocorre de forma muito intensa. Esta é uma reivindicação tanto do Sindsaúde-Go como dos conselhos profissionais. Entretanto, o que se observa é que mesmo naquelas profissões – como a fisioterapia e terapia ocupacional – em que a jornada de 30 horas semanais já foi regulamentada por lei, sobretudo para a preservação da saúde dos trabalhadores, visto que são profissões que demandam esforços físicos intensos, os profissionais têm uma jornada de trabalho superior às 30 horas, contrariando o disposto na legislação.

Esta situação remete, mais uma vez, à questão colocada anteriormente. Mesmo com a redução da jornada de trabalho para 30 horas semanais, os trabalhadores buscam outras fontes de renda para satisfazerem suas necessidades de consumo, mesmo que isto prejudique sua saúde e coloque em risco as pessoas que estão sendo atendidas por estes trabalhadores.

A ausência do PCR faz com que os trabalhadores do Hospital Transição procurem outras instituições que ofereçam melhores condições de salário e progressão,

como é o caso da Entrevistada HT8: “[...] eu passei num concurso em Brasília. Lá tem plano de carreira, eu vou para lá, acho que eu vou pedir licença daqui ou vou pedir exoneração, só estou aguardando ser chamada, porque lá tem plano de carreira”.

Além disto, os trabalhadores do Hospital Transição pertencentes ao quadro de efetivos da SES como não têm qualquer perspectiva de progressão pela qualificação ou por avaliação de desempenho devido à ausência do PCR são pouco estimulados a se qualificarem:

Então você não sente um incentivo para você estudar, se você pedir uma autorização para estudar, eles vão falar que é sem ônus para o Estado, então você não vai sair, entendeu? Eu já tive vontade fazer de mestrado, eu gosto de estudar, não tem incentivo. E aí, esse plano que o governo aprovou tinha que um curso, por exemplo, tinha que ser só da Escola de Governo [...] tem um monte de profissional competente, especializado, alguns com mestrado, mas que não ia aproveitar para progressão, então está errado [...] (ENTREVISTADA HT8).

Em síntese, as recompensas financeiras do Hospital Progresso compreendem: o salário, 13º salário, férias, promoção à gerência – embora limitada – bonificação por assiduidade/pontualidade, quinquênios, adicional de insalubridade, plano de saúde, academia. Já no Hospital Transição há a gratificação de produtividade para os trabalhadores efetivos além do salário, 13º salário, férias, bonificação por assiduidade/pontualidade, quinquênios, adicional de insalubridade, plano de saúde. Quanto às recompensas sociais e simbólicas, apenas entre os trabalhadores do Hospital progresso há o discurso da recompensa social e simbólica:

Então, hoje o que eu sou na minha carreira profissional eu devo muito a essa instituição. [...] Hoje eu sou um profissional bem sucedido, eu tenho já um nome no mercado de trabalho, muito por conta dessa instituição. [...] Através dela eu tive uma ascensão profissional fora da instituição muito grande e tenho perspectivas futuras de continuar na instituição. Até mesmo porque tudo que é novidade vem para essa instituição, onde eu tenho um alcance no exterior através de vídeo conferência. [...] (ENTREVISTADO HP2).

Olha o Hospital Progresso tem aberto muitas portas para mim porque é uma instituição de renome [...] Então sim e, hoje eu sou renomeado por causa disso, inclusive tava até lendo meu *e-mail* aqui que eu recebi dos acadêmicos da universidade católica para eu ir lá dar um curso para eles. Então o Hospital Progresso tem aberto muitas portas para mim e, deu uma recheada boa no meu currículo. Então eu sou muito grato ao que o Hospital Progresso, faz igual, eles me pagam academia para eu fazer, eles me dão educação continuada, me dão muitos cursos, igual eu vou fazer um curso agora de cateter central periférico por conta do Hospital Progresso, né? Então eu sou

muito grato assim eu não pretendo sair de lá, trocar eles, e o reconhecimento que a gente tem lá dentro (ENTREVISTADO HP6).

Os Entrevistados HP2 e HP6 afirmam que pretendem continuar na instituição em virtude do *status*, do prestígio, do reconhecimento que se tem ao trabalhar no Hospital Progresso que potencializam o reconhecimento destes trabalhadores em outros espaços alavancando a vida profissional destes. Além de serem importantes para a manutenção dos trabalhadores na instituição, estas recompensas simbólicas e sociais são fundamentais no recrutamento da força de trabalho, o que é perceptível no discurso dos entrevistados. Nas falas destes é recorrente a ideia de que além da recompensa financeira um dos motivos que os impulsionou para realizarem a seleção da instituição foram as recompensas sociais e simbólicas que os trabalhadores desta instituição recebem:

Hoje o Hospital Progresso é uma instituição modelo referência no Estado e referência nacional [...] Para minha formação, na minha área como enfermeira intensivista, é a melhor UTI de Goiânia e do Estado de Goiás. E pelo do salário também, porque é um salário diferenciado para o profissional de saúde, né? Uma remuneração aceitável, né? (ENTREVISTADA HP3).

Desde que formei eu sempre idealizei trabalhar lá, em um centro de referência, né? Através dos conhecimentos que eu tinha instituição séria responsável que buscava ser referência, né? Mundialmente não só no Brasil. Então eu sabia que era uma instituição que estava buscando sempre renovar conhecimentos, sempre crescer. Então sempre quis fazer parte dessa instituição [...] (ENTREVISTADO HP9).

O Entrevistado HP6 afirma que o primeiro motivo que o levou a escolher a instituição foi pelo prestígio que esta tem na cidade de Goiânia, em seguida, elenca outros determinantes “Primeiro por causa do renome, por causa do nome na cidade, segundo por causa da remuneração e a carga horária, que é bem atrativa, pela estrutura”. A Entrevistada HP9 afirma que além da estrutura física e suporte de materiais e insumos, um dos determinantes de sua procura pela instituição é o fato de que esta instituição possibilita que os seus trabalhadores façam cursos, participem de congressos, enfim, de eventos de formação técnico-científica não só em nível nacional, mas também internacional através das videoconferências.

### **2.2.2 Os diferentes vínculos contratuais e a fragmentação dos trabalhadores no interior do hospital**

March (2009, p.6) evidencia que “a diversificação das formas da relação capital-trabalho aprofundam a heterogeneidade da classe-que-vive-do-trabalho e dificulta a organização dos trabalhadores, outra importante função político-ideológica desse processo”. Deste modo, é possível afirmar que a diversidade de vínculos trabalhistas existentes tanto no Hospital Progresso quanto no Hospital Transição dificulta a organização dos trabalhadores.

No Hospital Progresso, a ausência de vínculo corpo clínico com a OS Moderna implica tanto no seu distanciamento em relação aos demais profissionais quanto no descompromisso desta categoria profissional com a instituição e com o próprio SUS.

A relação de trabalho dos médicos promove um distanciamento desta categoria dos demais profissionais da saúde em questões como melhorias das condições de trabalho e de salário. Isto impossibilita a articulação dos médicos com os demais trabalhadores para realizar as reivindicações e demais lutas coletivas. Há uma desarticulação política entre médicos e outros profissionais no Hospital Progresso. Esta desarticulação não é casual, mas é estratégica, na medida em que a categoria médica é uma das categorias que têm grande poder tanto na organização do processo de trabalho quanto poder de barganha:

A forte posição econômica dos médicos em hospitais lhes confere poder de barganha pela própria base legal de serem os únicos capazes de admitir pacientes, ou seja, de viabilizar o próprio hospital privado enquanto uma empresa lucrativa. Isto já basta para lhes conferir um lugar especial nesta organização (RIBEIRO e SCHRAIBER, 1994, p.195).

Esta forma de relação do corpo clínico com o hospital em que médicos só estão na instituição uma, duas vezes por semana ou só atendem quando solicitados colabora com o distanciamento do corpo clínico em relação aos demais profissionais e, além disto, com o distanciamento em relação ao próprio serviço e às demandas do SUS. Estes profissionais, como prestam serviços em vários espaços sem vincular-se a cada um deles, acabam descompromissando-se com a realidade do serviço. Este quadro é diferente do Hospital Transição, no qual a maior parte dos médicos é assalariada, como os demais trabalhadores. Isso implica em uma menor fragmentação entre médicos e

outros profissionais da saúde do que no Hospital Progresso, embora a divisão entre estatutários e celetistas também comprometa a articulação dos trabalhadores em todas as categorias profissionais.

No Hospital Progresso desarticulação ocorre, primeiramente, porque a maioria dos trabalhadores é celetista o que dificulta o uso do direito de greve, na medida em que os trabalhadores temem que sejam demitidos caso o façam. Deste modo, é possível afirmar que esta forma de contratação mais desenvolvida no Hospital Progresso e, em processo no Hospital Transição, mantém a força de trabalho sob controle.

No Hospital Transição, a desarticulação dos trabalhadores ocorre devido a dois elementos: o posicionamento dos diferentes grupos sobre a OS Avante e a existência de trabalhadores com tipos diferentes de relação trabalhista.

Com a entrada da OS Avante no Hospital Transição, os trabalhadores se dividiram entre aqueles que apoiam a atividade da OS e aqueles que são contra:

É eu considero uma divisão, certo? Daqueles que não são favoráveis ao servidor público. Então, para mim servidor público é um lado e o pessoal da OS e aquele pessoal que se adaptou a OS é do outro lado. Ficou rachado o movimento apesar da gente conviver, de ter que trabalhar. Todo mundo deve estar em prol do paciente, seja de um jeito ou de outro, deve estar em função do paciente, mas existem dois lados [...] em função do paciente a gente tem que conversar com o inimigo (ENTREVISTADA HT3).

A Entrevistada HT3 entende que apesar de todos trabalharem em prol do usuário e de ser necessária a convivência diária no trabalho, existem dois lados no Hospital Transição: os que estão do lado do trabalhador efetivo e os que caíram no encanto da OS Avante. A Entrevistada HT3 chega a denominar aqueles que aderiram ao discurso da OS Avante, como “inimigos”. A Entrevistada HT3 considera estes trabalhadores como inimigos por não comungarem o mesmo posicionamento com relação à OS Avante e sua ação no Hospital Transição e, esta diferença de posicionamento culminou em uma divisão entre os trabalhadores.

Apesar dos trabalhadores encontrarem-se divididos no Hospital Transição, o Sindicato dos Trabalhadores do Sistema Único de Saúde do Estado de Goiás (Sindsaúde-Go) tem possibilitado a organização dos estatutários para o enfrentamento da gestão realizada pelas OSs, nos diversos hospitais públicos do Estado. Assim, o Sindsaúde-Go tem promovido frequentemente reuniões e manifestações para mobilizar trabalhadores e usuários do SUS contra as OSs.

É importante considerar que a divisão dos trabalhadores implica na ausência da cooperação entre eles que, segundo Sennett (2012), é de fundamental importância no ambiente de trabalho, na medida em que desenvolve as relações sociais, retira o trabalhador de seu nicho e minimiza o isolamento social promovido pelo trabalho. Contudo, o formato de gestão desenvolvido no Hospital Transição promove justamente a ausência de cooperação e a desarticulação dos trabalhadores:

Em geral, o perfil de todo mundo, com todas as dificuldades que existem em trabalhar no SUS, era de cooperação, de todo mundo se ajudar, tentar se apertar para fazer o serviço na medida do possível, né? E agora com a chegada desses “malditos” funcionários, muita gente que era do Estado saiu e entrou muita gente nova. Então essa colaboração deu uma perdida, é cada um mais por si agora, cada um tentando mandar um no outro (ENTREVISTADA HT9).

Chiavegato Filho e Navarro (2012, p.68) analisam que é própria da lógica gerencialista a “desarticulação dos coletivos de trabalho, detentores do saber tácito da produção, o que contribui para romper as tradicionais formas de defesa e segurança do trabalho [afeta] mecanismos de solidariedade e sociabilidade nos ambientes de trabalho”.

Para que haja a cooperação entre os trabalhadores é necessário confiança e, o que a OS Avante empreendeu no Hospital Transição foi justamente minar a confiança e as relações sociais informais:

[...] na verdade, a gente não confia muito neles. Porque assim, tudo que acontece, no geral, quando eles entraram a gente comentava com eles. Depois, a gente descobriu que eles estavam tendo reuniões extras e aí a gente começou: “Nossa será que eles estão passando coisas da gente para eles [gestores], vigiando a gente para passar?” Não que agente está fazendo coisa errada, mas numa situação dessas, tudo é para ter medo (ENTREVISTADO HT1).

Um dos exemplos da cooperação existente no Hospital Transição é o cuidar do usuário que está sob responsabilidade do outro trabalhador enquanto este se ausenta: “tudo que a gente vai fazer reveza entre os colegas. Se eu vou almoçar e eu tenho aquela escala de trabalho, meu colega vai ficar olhando aqueles pacientes dele e os meus até eu retornar, quando eu retornar eu vou olhar os meus e o dele” (ENTREVISTADA HT3).

A Entrevistada HT4 explica outra forma de cooperação entre os trabalhadores estatutários do Hospital Transição e, demonstra como este tipo de cooperação é

inviabilizado com os celetistas, em virtude da relação contratual que estes têm com a instituição e devido à redução do quantitativo de trabalhadores na instituição:

nós tínhamos mais funcionários. A gente era uma família que eu podia chegar à colega: “Olha tem 4 a 5 cirurgias a gente não pode abandonar isso aqui!” e ela concordava comigo. Hoje não, o funcionário da OS diz: o meu horário é até às sete horas, eu tenho outro emprego eu preciso ir embora, eu não tenho como segurar ele não, não tem como! (ENTREVISTADA HT4).

Para Sennett (2012, p.190), “as rupturas no trabalho muitas vezes se revelam geradoras de vinculação”. Entretanto, esta afirmação de Sennett (2009) não se sustenta, quando observados os casos pesquisados. No caso do Hospital Transição, as rupturas provocadas pela gestão da OS Avante não geraram vinculação: a cooperação, os vínculos entre os trabalhadores foram dissolvidos, nas palavras da Entrevistada HT3: “assim ficou muito ruim, acabou aquela família que a gente considerava”.

No Hospital Progresso, o Entrevistado HP9 afirma que existe um isolamento dos profissionais na instituição e, que os momentos de relação dentro do Hospital Progresso são bastante pontuais:

Antigamente, há um ano mais ou menos, um ano e meio, dois anos mais ou menos era mais fácil essa troca lá, porque como a instituição era menor, a gente ficava mais próximo, os atendimentos se não eram em conjunto, eram mais próximos [...] a gente conhecia mais as pessoas com quem a gente trabalhava, hoje como a instituição cresceu bastante [...] Então, digamos que fica todo mundo isolado, né? Fora isso a gente combina de sair, em alguma festa de aniversário, alguma festa mesmo que a gente resolva promover justamente para essa interação entre os colegas e, que não seja festa assim na casa mesmo [...] para não perder esse vínculo, para que a gente possa estar mais unido, para gente conversar coisas que não seja só as questões do trabalho mesmo [...] a gente não senta assim para conversar, mas a gente está passando no corredor e fala um “oi”, faz alguma graça alguma coisa do tipo ou a gente sai do nosso setor vai lá falar um “oi”, assim geral, rapidão. (ENTREVISTADO HP9).

Nesta perspectiva, a tentativa de promover uma interação é realizada pelo próprio grupo e ocorre fora do trabalho. Porém, o Entrevistado HP9 deixa claro que esta interação não ocorre no âmbito da casa dos colegas. A restrição das celebrações ao espaço da rua corrobora com o que DaMatta (1991) propõe em seus estudos sobre o espaço da casa, da rua e do mundo e a significação social destes espaços na cultura brasileira. DaMatta (1991) evidencia que estes espaços têm éticas diferentes em que o mundo da casa opõe-se ao mundo da rua.

O espaço da casa é reservado à familiaridade, à hospitalidade, à intimidade reunindo aqueles de laços consanguíneos, enquanto que o espaço da rua é impessoal, povoada por estranhos. DaMatta (1991, p.58) revela que receber uma visita sempre foi: “um capítulo especial de nossa vida social, existindo um espaço nas casas só para elas: as salas, ou salas de visitas. O ritual de receber uma visita tinha (e ainda tem) requintes quase barrocos, pois significava abrir o espaço da casa para um estranho”.

Já o espaço do hospital opõe-se ao espaço da casa, trata-se de um espaço permeado por incertezas, dor, morte, angústias, mas também pelo reestabelecimento da vida. Melo (2009) caracteriza o hospital como um espaço árido:

marcado pela objetividade dos processos de trabalho e de ensino-aprendizagem, permeado pela impessoalidade, pela intervenção negativa no “eu” dos indivíduos em geral, um ambiente carregado de sentimentos de dor, sofrimento e morte, além de promover uma série de situações sociais que requer dos atores que aí atuam uma gama de performances desgastantes (MELO, 2009, p.156).

A Entrevistada HP10 considera que a relação entre os trabalhadores no Hospital Progresso é boa, apesar de que os momentos de interação são bastante pontuais: “o momento é curto, mas a gente conversa outros assuntos, no posto de enfermagem, às vezes, estou evoluindo<sup>18</sup> um paciente, então tem esses momentos de conversa. É mínima, mas é”. Apesar de uma relação mínima o Entrevistado HP9 revela que existe certa cooperação

sou eu quem faço as adaptações e as órteses<sup>19</sup> dos meus pacientes e dos outros colegas. Então sempre que eles precisam de algum suporte nessa área, de alguma opinião ou para avaliação de possibilidade de poder usar órteses ou qual o tipo de órteses que é mais adequada, ou qualquer coisa desse tipo, algum equipamento de adaptação para alguma atividade da vida diária ou qualquer coisa do tipo eles reportam a mim. [...] às vezes eu me frustrro [...] mas, a dificuldade está no tempo, que às vezes a gente não tem. Eu tenho que dar conta dos meus pacientes e, às vezes dar conta, nesses casos, dos pacientes meus colegas e às vezes não tenho tempo suficiente, mas mesmo assim ainda tento fazer, porque é uma coisa que eu gosto muito (ENTREVISTADO HP9).

Nesta fala do Entrevistado HP9, fica claro que os momentos de cooperação no Hospital Progresso são limitados e, que o principal fator motivador deste entrevistado

<sup>18</sup> A evolução trata-se do registro diário no prontuário do usuário sobre todas as condutas realizadas.

<sup>19</sup> As órteses são dispositivos ortopédicos de uso externo que auxiliam no alinhamento, na prevenção, na correção de deformidades, como por exemplo, uma tala ou aqueles que melhoram uma função, como a bengala.

para cooperar é o fato dele gostar de realizar aquele trabalho e, não o vínculo que têm com seus colegas de trabalho. O Entrevistado HP9 em sua fala também apresenta um sentimento de pertencimento à instituição, assim, como os trabalhadores do Hospital Transição. O compromisso com a instituição e com os usuários se faz presente na fala deste trabalhador.

### **2.3 A gestão terceirizada e o sentimento de pertencimento: o compromisso com a coisa pública**

O sentimento de pertencimento é construído na medida em que o trabalhador se sente ligado à instituição, ao trabalho que realiza e cria uma identidade nesta relação. A criação do sentimento de pertencimento no serviço público é de fundamental importância na medida em que este permite ao trabalhador entendê-lo como uma coisa pública, que deve ser fortalecida para a sociedade em geral. Esta vinculação é necessária para que o trabalhador abdique de interesses particulares para lutar pelos interesses da coletividade. No discurso da Entrevistada HT4, assim como em outros discursos, é possível observar a existência de um sentimento de pertencimento.

Dói muito para gente, dói é uma tristeza muito grande você ver sua família sendo desfeita, você ver pessoas estranhas chegando até mesmo de outro Estado e tomando conta de uma coisa que você cuidou durante 15 anos. E você e o povo que está ali pelejando com aquilo durante 15 anos sendo colocado de lado (ENTREVISTADA HT4).

Observa-se a existência de um comprometimento afetivo da trabalhadora com a instituição, trata-se de um tipo de comprometimento que envolve relações de afetividade, de emoção com o grupo, portanto, há uma identificação individual com o grupo, com a instituição (MEYER e ALLEN, 1984). É isto que faz com que a Entrevistada HT4, assim como outros trabalhadores do Hospital, tragam a ideia de “família” para caracterizar a relação existente no hospital antes da entrada da OS Avante. Este tipo de comprometimento apresenta como características além da permanência na instituição durante toda carreira, “a percepção dos problemas organizacionais como se fossem dele, o forte senso de integração com a organização, o

seu vínculo emocional com a organização e o imenso significado pessoal que a organização proporciona” (SIMON e COLTRE, 2012, pp.6-7).

Entretanto é necessário ressaltar que a instituição família não é harmônica, mas é permeada por conflitos. Além disto, é necessário ressaltar que os princípios que estão presentes na organização da família estão longe de ser o modelo para o serviço público que deve se orientar pela ética, pelo normativo e pelo atendimento aos direitos dos cidadãos.

Conforme Simon e Coltre (2012, p.6), o comprometimento afetivo faz com que o sujeito assuma “uma postura positiva e ativa diante do trabalho e da organização, supõe-se que a dimensão afetiva desperta o desejo e a vontade em contribuir com as atividades e entidades relacionadas ao indivíduo, como trabalho e organização”. Neste sentido, esta forma de comprometimento desperta o compromisso, o desejo de relacionar com o grupo e com ele colaborar.

Neste sentido, pode-se relacionar que o formato de gestão implica em outro tipo de comprometimento entre os trabalhadores da instituição, comprometimento que não é de envolvimento e defesa da coisa pública. No caso do Hospital Transição, o comprometimento afetivo é destruído sendo substituído progressivamente pelo comprometimento instrumental. Na fala da Entrevistada HT4 evidencia-se que com a política adotada pela OS Avante há uma quebra da cooperação entre os trabalhadores.

Entretanto, é necessário ressaltar que a forma de gestão que tem sido realizada pela OS Avante faz com que o sentimento de pertencimento e, portanto, de identidade com a instituição seja lentamente degradado. Os trabalhadores sentem-se desmotivados a permanecer na instituição como é o caso da Entrevistada HT8.

Agora atualmente eu não estou gostando de me relacionar com outras pessoas do hospital, então está sendo difícil, porque você sabe que vai sair e está sendo filmada, aí chega o fulano e fala no seu ouvido: é assim e assim. Chega o outro e fala: que não sei o que. Isso aí vai minando a gente, isso que eu não gosto (ENTREVISTADA HT6).

Observa-se que a mudança na gestão e, conseqüentemente na forma de trabalhar produz nos trabalhadores impactos na subjetividade, que incluem: perda da identidade com o trabalho, resultando em uma indiferença, o predomínio da superficialidade tanto no ambiente de trabalho quanto nas relações estabelecidas no trabalho em equipes (SENNETT, 2003).

No Hospital Progresso, em que os trabalhadores também estão juntos há bastante tempo, embora sempre sob a gestão da OS Moderna, o discurso da “família” não aparece no discurso de nenhum dos trabalhadores. Talvez, um dos motivos para a ausência desta relação de afetividade com a instituição e com os colegas esteja relacionado ao fato de que entre os trabalhadores desta instituição predomine o comprometimento instrumental, visto que o que mantém o trabalhador nesta instituição são as recompensas propiciadas ao trabalhador, como discutido anteriormente. Este tipo de comprometimento baseia-se nas relações entre recompensa e custo associados para se deixar a instituição, sendo “percebido como custos associados a deixar a organização e, no momento em que perceber mais vantagens na saída, ele provavelmente deixará a organização” (SIMON e COLTRE, 2012, p.7).

#### **2.4 A concepção dos trabalhadores sobre as OS Moderna e Avante**

Orlandi (2003, p.49) afirma que o “sujeito discursivo é pensado como 'posição' entre outras. Não é uma forma de subjetividade, mas um 'lugar' que ocupa para ser sujeito do que diz”. Deste modo, é possível afirmar que o discurso dos sujeitos deve ser analisado a partir de uma posição social, do lugar que o sujeito ocupa no campo discursivo, compreendendo-se as influências desta posição sobre seu discurso. E, este discurso é permeado pelas relações de poder, seja explícita ou implicitamente. Assim, ao analisar o que dizem os trabalhadores do Hospital Progresso e do Hospital Transição sobre as organizações sociais é preciso considerar a posição social destes, que já foi apresentada anteriormente.

Os trabalhadores do Hospital Progresso, que trabalham sob gestão da OS Moderna, conseguiram ainda que precariamente definir o que é uma organização social, o papel desta na instituição e, ainda, identificaram de forma clara a fonte pública do financiamento para a gestão. Todavia, este conhecimento não é comum a todos os trabalhadores. A Entrevistada HP9, que trabalha há quatro anos nos Hospital Progresso, afirma que “na verdade eu não sei o que é uma organização social. Mas, do que eu acredito que seja, seria, por exemplo, não sei se estou falando certo, mas para mim seria o caso do pessoal do voluntariado”. Esta entrevistada confunde o conceito de OS com o da política do voluntariado que é desenvolvida pela OS Moderna. O voluntariado trata-

se de uma estratégia da OS Moderna para reduzir custos com a força de trabalho, na medida em que alguns serviços, como a orientação dos usuários que chegam ao hospital, são realizados por voluntários.

Entre os trabalhadores do Hospital Progresso, predomina uma concepção positiva acerca da OS Moderna e de suas ações. Os entrevistados consideram a OS Moderna como uma organização que contribui com a sociedade e que promove a qualidade do serviço, inclusive atribuindo o *status* do Hospital Progresso à gestão realizada pela OS Moderna:

Olha, tem muita gente, que tem uma visão muito errada das organizações sociais, né? Na visão do usuário, ele sempre acha que uma organização social, vai terceirizar o serviço, vai terceirizar o hospital [...] No Hospital Progresso, o pessoal nem sabe que tem uma organização social por trás, né? É tão antigo, tem 10 anos, e o pessoal fala em OS hoje, mas nem sabe que o Hospital Progresso é gerido por uma OS. [...] a OS melhora demais a qualidade de atendimento na unidade. [...] e então eu sou muito a favor das OS. Então, o Hospital Progresso hoje só tem o status que ele tem, só chegou onde chegou devido a OS, com a gestão dessa OS que está lá. [...] com certeza melhorou demais e deu o padrão que o Hospital Progresso hoje tem, a OS foi a responsável por isso com certeza, eu sou muito a favor das OS. [...] eu tento ver o lado positivo da coisa pela qualidade do serviço que melhora demais, [...] E nas outras instituições não vai ser diferente, mas a OS ainda é um bicho de sete cabeças para muita gente, que é uma ovelhinha negra, que muita gente tem medo (ENTREVISTADO HP6).

Este fato corrobora com a tese de Chiavegato Filho e Navarro (2012, p.70) de que os elementos da gestão gerencialista estão “na maior parte dos casos, associados a valores positivos, identificados com importantes aspirações humanas ligadas ao progresso, ao mérito ou ao culto da qualidade” o que dificulta o questionamento e a confrontação da ideologia gerencialista.

O Entrevistado HP6 alerta para o fato de que há dez anos existe uma OS gerindo um hospital no Estado de Goiás, porém, a sociedade de modo geral desconhece esta situação. Este é um debate que não foi amplamente realizado com a sociedade goiana, quando este formato de gestão foi implantado no Hospital Progresso e, em outro hospital do Estado. A extensão deste formato de gestão para os demais hospitais do Estado de Goiás estaria ocultada, com total desconhecimento da sociedade, caso os trabalhadores estatutários destes hospitais não tivessem protestado, denunciando esta mudança e suas consequências.

Os entrevistados do Hospital Progresso entendem que esta é uma experiência exitosa no âmbito desta instituição e corroboram com a política de extensão deste

formato de gestão aos demais serviços, tendo a gestão do Hospital Progresso como modelo. A Entrevistada HP8 afirma que espera que as demais OSs do Estado tomem o “Hospital Progresso como um modelo mesmo, porque realmente funciona... funcionou! [...] Não só na parte no papel, mas na prática [...]”. Esta mesma entrevistada afirma que a OS busca além da qualidade e do reconhecimento, a realização de uma administração humanizada.

Chiavegato Filho e Navarro (2012, p.70) explicam que a sociedade em geral mediante o discurso de que as “práticas de gestão e organização do trabalho [do setor público] são tidas como um elemento arcaico, burocrático e ineficiente que é preciso modernizar” tendem a aceitar e a considerar que a implantação da gestão com características do setor privado no setor público como um fator de progresso, como é o caso dos entrevistados do Hospital Progresso.

No discurso da Entrevistada HP7 fica evidente a aprovação da forma de gestão e a crença de que, talvez, o sucesso da OS Moderna deva-se ao fato de que a sua diretoria seja constituída por pessoas do Estado de Goiás:

Eu não sei se a gente pode acreditar, por exemplo, eu acho que possibilitar esses hospitais a serem geridos por organizações sociais é um bom começo. Eu não sei o critério que se deve ter para avaliar, para escolher essas organizações sociais, porque no caso do Hospital Progresso foi gente nossa, nossa gente, gente daqui. É gente que tem compromisso com o local, com o Estado, com a sociedade civil. Então são pessoas da sociedade civil, [...] que montaram uma organização social. [...] com o Hospital Progresso deu certo, a gente não sabe se com outras organizações sociais daria certo, mas por que não fazer? [...] Então eu acho que vale a pena tentar (ENTREVISTADA HP7).

O Entrevistado HP6 também ressalta que a OS Moderna é diferente das demais pelo fato de ter sido pioneira no Estado na gestão de uma unidade hospitalar e, além disto, que esta OS, diferentemente das outras, não possui intenções mercadológicas:

Se os outros hospitais vão ser assim a gente não sabe [...] porque quando abriram as novas acho que a coisa ficou meio mercadológica. A gente pode fazer analogia com as igrejas, muita igreja é boa e as pessoas estão vendo que é bom demais, então vou abrir uma igreja para mim porque é muito bom! Então, virou moda [...] Então, até onde isso é positivo a gente não sabe (ENTREVISTADO HP6).

Entre os trabalhadores do Hospital Progresso não são feitas quaisquer críticas à OS Moderna e, muito menos se cogita que a mesma tenha qualquer finalidade lucrativa

com a gestão da instituição. Nenhum dos entrevistados fez uma análise de conjuntura compreendendo as OSs como uma política que está sendo colocada em ação em um contexto mais amplo. Quanto à concepção que os trabalhadores do Hospital Progresso apresentam acerca da OS é preciso considerar que estes trabalhadores têm uma relação contratual instável e já adentraram na instituição sob esta forma de gestão e, que muitos deles têm como parâmetro a gestão do setor privado, o que muito influencia no discurso.

Contraditoriamente, entre os trabalhadores estatutários do Hospital Transição, o posicionamento com relação à gestão pela OS Avante é de desconfiança com relação ao seu caráter “sem fins lucrativos”. Entre os estatutários 75% deles duvida deste caráter e chegam a apresentar a concepção de que a OS é uma nova forma de desvio de dinheiro público:

(Risos) Essa é difícil! O que é uma organização social? Teoricamente essa organização social sem fins lucrativos né? Não consigo ver qual é o objetivo disso de se gerenciar um local sem nenhum fim lucrativo, mas, eles gerenciam o hospital, recebem dinheiro do Estado pra isso, e teoricamente esse dinheiro que eles recebem do Estado seria só para gerir o hospital, mas dá para ver que não é bem assim. Porque ninguém trabalha de graça, ninguém monta uma empresa de graça (risos) (ENTREVISTADA HT9).

Eu sou muito descrente de política. Acho que o brasileiro tá hoje, eu não acredito em instituição sem fins lucrativos, não teria essa briga que teve se fosse, eu acho que existe muita falcatura, coisa errada [...] O que eu realmente espero é que eu esteja enganada com essa imagem que eu tenho. Dizem que realmente é muita safadeza, muita coisa errada, por trás disso tudo uma hora a gente escuta que o secretário que é o dono da OS, outra hora a gente escuta que é, sei lá, um político. Mas, então, assim é muita informação que não tem nada certo, eu espero sinceramente que seja tudo mentira, que melhore (ENTREVISTADA HT5).

A organização social é só uma forma diferenciada de desviar o dinheiro público, tá? Eu não sei. Esse dinheiro que eles estão usando para injetar no hospital para poder ter esse retorno, eu acho também que vem dessa parceria com o governo. Essa parceria do governo, quem está injetando esse dinheiro são os próprios diretores através de licitações que eles mesmos estão fazendo com superfaturamento em nome das OS. Para fazer de forma diferente o desvio de dinheiro, a minha conclusão é só essa (ENTREVISTADA HT4).

Alguns dos trabalhadores do Hospital Transição, inclusive, compreendem a inserção das OSs na gestão dos hospitais públicos do Estado de Goiás como uma política neoliberal, desencadeada pela Reforma Administrativa do Estado Brasileiro.

Portanto, compreendem que este não é um processo isolado, mas que está situada em um contexto mais amplo:

a organização social é uma empresa terceirizada que eu não considero terceirizada. Eu considero como uma privatização porque eles entraram e se colocaram como donos, né? (ENTREVISTADA HT3).

Só quero dizer que essa OS está sendo um retrocesso para a saúde pública, mas que isso aí é uma política do PSDB, uma política neoliberal, isso é o neoliberalismo e, que infelizmente quem votou nesse neoliberal tem que colher os frutos, porque dentro da política neoliberal é melhor terceirizar, então é o que eu tenho para falar (ENTREVISTADA HT6).

Os trabalhadores do Hospital Transição pontuam que a única ação de mudança que a OS Avante encaminhou para a instituição, até o presente momento, foi em termos do aumento da quantidade de insumos e mudanças na estrutura física. A Entrevistada HT9 afirma que “melhorou a quantidade de insumos, medicamentos, luvas essas coisas”. No âmbito da estrutura física, a OS Avante promoveu no Hospital Transição uma:

reforma, uma preocupação com estética com a aparência do hospital: ele foi lavado até por cima- o teto do hospital, teve poda de árvores, é quebra de paredes [...] está preocupada [a OS] com a aparência. Em termo de aparência mudou [...] na aparência do hospital houve uma mudança rápida, e bem brusca (ENTREVISTADA HT3).

A Entrevistada HT4 afirma que as reformas postas em ação no Hospital Transição são “reformas que não têm sentido. Eles estão fazendo umas maquiagens, eles estão maquiando, eles estão maquiando o hospital”. Predomina entre os entrevistados do Hospital Transição, que de fato, nada mudou no Hospital que promovesse uma melhora significativa na instituição. Fica claro que, para dar uma satisfação à sociedade goiana, a OS Avante tem se preocupado, principalmente, com os aspectos que são facilmente visualizados como, a aparência física do Hospital e a oferta de insumos, que está intimamente relacionada com a maior realização de procedimentos. Estas são estratégias utilizadas pela OS Avante para passar a imagem de que o Hospital Transição, a partir desta gestão, está mais organizado, higiênico e, portanto, bem gerido.

A partir do exposto, os trabalhadores do Hospital Transição não apresentam uma posição favorável à ação das OSs e, muito menos apoiam a expansão destas para os demais serviços de saúde do Estado. Estes trabalhadores, diferentemente daqueles do

Hospital Progresso, compreendem a inserção das OSs não como um progresso para o funcionamento dos hospitais e, conseqüentemente para a consolidação do SUS. A perspectiva que a maior parte destes trabalhadores apresenta é a de expulsar a OS Avante do Hospital e, de afirmação do poder dos trabalhadores para gerir o hospital:

[...] E eu vou lutar até o fim e eu vou ver isso passar, eu vou ver a instituição, eu creio que eu vou ver a instituição que pegamos quando ela só tinha um andar funcionando na poeira e, a colocamos para funcionar, sem OS nenhuma, nós vamos pôr ela de novo [funcionando]. E nós vamos tirar essa OS, com fé em Deus, nós vamos tirar! (ENTREVISTADA HT4)

Apenas duas entrevistadas estatutárias avaliam de forma positiva a inserção das OSs na gestão dos hospitais públicos. Assim, a Entrevistada HT7 afirma que: “a organização social vem para somar [...] são pessoas que vem [...] contribuir naquilo que está sendo feito, com outra visão, com um foco não só tecnológico, mas com um foco de gestão diferenciado da gestão estatal”.

Entre os trabalhadores celetistas do Hospital Transição, assim como entre os trabalhadores do Hospital Progresso, o posicionamento sobre as OSs é positivo e, há o apoio à ação das OSs na gestão dos hospitais públicos:

Eu espero que a organização que eu trabalho faça o melhor possível para o público [...] eu gostaria que continuasse tanto pelo meu emprego, que não sei se vai dar certo ou se não vai, mas que com pouco tempo ou muito tempo que eles estivessem lá dentro resolvessem (ENTREVISTADO HT2).

A OS, ela é uma organização para poder administrar [...] uma instituição pública. Então é uma instituição que vem pra administrar sem fins lucrativos, teoricamente. [...] Uma empresa para administrar aquele bem público (ENTREVISTADA HT10).

Esta visão está intimamente relacionada com o vínculo contratual do trabalhador com a OS: a relação contratual celetista. O Entrevistado HT2 deixou claro que quando os trabalhadores celetistas assinam o contrato com a OS Avante, existe um termo de sigilo sobre dados do Hospital Transição o que dificulta qualquer tipo de denúncia ou crítica à OS Avante, diferentemente do trabalhador estatutário que em tese não teria quaisquer amarras: “nós funcionários, podemos ir à imprensa, podemos ir ao sindicato, podemos por a boca no mundo, porque eles não podem fazer nada. Podem fazer alguma coisa, mas não podem nos mandar embora” (ENTREVISTADA HT4).

Assim, a condição de estabilidade possibilita que o trabalhador tenha suas próprias opiniões e não se submeta ao clientelismo. O trabalhador estatutário quando quer ser respeitado em seus direitos de cidadão e, queria assumir os riscos deste enfrentamento tem como se defender como bem enfatizou a Entrevistada HT4.

No Hospital Progresso existe entre os trabalhadores e os gestores da OS Moderna uma relação de autoridade, nos termos da concepção de Sennett (2012, p. 185): “a autoridade é o poder imbuído de legitimidade”. Ao contrário, no Hospital Transição os trabalhadores não consideram legítima a gestão da OS Avante, de modo que esses não reconhecem a autoridade dos gestores. A Entrevistada HT4 afirma que “os funcionários da empresa que estão lá, estão sendo tratados na coleira, e a gente não! a gente por mais que estejamos sendo tolhidos, ainda temos uma voz ativa, de falar assim: Não! Isso está errado!”.

Nesta direção, Sennett (2012, p. 186) afirma ainda que “a autoridade merecida administra a experiência cotidiana da desigualdade de forma particular. Modera a humilhação na relação de comando e obediência”. No caso do Hospital Transição, como a relação não é de uma autoridade baseada na legitimidade e, portanto, não merecida, a humilhação na relação de comando é sempre presente. A Entrevistada HT6 afirma que existem situações vexatórias e humilhantes no cotidiano do Hospital, em virtude das medidas adotadas pela OS Avante. Fica claro pelo exposto nesta pesquisa, que os trabalhadores do Hospital Transição padecem com o desespero, com a humilhação e com os constrangimentos a que estão submetidos, o que também é uma forma de precarização do trabalho em saúde, visto que a “condição de precarização do trabalho em saúde, não está restrita a diversidade de vínculos, principalmente no serviço público, mas também às condições objetivas e subjetivas de trabalho a que está exposta esta força de trabalho” (ROCHA e SOUZA, 2011, p.7).

Diante do exposto até aqui, é necessário retomar a discussão sobre as características das OSs. A lei nº 9.637 de 1998 dispõe que estas são pessoas jurídicas de direito privado nas quais as atividades realizadas sejam sem fins lucrativos. Porém, esta mesma lei prevê a incorporação dos excedentes financeiros gerados na atividade realizada ao patrimônio da OSs.(BRASIL, 1998).

Mas, o que seria o excedente financeiro nos serviços de saúde se não o lucro? Assim, ao longo desta pesquisa, foi sendo revelado que se formalmente as OSs são empresas de interesse público e social, na essência são empresas capitalistas, que administram de acordo com os princípios da iniciativa privada e, conseqüentemente

exploram o trabalhador, na medida em que impõe à lógica da rotatividade e não à do atendimento às necessidades de saúde dos usuários.

Em um sentido mais amplo, as OSs constituem-se em uma estratégia do Estado para atender as exigências da acumulação de capital através da flexibilização as relações de trabalho e pela incorporação da “lógica lucrativa para atender às tendências de gestão empreendedora de ajuste nos gastos públicos” em que a força de trabalho é compreendida como um gasto (SOUZA, 2010, p.342).

A ação das OSs nos serviços públicos de saúde apresenta todos os aspectos que Chanlat (2002) elenca quando caracteriza o *managerialismo*: aumento da carga de trabalho, com a redução do pessoal e exigência pelo desempenho e produtividade; a redução da autonomia com a necessidade de cumprir o prescrito e a ampliação das responsabilidades do trabalhador; a ausência de reconhecimento, principalmente, através da disseminação da incompetência do servidor público, a quebra da segurança no emprego e, a ausência do apoio social tanto dos gerentes quanto dos demais trabalhadores e usuários do serviço.

Nesta lógica, o trabalhador da saúde que está no serviço público é cobrado para que seu trabalho seja realizado nos parâmetros de eficiência do setor privado, gerando no trabalhador, principalmente, aquele que estava habituado à cultura do serviço público às situações de desespero, indignação, humilhação e, sobretudo desmotivação para realizar o seu trabalho.

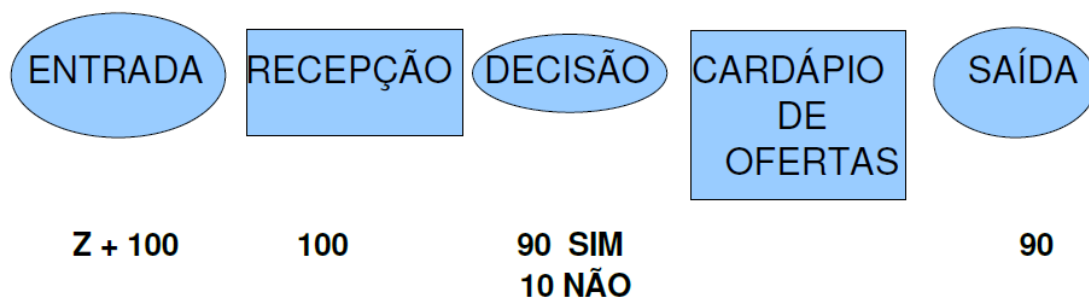
No capítulo seguinte, a exposição trata como a implantação das OSs nos hospitais públicos do Estado de Goiás tem influenciado o trabalho e o trabalhador evidenciando outras consequências deste processo.

## CAPÍTULO III- O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE EM HOSPITAIS DE GESTÃO TERCEIRIZADA

### 3 A entrada do usuário e o acesso aos serviços nos hospitais de gestão terceirizada

Uma ferramenta importante para analisar os serviços em um hospital - compreendendo a forma de produção, o que é produzido, os sujeitos envolvidos na produção - é o fluxograma elaborado por Merhy (1997). De modo geral, o fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde compreende a entrada dos usuários no serviço, recepção, processos decisórios, cardápio de ofertas e a saída do usuário, conforme a sistematização abaixo:

Figura 1: fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde



Fonte: Merhy (1997)

A entrada representa o movimento de usuários durante um dia na porta do serviço, sendo que apenas alguns dos usuários que chegam passam para a fase seguinte que é a da recepção. No fluxograma acima, o Z corresponde aos usuários que não adentram ao serviço por diversos motivos: não vão ao serviço, procuram e não são atendidos, entre outros motivos, de modo que de Z + 100, apenas 100 usuários chegam à recepção (MERHY, 1997).

No caso do Hospital Progresso e do Hospital Transição os usuários que chegam à entrada já foram previamente direcionados para o serviço, portanto, todos aqueles que são encaminhados serão atendidos na recepção. Portanto, no Hospital Progresso e no Hospital Transição, não existe o atendimento de demanda espontânea até mesmo nos casos de internação na Unidade de Terapia Intensiva (UTI). Isto ocorre nestes hospitais porque no SUS está em andamento a Política Nacional de Regulação. A regulação entendida como

macrofunção de governo consiste na elaboração e na aplicação de leis e normas, na implementação, no monitoramento e na avaliação; no uso de mecanismos para influenciar a qualidade, a quantidade e os preços dos insumos, drogas e ações e serviços de saúde, assim como na adequada distribuição da oferta de serviços de acordo com as necessidades de saúde da população (BRASIL, 2007, pp..24-25).

Esta política guarda relações com o papel que o Estado brasileiro tem assumido historicamente, principalmente, com a Reforma Administrativa do Estado: o de regulador. Nesta perspectiva, amplia-se a participação do mercado na produção de bens e serviços, que são regulados por agências especializadas do Estado. Assim, “diminui-se o tamanho do Estado e a quantidade de atividades a seu cargo: algumas foram devolvidas integralmente à iniciativa privada; outras foram entregues à iniciativa privada por meio de concessões, restando ao Estado a regulação e a fiscalização” (ARAÚJO, 2008, p.1).

Todo usuário do SUS passa por uma etapa de regulação do acesso. A regulação do acesso é orientada pelas necessidades de saúde da população e, não pela demanda dos serviços tendo como base para sua realização os “protocolos clínicos, linhas de cuidado e fluxos assistenciais definidos previamente [...]” de modo a orientar a programação assistencial (BRASIL, 2007, p. 32).

Deste modo são estabelecidas estratégias como os complexos reguladores<sup>20</sup> que permitem uma organização dos fluxos e contrafluxos tanto dos usuários quanto de informações, insumos, entre outros. No Estado de Goiás, a regulação é coordenada pela Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (SMS). O percurso que o usuário deve realizar é representado graficamente na figura abaixo.

---

<sup>20</sup> Os complexos reguladores consistem “na articulação e na integração de centrais de atenção pré-hospitalar e urgências, centrais de internação, centrais de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, implantadas sob a orientação de protocolos clínicos e linhas de cuidado previamente definidos” (BRASIL, 2007, p. 32).

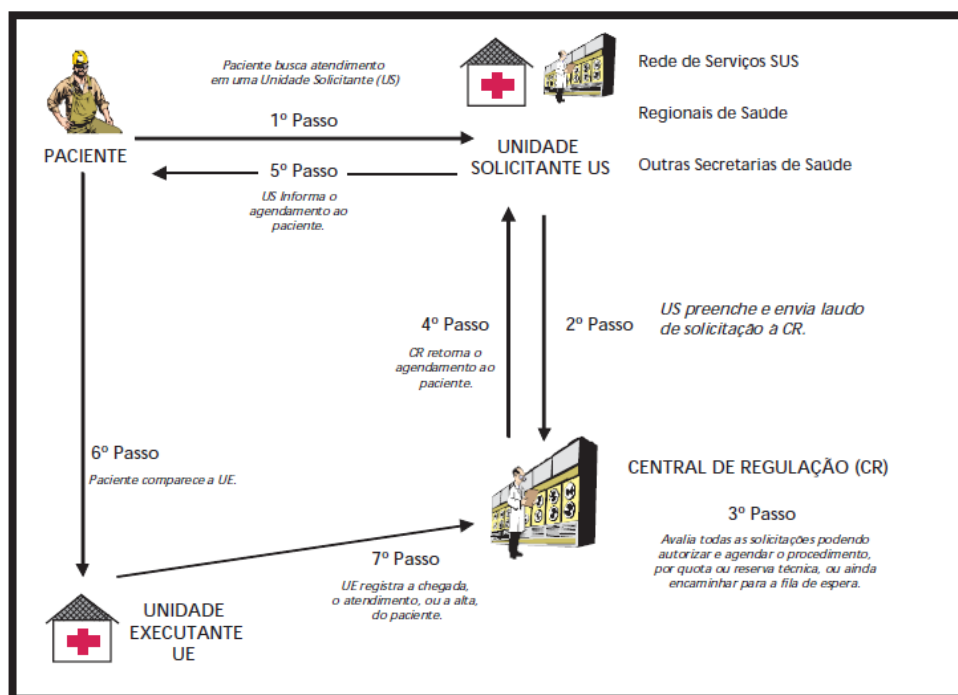


Figura 2: Fluxo de atendimento eletivo regulado- com autorização prévia.  
Fonte: (Brasil, 2010)

Primeiramente, o usuário acessa o serviço de atenção básica, ou seja, uma Unidade Básica de Saúde (UBS), e, se o seu problema de saúde não tiver resolubilidade nesta, haverá o encaminhamento para a média ou alta complexidade. Há outras portas de entrada como o Pronto Socorro nos hospitais que oferecem tal serviço e pelo Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A unidade solicitante, no caso a UBS ou o Pronto Socorro, irá enviar o laudo médico de solicitação para a Central de Regulação, onde este será analisado. O procedimento poderá ser autorizado e agendado por quota, reserva técnica ou ainda ser colocado em uma fila de espera<sup>21</sup>. Caso haja quotas, a unidade solicitante poderá realizar o agendamento imediato, porém, se as cotas estiverem esgotadas será necessário passar pela Central de Regulação. Na Central de Regulação, através Centrais de marcação de consultas e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico ocorrerá o agendamento de uma consulta para o usuário com o especialista, ou de um exame especializado. A unidade solicitante será informada da marcação, o usuário será informado por esta e este deverá procurar a unidade executante, no caso, o estabelecimento de saúde que oferece o serviço do qual ele necessita. A unidade

<sup>21</sup> “A Central de Regulação autoriza, previamente, os procedimentos, concomitante aos agendamentos solicitados, utilizando o mecanismo de cotização da oferta dos serviços de saúde disponibilizada para as unidades solicitantes e executantes da central. A autorização é realizada por equipe de médicos autorizadores, orientados pelos protocolos. Essa ação visa garantir o acesso ordenado, respeitando critérios clínicos de necessidade dos usuários e de disponibilidade da oferta” (BRASIL, 2010, p. 22).

executante será responsável por informar à Central de Regulação todos os procedimentos: acesso, atendimentos, alta terapêutica do usuário. O direcionamento do usuário e sua aceitação no serviço atende aos critérios que estão postos pela Central de Regulação e ao perfil dos serviços oferecidos no hospital executante.

Tanto o Hospital Progresso quanto o Hospital Transição são centros especializados, portanto, não são portas de entrada dos usuários ao serviço, sendo necessário antes passar por uma UBS. Nos dois hospitais, o agendamento do usuário para o primeiro atendimento nos diversos serviços ofertados é realizado através da SMS. As vagas para o agendamento são disponibilizadas pelo hospital em um sistema informatizado ao qual a Central de Regulação da SMS tem acesso.

o paciente vem regulado para a consulta, ele primeiro é tratado na rede básica. Muitas vezes, poderia resolver o problema lá, com o programa saúde da família. A tendência dos médicos é não aprofundar e já encaminhar para a atenção especializada. [...] ele vem regulado para aquela especialidade, esse é um tipo de regulação, se ele tiver necessidade de internação, também o médico dele pode internar [...] Tem outro tipo de regulação que é o paciente que, às vezes, é triado na própria rede básica e necessita de cirurgia, já vem regulado para a cirurgia aqui, então tem o que prepara aqui e o que vem de fora. E, tem uma outra forma de regulação que é o paciente que vem pela urgência, [...] ele chega, faz aquele procedimento e vai embora, ele vem regulado para urgência, [...] ele sai aí se ele precisar de acompanhamento depois aí ele tem que voltar, eles dão o primeiro retorno, mas ele tem que voltar no cais ou no posto de saúde e pedir para ser encaminhado (ENTREVISTADA HT8).

De forma mais detalhada, a Entrevistada HP5 explica o processo de regulação de urgência, principal processo para o direcionamento de usuários para as UTI's e, mais especificamente no Hospital Progresso: “O paciente primeiro passa, no caso, pelo cais, ou algum posto de saúde. Lá eles têm a referência, de lá eles ligam para central de regulação. Na regulação, eles ligam para UTI's de Goiânia, né?”.

Os agendamentos são realizados pela própria instituição em que o usuário é atendido. Os trabalhadores do Hospital Progresso ressaltam que a organização da agenda está a cargo do serviço de recepção. Neste sentido, é que o Entrevistado HP2 afirma que a escolha de quem ele atenderá não é feita por ele e, não há preferências de quem será atendido. O serviço de recepção é que irá encaixar o usuário na agenda de cada trabalhador:

O serviço da recepção é quem cuida de, conforme a demanda da fila de espera, de encaixar os pacientes nas devidas agendas. Então assim: não é critério nosso saber qual que é o paciente que vai atender, a origem social e

financeira, educacional, enfim... O importante é ele passar por todo tramite burocrático até chegar ao momento do atendimento: independe das características que os pacientes têm, para eu atender ele. Eu estou lá para fazer meu serviço independente de quem seja (ENTREVISTADO HP2).

Contudo, a Entrevistada HT10, que atualmente está vinculada ao Hospital Transição, mas que já trabalhou no serviço de recepção do Hospital Progresso afirma que na organização da agenda no Hospital Progresso existem interferências na ordem de atendimento. Esta entrevistada afirma que havia prioridade para os usuários em decorrência das relações pessoais com o quadro de trabalhadores da instituição e da forma de pagamento pelo atendimento.

a partir do momento que ele entra numa lista de terapias, de consulta, internamente dentro do hospital sofre influência nessa ordem de agendamento sim. E, na época que eu trabalhei lá, ainda tinha os convênios, hoje não tem mais. [...] Ah é convênio! Ah é amigo do doutor! Encaixa fulano. Eu concordo com isso, se você for olhar A gravidade de prognóstico de um paciente, né? [...] Do contrário, realmente, eu não sei, todo mundo é igual (ENTREVISTADA HT10).

Anteriormente, o Hospital Progresso atendia aos usuários do SUS e as pessoas que tinham convênio de saúde, portanto, havia uma dupla porta de entrada para os serviços do hospital. Assim, apesar das terapeutas afirmarem que para eles não havia distinção entre os usuários do SUS e os do convênio, internamente, no serviço de recepção havia o encaixe de pessoas vinculadas aos convênios de saúde. Esta lógica de “passar o conveniado na frente”, desvinculada do grau de gravidade relaciona-se com o fato de que para a administração do hospital não se pode perder o “cliente” do convênio visto que este paga um valor maior pelos serviços prestados e, não se pode perder o vínculo com o próprio convênio. Nesta relação impera uma lógica mercadológica com um consequente privilégio para os “clientes” dos convênios de saúde, uma modalidade de atendimento particular, em detrimento dos usuários do SUS.

Esta situação corrobora com a tese de Chanlat (2002) que a ética do bem comum e o desejo de assegurar a todos uma igualdade de atendimento no serviço público são destruídos com a gestão das OSs.

A interferência na ordem de agendamento, segundo a entrevistada HT10, dá-se tanto por outros profissionais do Hospital e, não necessariamente pelo terapeuta que irá atender o usuário, quanto dos recepcionistas: “a gente conhece alguém, tal, quer ajudar, fica com dó. Nós mesmos, às vezes, sem ter um vínculo íntimo de amizade, mas por ver

aquela necessidade, a gente procurava intervir, tinha sim”. Esta fala corrobora com a afirmação de Merhy (1997) de que outros trabalhadores da saúde também decidem certas coisas na sua relação com o usuário, neste caso, o serviço de recepção. Para este autor,

Mesmo o vigia domina um certo espaço no processo de trabalho, com sua sabedoria e prática, exercendo um certo "autogoverno" para intervir neste modo de receber os usuários, para além de tudo que estiver normatizado e protocolado como o "modo de atuar". Pois ele pode ter uma relação mais "acolhedora" ou não, pode decidir se "quebra o galho" daquele usuário, pode até decidir se o usuário está em situação de maior ou menor "necessidade" por serviços, e assim por diante. E, deste modo, como qualquer outro trabalhador da saúde pode interferir claramente no conteúdo de uma dada etapa do processo de trabalho, ou mesmo de todo o processo (MERHY, 1997, p.6).

No Hospital Progresso há uma diferença com relação ao Hospital Transição no momento da entrada do usuário: a necessidade de passar por uma avaliação clínica inicial e, em seguida por uma avaliação multiprofissional. No Hospital Progresso, o primeiro momento do usuário na instituição é para uma consulta médica e, em seguida o mesmo passa por uma avaliação multiprofissional, como está presente nas falas dos entrevistados:

é regulado, é agendado primeiramente uma consulta com um médico [...]. Aí ele passa para avaliação [...] Quando o paciente chega na global, é feito uma avaliação, como o próprio nome indica avaliação global onde tem um profissional de cada área. Lá nós temos um médico, o fisioterapeuta, o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo, o psicólogo e o assistente social. É onde é feita a avaliação desse paciente é o programa desse paciente. (ENTREVISTADA HP4).

Já no Hospital Transição, não existe o momento da avaliação multiprofissional. Há o encaminhamento via regulação para uma especialidade e, caso seja necessário é realizada uma triagem a fim de direcionar melhor o usuário para as subdivisões de uma mesma especialidade: “Ele já vem direto para o especialista, mas algumas especialidades, por exemplo, a neurologia eles chegam primeiro para a triagem” (ENTREVISTADA HT8).

Outros encaminhamentos como para o serviço de fisioterapia, nutrição, fonoaudiologia, podem ser dados pelos próprios profissionais da instituição “O paciente interno que vem encaminhado por médico, nutricionista, fisioterapeuta, profissionais de

dentro da instituição, eles fazem o agendamento e já caem em uma vaga existente, só” (ENTREVISTADA HT5).

Merhy (1997, p.7), entende que, no momento da recepção existe um processo de decisão acerca dos usuários que ficarão no serviço para serem atendidos, de modo que: “procura-se registrar os distintos critérios de que os serviços se utilizam para poder dizer se o que o usuário está trazendo como um ‘problema de saúde’ será ou não objeto de ação do serviço, enquanto uma certa intervenção tecnoassistencial”. Esta decisão envolve tanto a aceitação do usuário para o atendimento sendo este encaminhado para os serviços no âmbito do próprio hospital, quanto o encaminhamento para outra instituição ou ainda a ausência de qualquer encaminhamento para a assistência em saúde. Assim, daqueles 100 que conseguiram adentrar o serviço após este processo de decisão, de fato, apenas 90 terão acesso à assistência. Pode-se dizer que este processo realizado na recepção envolve uma nova seleção dos usuários, no âmbito do próprio hospital, que já haviam sido selecionados para o atendimento:

os critérios adotados [...] às vezes, para a negação da intervenção, usa-se a falta de vagas, às vezes a inexistência de oferta do tipo de ação que se imagina que ele precisa, às vezes outros critérios muito próprios de quem está atendendo (MERHY, 1997, p.7).

No caso do Estado de Goiás, esta seleção já é realizada no âmbito da regulação e, não no serviço de recepção do hospital. No Hospital Progresso, para acessar a UTI, por exemplo, a disponibilização da vaga parte de uma negociação entre o hospital e o médico da Central de Regulação: “juntamente, com o médico da regulação e o médico da UTI, o coordenador [...] seleciona” (ENTREVISTADA HP5).

No Hospital Transição, a Entrevistada HT8 relata que o usuário que é regulado para consultas neste hospital não é recusado: “não acontece recusa, não. Essa recusa da consulta não acontece, acontece dele passar para outra especialidade e, às vezes, vai marcar bem para frente. Aí ele acha ruim, ele esperou”.

Contudo, a Entrevistada HT8 diz que percebe a recusa em determinados casos de urgência: “agora, existe recusa, às vezes. O que eu estou percebendo é quando, eles [regulação] solicitam a vaga de urgência, eles não querem aqueles pacientes que vão ficar mais tempo internado”. Neste caso, o usuário não adentra ao serviço.

A recusa do usuário que demanda um tempo de internação prolongado está intimamente relacionada ao fato de que o Hospital que têm metas quantitativas para

serem alcançadas não tem intenção de manter usuários que permanecem por longos períodos, pois esta permanência por longos períodos atrapalharia as estatísticas apresentadas pela OS e, conseqüentemente o seu reconhecimento social enquanto uma gestora eficiente. Portanto, a lógica utilizada pelas OSs é a da rotatividade do usuário que influencia não só no perfil do usuário, no atendimento às suas necessidades em saúde, mas também no processo de trabalho.

### **3.1 O perfil do usuário atendido nos Hospitais Progresso e Transição**

Ao analisar o público alvo dos Hospitais Transição e Progresso é possível apreender as questões de saúde tratadas nestas instituições bem como a que classes sociais estes serviços estão atendendo.

O Hospital Progresso tem um público alvo diferente do Hospital Transição. No Hospital Progresso recebem-se, prioritariamente, os usuários vítimas de traumatismos, com deficiência auditiva, com patologias neurológicas e reumatológicas. Enquanto o Hospital Transição realiza atendimentos, prioritariamente, eletivos nos níveis de alta e média complexidade nas diversas especialidades médicas. Estas são as necessidades de saúde que os hospitais estudados atendem e, portanto, os usuários que ali estão devem encaixar-se neste perfil. Nesta perspectiva, estes já são critérios de seleção para o atendimento no Hospital Progresso e no Hospital Transição.

Atualmente, as pessoas que chegam à recepção destes hospitais são usuários do SUS. No Hospital Transição assim como no Hospital Progresso há a identificação do público-alvo como sendo: “[...] usuários do Sistema Único de Saúde. Qualquer pessoa que necessitar de um atendimento de alta complexidade, que envolva desde cirurgias, inclusive, de urgência, mas muito mais eletivas” (ENTREVISTADA HT8).

O Entrevistado HP5 afirma que “O público alvo seria mais pacientes carentes. Pacientes que são dependentes do sistema único de saúde”. Da mesma forma que os Entrevistados HP1 e HT4, este entrevistado faz uma associação direta entre usuários do SUS e baixa renda. As falas confirmam o fato de que, atualmente, as pessoas que têm condições financeiras acabam recorrendo aos planos de saúde e atendimentos particulares devido à precarização dos serviços de saúde no âmbito do SUS. Porém, é preciso ressaltar que mesmo pessoas que têm condições financeiras são atendidas no SUS, obedecendo-se o princípio da universalidade, ou seja, todos os cidadãos têm

direito a serem atendidos sem discriminação de gênero, étnica, social, econômica, etc. A Entrevistada HT4 menciona, inclusive, o atendimento a um governador no Hospital Transição após um acidente:

Teve algumas épocas que realmente houve algumas preferências, era mais fácil em um hospital público. Por exemplo, já foi atendido governador, que sofreu um acidente lá em Pirenópolis. Ele veio e foi atendido lá. Isso vai acontecer em qualquer instituição, né? Mas, nosso público alvo é o público carente, é a população carente. E não houve mudança nisso não (ENTREVISTADA HT4).

Esta interpretação de que os serviços de saúde públicos são para pessoas carentes contraria o princípio da universalidade do SUS. Assim, até mesmo um governador deveria ser atendido no serviço público de saúde sem quaisquer privilégios. Contudo, esta fala da Entrevistada HT4 revela implicitamente que os serviços públicos de saúde que estão cada vez mais precarizados são destinados àqueles que não têm condições financeiras de pagar por um plano de saúde privado ou pagar diretamente por uma consulta/atendimento, ou seja, revela a tendência de que os serviços públicos sejam cada vez mais limitados a uma classe social.

Apesar da precarização dos serviços de saúde, no âmbito do SUS, ao compará-los com aqueles ofertados pelos hospitais conveniados ao SUS pode-se afirmar que os hospitais públicos atendem melhor à necessidade do usuário. A lógica dos serviços privados, que participam do SUS de modo complementar, é a do mercado, portanto, visam ao lucro. Isso significa que estes hospitais só têm interesse em manter o usuário no serviço enquanto a remuneração pelos procedimentos for mais alta, isto é, até o momento em que o hospital tenha lucro com a internação. Como a remuneração pelos serviços prestados pelos hospitais conveniados decresce, na medida em que o tempo passa, muitos usuários recebem alta terapêutica sem terem suas necessidades atendidas. Conforme a Entrevistada HT8, muitos dos usuários atendidos no Hospital Transição advêm dos hospitais conveniados com o SUS:

o público alvo são pessoas que dependem desses procedimentos eletivos, mas também, para aquele usuário que, às vezes, tem doenças crônicas que precisa de uma internação longa, que nos hospitais conveniados à rede do SUS não ficam muito tempo. Geralmente, quando eles pegam um paciente assim, vamos supor um diabético, eles ficam com ele uma semana. Quando a internação ainda tem um valor mais alto, depois disso, eles mandam embora, aí volta para o sistema e às vezes, vem parar aqui. [...] O Hospital Transição e outro hospital aqui da cidade são os únicos hospitais daqui do Estado de Goiás que recebem esse tipo de paciente. [...] Aqui é um dos únicos hospitais,

onde a pessoa interna por problema da gastroenterologia que é uma internação longa, e vai ter o atendimento da gastroenterologia, da cardiologia, da neurologia se for preciso, todos ali juntos [...] eles estão acabando com isso (ENTREVISTADA HT8).

Outro elemento importante presente na fala da Entrevistada HT8 é a integralidade do atendimento oferecido no Hospital Transição: o atendimento nas diversas áreas que o usuário tenha necessidade. Todavia, a Entrevistada HT8 afirma que este princípio da integralidade está sendo vilipendiado com a introdução da OS Avante, como será exposto ao longo deste capítulo.

### **3.2 O cardápio de ofertas nos Hospitais Transição e Progresso e o acolhimento do usuário**

Na etapa do fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde denominada por Merhy (1997) de cardápio<sup>22</sup> de ofertas é que estão os diferentes serviços ofertados pelo hospital ao usuário.

No cardápio de ofertas do Hospital Transição, há os atendimentos tanto no âmbito do ambulatório<sup>23</sup> quanto da internação e UTI. A Entrevistada HT3 considera que com a entrada da OS Avante, não houve aumento dos serviços já oferecidos pelo Hospital.

O cardápio de ofertas do Hospital Progresso, conta com os serviços dos seguintes profissionais também no âmbito ambulatorial, internação e UTI: psicólogos, fisioterapeutas, farmacêuticos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, professores de Educação Física, musicoterapeutas, enfermeiros assistentes sociais, nutricionistas e o corpo clínico.

De acordo com o fluxograma elaborado por Merhy (1997), é no cardápio de ofertas que está presente o processo de trabalho dos diversos profissionais do serviço. Portanto, esta é a etapa da intervenção assistencial propriamente dita, na qual é realizado e concretizado:

---

<sup>22</sup> O termo cardápio de ofertas, neste trabalho, será assumido levando em consideração a existência de uma analogia entre as opções de comidas de um dado restaurante e o rol de serviços oferecidos em um hospital, na medida em que ambos serão para a satisfação de uma necessidade do ser humano: alimentar-se e saúde, respectivamente. Entretanto, no hospital o usuário não fará a escolha dos serviços aos quais consumirá, mas será direcionado por um profissional da saúde, conforme suas necessidades.

<sup>23</sup> O ambulatório compreende os serviços do hospital que prescindem da internação como as consultas médicas das diversas especialidades assim como o atendimento de uma nutricionista.

um trabalho que toma centralmente um conjunto de sabedorias e de práticas com a finalidade de realizar uma intervenção sobre um certo "problema de saúde", conforme os critérios adotados pelo modelo de atenção do serviço, considerando o como um "objeto de ação de saúde" em um dado processo individual ou coletivo, visando alterar a lógica do sofrimento representada como problema de saúde pelo usuário ou o seu percurso no indivíduo ou no coletivo, ou mesmo alterar a sua produção ao nível do conjunto das relações sociais (MERHY, 1997, p.8).

A finalidade do trabalho em saúde, segundo Pires (2008) é a ação terapêutica propriamente dita. A ação terapêutica, compreendida em sua forma mais abrangente pode ser denominada de cuidado em saúde. Para Carvalho (2007, p. 64), o cuidado “diz respeito aos procedimentos técnicos para prevenção (escovar o dente, tomar banho, etc), ou tratamento de determinada doença” envolvendo a “relação entre duas ou mais pessoas que buscam aliviar o sofrimento, ou intervir com intuito de conquistar uma qualidade de vida melhor [...]”. O cuidado é direcionado para indivíduos, coletividades que estejam doentes, expostos aos riscos, para preservação e promoção da saúde. O cuidado em saúde é realizado por profissionais que têm domínio de conhecimentos, de técnicas específicas inerentes a cada área. É neste sentido que Carvalho (2007, p. 64) enfatiza que o cuidado implica em “produção, circulação e acesso aos saberes e práticas no campo da saúde”.

O processo de trabalho envolve além do ser social outros elementos que são o objeto de trabalho e os instrumentos de trabalho, denominados conjuntamente de meios de trabalho, que não serão tão evidenciados nesta exposição devido ao recorte desta pesquisa.

Os instrumentos de trabalho são resultado do trabalho (trabalho acumulado) e, são utilizados para a transformação do objeto de trabalho. O uso dos instrumentos de trabalho resultará em desgaste ao longo do processo de produção. Já o objeto de trabalho é a matéria sobre a qual se realiza o trabalho humano, que será transformada e incorporada no produto final e, não necessariamente é resultado do trabalho. Quando o trabalho é realizado sobre um objeto de trabalho que é resultado do trabalho, ele é denominado de matéria-prima (MARX, 1996).

Porém, quando utilizamos esta lógica, presente na produção material, para analisar o trabalho em saúde é necessário compreender certas diferenças. Mendes (1992) afirma que o trabalho em saúde não pode ser entendido como um trabalho

qualquer ou como um “trabalho em saúde em geral” devido às especificidades presentes nesta forma de trabalho.

Utilizando a analogia do trabalho em saúde com a produção material, poderíamos afirmar que o objeto de trabalho na saúde é o ser social e isto implica, inclusive, na necessidade de utilizar outra denominação diferente de objeto de trabalho. No trabalho em saúde, o usuário é ao mesmo tempo consumidor e sujeito. A participação do usuário neste processo é uma participação ativa, na medida em que este também é um sujeito histórico (PARO, 2006). Portanto, no processo de trabalho em saúde o usuário está para além da condição de um sujeito que recebe a intervenção passivamente, mas é também produtor (co-produtor), sendo que o termo sujeito de mediação seria mais cabível para denominá-lo neste processo.

Deve-se considerar que os usuários são sujeitos, sínteses de múltiplas determinações, que para além das determinações biológicas há também as determinações sociais na constituição do ser social. Breilh (1991), inclusive, afirma que no processo de adoecimento a determinação social é a mais determinante. Deste modo, é fundamental considerar que as necessidades em saúde assim como as formas de atendimento a estas necessidades têm um caráter social. Isto significa dizer que as necessidades em saúde não são dadas naturalmente, somente pelos aspectos genéticos e estruturais, mas estas são produzidas historicamente e culturalmente:

os processos de trabalho em saúde não contêm, como dados invariantes internos a si próprios, nenhum objeto natural e nenhuma necessidade natural. Seus objetos, e as necessidades que satisfarão, serão sempre humanamente naturais, isto é, social e historicamente determinados. Sua própria existência como processos de trabalho individualizados, reiteradamente, realizados por agentes sociais que então se definiram como trabalhadores em saúde dentro de uma divisão social do trabalho, mesmo essa existência não é natural, mas histórica e socialmente determinada (MENDES, 1992, p.29)

Assim, ao analisar as formas de intervenção sobre este sujeito, no processo de trabalho em saúde, é preciso considerar a existência de diferentes concepções sociais sobre o corpo, as diferentes práticas de saúde existentes nas classes sociais, entre outros elementos em que o sujeito é parte deste processo (DONNANGELO, 1969). Neste sentido, os meios, as práticas em saúde para satisfazer às necessidades dos seres humanos também são variáveis entre as culturas e tempos históricos. E até mesmo em uma mesma cultura as próprias práticas de saúde podem mudar ao longo do tempo com o surgimento de novas formas de compreender o processo saúde-doença.

Uma visão dialética da necessidade em saúde obriga a reconhecer o caráter social tanto das necessidades quanto dos processos criados para atendê-las, e exige reafirmar que os carecimentos são criados e recriados na vida em sociedade, podendo, portanto, diferir em razão do grupo, do local e do tempo. Pode ser de uma, de várias ou de todas as pessoas, e pode, inclusive, resultar de manipulação ideológica e política (NUNES *et. al.*, 2006, p.511).

Outra especificidade é o caráter imaterial ou não-material do trabalho em saúde. Diferentemente da produção material que tem como resultado um produto palpável, tangível, que será consumido em um momento posterior ao da produção, o trabalho em saúde tem como resultado um serviço. Este serviço poderá ser consumido simultaneamente à sua produção, mas também poderá ter seu consumo estendido para um momento posterior à produção (MARX, 1996; PARO, 2006; PIRES, 2006).

Tomemos um momento do processo de trabalho em saúde: a consulta/atendimento. A consulta/atendimento é apenas uma atividade que resulta no produto do trabalho em saúde, de modo que, a consulta/atendimento não é o produto do trabalho, mas é o próprio trabalho. Em um atendimento/consulta, por exemplo, há uma simultaneidade dos momentos de produção e consumo, de modo que, ao mesmo tempo em que um serviço é produzido ele também é consumido. Considerando que o trabalho em saúde é realizado sobre o usuário, sujeito da mediação, transformando-o e, que esta modificação não é material, mas está relacionada às alterações das condições de saúde, de sua personalidade, das atitudes e valores com relação à saúde, entre outros aspectos. Neste sentido, é possível afirmar que após sair deste processo de trabalho em saúde, o usuário é outro, está transformado. Assim, o consumo do trabalho em saúde também se estende para além do ato da produção (PARO, 2006).

Paro (2006) considera que na produção material há uma subordinação real e formal do trabalho ao capital. A subordinação real se dá na medida em que o processo de trabalho está subordinado aos interesses capitalistas e a subordinação formal que envolve a compra e venda da força de trabalho faz com que o comando do trabalho esteja nas mãos do capitalista resultando na divisão entre trabalho intelectual (capital) e manual (trabalhador). Neste sentido, há uma apropriação do saber e, mais especificamente, do saber fazer pelo capital. Isto faz com que o trabalhador além de subordinar-se formalmente ao capital também esteja realmente subordinado ao capital, na medida em que é o próprio capital que passa a estabelecer seus ritmos e atos.

Entretanto, no que diz respeito ao trabalho imaterial, Paro (2006) defende que pela sua especificidade há a impossibilidade de sua subordinação real ao capital e, que isto só poderia ocorrer caso houvesse uma descaracterização da relação social presente no trabalho em saúde.

Da mesma forma que no âmbito da produção material, há no trabalho em saúde um saber fazer. Este saber fazer está incorporado nas técnicas e métodos que cada trabalhador da saúde utiliza para promover o cuidado. Conforme Paro (2006, p.34), o saber fazer do trabalho imaterial, da mesma forma que no trabalho da produção material pode ser dividido e apropriado pelo capital, “embora talvez não de modo inteiramente radical”.

Porém, Paro (2006, p.35) evidencia que há no trabalho imaterial outro tipo de saber que não pode ser separado do momento da produção: o saber historicamente produzido e que é objeto de apropriação pelo sujeito da mediação.

Nesta direção, ao se pensar o trabalho em saúde enquanto uma relação social, em que o usuário pode se apropriar de conjunto de saberes historicamente produzidos sobre a saúde, torna-se impraticável a expropriação tanto do trabalhador quanto do usuário deste saber, uma vez que eles foram apropriados por estes sujeitos. Para Paro (2006) é este tipo de saber que é passado que “opõe resistência à generalização do modo de produzir especificamente capitalista” no trabalho em saúde, visto que este tipo de saber dificulta a parcelarização do trabalhador, a apropriação do saber do trabalhador e, conseqüentemente a subordinação real do trabalho ao capital.

Nas instituições privadas de saúde, o trabalhador é um trabalhador produtivo, visto que o seu trabalho gera lucro, para os detentores do hospital, clínica, entre outros. Deste modo, nas instituições privadas, a consulta/atendimento é uma mercadoria a ser paga pela clientela, enquanto que nos serviços públicos, apesar de ser paga através dos impostos, a consulta/atendimento não pode ser considerada uma mercadoria. Já nas instituições públicas, o trabalhador da saúde é um empregado do Estado e o salário pago aos trabalhadores pode ser considerado como um investimento do Estado.

Braverman (1980, p.350) chama a atenção para o fato de que “o modo capitalista de produção subordinou a si mesmo todas as formas de trabalho, e todos os processos de trabalho agora passam pelo crivo do capital, deixando atrás seu tributo de excedente”. De modo que apesar do trabalho em saúde ser caracterizado como trabalho improdutivo, este também se relaciona de forma muito próxima com o processo de acumulação do capital, na medida em que permite a reprodução da força de trabalho e

viabiliza o consumo de tecnologias produzidas especificamente para este setor. Além disto, o setor de saúde também permite que haja o desvio de excedente produzido no âmbito do setor produtivo para o setor de serviços e, conseqüentemente sua distribuição entre vários capitais (BRAVERMAN, 1980).

Desta forma, “todos os processos de trabalho são considerados igualmente úteis. As formas de trabalho produtivo e improdutivo estão confundidas [...] o trabalho de ambos os setores torna-se cada vez mais, uma massa indiferenciada” (BRAVERMAN, 1980, p.352).

### **3.2.1 O trabalho no setor público e a implantação do *managerialismo***

Após a exposição sobre o trabalho em saúde em geral é preciso tratar mais especificamente do trabalho no setor público, que guarda diferenças essenciais com relação ao trabalho no setor privado. Segundo Chanlat (2002), a natureza do serviço público não pode ser redutível à natureza da empresa privada, na medida em que os serviços públicos remetem aos embates sociais que visam o bem comum. Isso implica que estes serviços devem ter regras, princípios, meios orientados para garantir a existência da sociedade. Além disto, estes serviços devem ser baseados no reconhecimento, respeito e tolerância nas relações com o outro.

Contudo, as mudanças advindas da reestruturação produtiva necessárias para a sobrevivência do sistema capitalista também têm sido implantadas nos serviços de saúde, provocando mudanças tanto no trabalho quanto para o trabalhador.

Os serviços de saúde, como os demais, sofreram os impactos da crise do capitalismo no final do século e início deste; forçados a se reorganizar para serem competitivos e assegurarem acumulação, adotaram as estratégias próprias da reestruturação produtiva, neste sentido não se diferenciando das demais empresas, a não ser pela especificidade de seu processo de trabalho. Assim, combinaram complexificação tecnológica com redução de força de trabalho, hierarquizada segundo novas formas de articulação entre qualificação-desqualificação e quantidade de trabalhadores, além de incorporarem mecanismos de descentralização, em particular, a terceirização. Essas novas estratégias levaram à quase extinção da prestação individual de serviços segundo o modelo do artesanato — hoje disponível, como o bom produto artesanal, mediante alto custo — que vem sendo substituído pela institucionalização crescente sustentada por relações de compra e venda de força de trabalho (KUENZER, 2004, p.243).

Assim, ocorre um fenômeno no setor público que Chanlat (2002, p.2) denomina como *managerialismo* “o sistema de descrição, explicação e interpretação do mundo a partir das categorias da gestão privada”. Deste modo, em nível linguístico palavras como management, *coach*, colaborador estão no vocabulário tanto de trabalhadores quanto de gestores do setor público. No nível organizacional, há a implantação dos princípios administrativos próprios da empresa privada, tais como: eficiência, produtividade, desempenho, competência, liderança empresarial, qualidade total, entre outros (CHANLAT, 2002).

Até mesmo nos serviços públicos de saúde, que não têm como objetivo o lucro, as estratégias próprias da reestruturação produtiva têm sido implantadas. Assim, observa-se nos hospitais públicos a existência de elementos próprios da organização capitalista, tais como: a administração gerencial, terceirização dos serviços, redução da força de trabalho, entre outros aspectos.

A política de transferência da gestão das instituições públicas de saúde para as OSs numa clara demonstração da desresponsabilização do Estado com relação à garantia dos direitos sociais e com a própria força de trabalho dos serviços públicos tem catalisado a implantação da lógica do setor privado no setor público.

As OSs Avante e Transição, gestoras dos hospitais Hospitais Transição e Progresso, respectivamente, têm uma política de gestão que vai ao encontro da lógica do mercado e, portanto, adotam estratégias próprias da organização capitalista que garantem a lucratividade. No Hospital Progresso, em que este processo está mais desenvolvido, o modelo gerencial desenvolvido é o da qualidade total ou *Total Quality Management* (TQM).

Johnson e Omachonu (1995) sustentam que a TQM é uma estratégia empresarial que tem como um dos objetivos a obtenção de vantagem competitiva sobre a concorrência. Nogueira (2003) aponta que no quesito recursos humanos a lógica da TQM é baseada fundamentalmente na teoria da hierarquia das necessidades humanas de Abraham Maslow.

Vasconcelos (2001) sintetiza que a TQM é um modelo gerencial que foi implantado nas indústrias japonesas desde a década de sessenta sob o discurso de atender às necessidades do cliente, mas que visa de fato à reprodução do capital, na medida em que se enfatiza o aumento da produção de mercadorias com menor custo e, portanto, com maior qualidade no processo de produção. Antunes (2005b) alerta que as

mercadorias produzidas sob a lógica da qualidade total não apresentam a qualidade socialmente necessária:

A necessidade imperiosa de reduzir o tempo de vida útil dos produtos, visando a aumentar a velocidade do ciclo reprodutivo do capital, faz com que a “qualidade total” seja, na maior parte das vezes, o invólucro, a aparência ou o aprimoramento do supérfluo, uma vez que os produtos devem durar cada vez menos para que tenham uma reposição ágil no mercado. A “qualidade total”, por isso, deve se adequar ao sistema de metabolismo sócio-reprodutivo do capital, afetando desse modo tanto a produção de bens e serviços como as instalações, maquinários e a própria força humana de trabalho (ANTUNES, 2005b, p.43).

Antunes (2005b) desvenda que a lógica da qualidade total é aparente e que essencialmente, visa à reprodução do capital. Este autor exemplifica com a obsolescência das mercadorias produzidas sob a égide da qualidade total, ao invés de serem mais duráveis, elas tem uma vida útil cada vez mais curta, necessária para aumentar a velocidade do ciclo reprodutivo do capital. Para que a TQM seja efetivada, é necessária uma reorganização sócio-técnica da produção, o que inclui a criação dos Círculos de Controle de Qualidade (CCQ):

A necessidade de elevação da produtividade dos capitais em nosso país vem ocorrendo, então, fundamentalmente através de reorganização sócio-técnica da produção, da redução do número de trabalhadores, da intensificação da jornada de trabalho dos empregados, do surgimento dos CCQ's (Círculos de Controle de Qualidade) e dos sistemas de produção *just-in-time* e *kanban*, dentre outros elementos. Foi quando o fordismo aqui vigente sofreu os primeiros influxos do toyotismo (ANTUNES, 2008, pp.4-5).

Os CCQ's são constituídos pelos próprios trabalhadores que irão analisar e sugerir ideias para a melhora do processo produtivo nos quais o trabalhador é vinculado com a reprodução do capital. Outro elemento fundamental da TQM é a acreditação. A acreditação é um processo pelo qual uma empresa é submetida a uma avaliação de conformidade às regras, sendo que a forma mais comum da avaliação desta conformidade é através da certificação. Segundo Oliveira (2004, p.1), “a certificação caracteriza-se pela existência de uma terceira parte independente entre o produtor e o consumidor que funciona como avalista do produtor ou prestador de serviços diante do mercado”. A avaliação ocorre conforme normas pré-estabelecidas, como as da série ISO 9000.

Oliveira (2004, p.2) é enfática ao afirmar a íntima relação entre a certificação e o sucesso da empresa no mercado: “qualquer organização, não importa o tamanho ou

setor, para ter sucesso no mercado, precisará, cedo ou tarde, ter um sistema de gestão da qualidade bem planejado e documentado, como a ISO 9000”. Nesta perspectiva, a certificação está relacionada com a sobrevivência e a maior competitividade da empresa no mercado: uma empresa com produtos e serviços certificados gera na sociedade uma maior confiança, portanto, maior possibilidade de que os serviços e produtos da empresa sejam adquiridos além de propiciar maior produtividade e com menor custo.

No Brasil, o movimento de implantação da TQM inicia-se na década de 1970 e, conforme Nogueira (2003, p. 19) “o caminho seguido foi mais ou menos semelhante ao de outros países: início na indústria, extensão à área de serviços e, um pouco mais tarde, especificamente ao setor de saúde”. E, apesar da especificidade do setor de saúde, a implantação da TQM neste setor ocorreu de forma similar à indústria.

No Brasil, a introdução da TQM e, conseqüentemente da acreditação no âmbito do SUS ocorre no ano de 1992 e, é sintetizado na NOB/SUS-1993. Schiesari e Kisil (2003, p.12) afirmam que entre os anos de 1991 e 1992, o Banco Mundial apoiou pesquisas que demonstraram a “necessidade de introduzir no país um sistema independente de acreditação de hospitais”. Deste modo, no ano de 1992, iniciou-se um movimento para a organização da acreditação no Brasil. Schiesari e Kisil (2003) apontam que em 1994, é lançado pelo MS o Programa de Qualidade com o objetivo de promover a cultura da qualidade nas instituições hospitalares.

Observa-se que o fenômeno da acreditação hospitalar, da gestão pela TQM nos hospitais brasileiros, não ocorre por acaso. Ao contrário, esta é uma política do BM, que no Brasil se consubstancia com a Reforma Administrativa do Estado Brasileiro:

À preocupação com o emprego do Gerenciamento da Qualidade na Administração Pública constava das propostas de Reforma do Estado Brasileiro. Os programas propostos vincularam-se, de alguma forma, ao Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE). Qualidade da prestação de serviços, avaliação de serviços, responsabilidade social, monitoramento de indicadores de resultados adversos ligados à comunidade e controle social [...] (SCHIESARI E KISIL, 2003, p.13).

Portanto, é necessário entender que a introdução da TQM na gestão das instituições públicas faz parte de uma política mais ampla e, que atinge diversos setores. No Hospital Progresso, a gestão pela TQM é desenvolvida através do Sistema de Controle da Qualidade (SCQ):

Esse sistema de controle da qualidade visa melhorar a qualidade de atendimento do paciente [...] Tem os protocolos de atendimento, tem as fichas para que nós possamos seguir uma rotina e de busca de materiais que o paciente vai necessitar ou a forma de atendimento, ou os materiais que vai precisar naquele procedimento para que não possa gerar muito gastos na unidade[...] E ele é certificado pela ISO 9001. Esse ano parece que já teve uma premiação. Todo ano tem dois tipos de avaliação dessa unidade: avaliação interna e externa que seria a auditoria no caso. E são pouquíssimas falhas que eles encontram. Se nós seguirmos esse sistema de gestão de qualidade à risca mesmo que não seja algo que tem que ser obrigatório, mas algo que é orientado e é discutido dentro da empresa, nós temos livre acesso a esses documentos. Se nós seguirmos a risca isso como uma forma tranquila e espontânea, o hospital consegue em todos os seus setores um bom andamento dos seus procedimentos, né? (ENTREVISTADO HP5).

Pelo discurso do Entrevistado HP5, é possível apreender que o sistema de controle de qualidade do Hospital Progresso já é bem desenvolvido e utiliza-se inclusive da acreditação realizada a partir de auditorias internas e externas com certificação ISO 9001. Assim como o Entrevistado HP5 os demais entrevistados apóiam a existência do sistema de controle de qualidade na instituição: “o sistema de gestão da qualidade é um facilitador para o profissional trabalhar, porque é muito bom trabalhar quando você sabe o que a pessoa espera de você, o que a instituição espera de você” (ENTREVISTADA HP4).

Por isso, cada novo trabalhador que adentra a instituição, logo em seus primeiros dias, recebe um treinamento do setor de Recursos Humanos do Hospital Progresso para trabalhar de acordo com o SCQ: protocolos, procedimentos operacionais padrão, rotinas. A Entrevistada HP4 afirma que “assim que ele é selecionado, recebe um treinamento do SCQ. Todos os nossos processos aqui, são padronizados é o que a gente chama de Procedimento Operacional Padrão (POP)”. Deste modo, no Hospital Progresso os procedimentos são padronizados, conforme as orientações da TQM.

### **3.2.2 O encontro do trabalhador com o usuário e a construção de vínculos: o acolhimento**

Merhy (1997) considera que no momento em que o usuário e o trabalhador da saúde se encontram, tanto individualmente como coletivamente, há a construção de um espaço intercessor “no qual o trabalhador vem instituindo necessidades e modos capturados (e em processo de “captura”) de agir, e o usuário também. Neste momento,

temos um encontro e uma negociação, em ato, dos encontros de necessidades”. No Hospital Progresso, o Entrevistado HP9 em seu discurso demonstra que nem sempre esta negociação é fácil e demonstra a divergência entre as necessidades que o usuário apresenta e aquilo que lhe pode ser oferecido: “a gente dá uma atenção maior a um determinado fator, mas se a queixa principal é outra, vamos trabalhar as duas coisas paralelamente, pois, o que é mais importante para o paciente não é o mais importante para a gente”.

Em um primeiro encontro realiza-se o acolhimento, que é a etapa inicial do encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário e, que inclusive constitui-se em uma diretriz do SUS.

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir. O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2006, p.6).

O acolhimento não se restringe apenas ao momento da recepção do usuário no serviço, mas está presente em todo encontro, em cada intervenção, resultando em vínculos entre o usuário e o profissional: “A gente acaba se apegando, teve a festa junina do Hospital Progresso, [...] construíram uma academia para os funcionários e os pacientes também malham na academia. Então, a gente tem essa integração paciente” (ENTREVISTADO HP6).

É no momento do encontro inicial e, portanto, de acolhimento que o trabalhador juntamente com o usuário deve iniciar, mesmo que primariamente, o planejamento do atendimento, determinando os objetivos a serem alcançados, as terapias, os instrumentos que serão utilizados ao longo do tratamento, etc. Neste encontro entre o produtor e o consumidor que há a exposição dos desejos e intencionalidades de cada um. Segundo Merhy (1997, p.15), este encontro resulta em um jogo “no próprio ato de produção, que os põem em confronto, nem sempre conflituoso, a partir de distintos formatos de necessidades tanto como carência quanto como potência e, também, de distintas formas de satisfazê-las”. No Hospital Transição, a Entrevistada HT8 destaca que no encontro inicial no serviço social deve existir uma “escuta humanizada”:

Então, dentro do Serviço Social, uma das questões principais, que tem que ser levada em conta, é justamente, eu diria que uma escuta humanizada. Então, a pessoa chega para mim, às vezes, ele sai lá do médico com uma

reclamação, ele chega dizendo que está precisando conseguir um remédio, só que à medida que você vai escutando o que ele tá falando, não é bem isso que ele está precisando. Ele não tem condições ou ele não sabe que tem até direito a um benefício, só que à medida que eu vou ouvindo eu vou descobrindo, vou interrogando e aí começo o meu trabalho, é a partir daí. Então, nesse ponto, aí eu acho que existe uma questão de postura profissional e opção profissional, né? (ENTREVISTADA HT8).

A Entrevistada HT8 denomina de escuta humanizada, o que no âmbito do SUS é denominado de escuta qualificada e faz parte da humanização do atendimento. A escuta qualificada caracteriza o momento da acolhida em que o profissional recebe o usuário e, escuta suas necessidades em saúde, identifica os riscos aos quais está submetido e a sua situação de vulnerabilidade, para que se proponha a realizar uma intervenção ou encaminhar para onde for necessário. Deste modo, a escuta qualificada deve estar presente no encontro de cada trabalhador com o usuário e, em todos os serviços oferecidos pelo hospital.

Entre os entrevistados do Hospital Progresso, foi possível perceber que o usuário e seus familiares participam em um momento inicial da determinação do projeto terapêutico<sup>24</sup>. Esta participação ocorre na medida em que este projeto será traçado a partir do que o usuário e seus familiares elencarem como sendo o objetivo funcional a ser alcançado. No âmbito da saúde, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi criada a terminologia objetivo funcional<sup>25</sup>.

Segundo Nicolini (2011), o objetivo funcional corresponde à atividade ou função que o sujeito deseja atingir, sendo que neste âmbito há a interferência tanto da incapacidade, quanto da condição de saúde, dos fatores ambientais e pessoais que podem constituir-se em barreiras ou facilitadores para que o sujeito consiga atingir tal objetivo. O objetivo funcional inclui também a participação social, funções e estruturas corporais. Deste modo, o objetivo funcional pode ser, por exemplo: assumir posição ereta durante a deambulação, ou ainda, realizar a transferência da cadeira de rodas, andar em decúbito no leito, ficar em pé, entre outros.

---

<sup>24</sup> Conforme Franco *et. al* (2007), o projeto terapêutico refere-se ao conjunto de atos assistenciais pensados para resolver um problema de saúde.

<sup>25</sup> Como curiosidade, há também no âmbito da administração de empresas, mais especificamente no planejamento estratégico a presença do termo objetivo funcional. Nesta perspectiva, o objetivo funcional corresponde aos objetivos intermediários em uma área funcional de uma organização (OLIVEIRA, 2009).

A gente trabalha hoje em cima de objetivos funcionais, e esses objetivos funcionais, são através da solicitação do nosso cliente, então a gente aborda o paciente, de forma: quais objetivos você quer cumprir a curto, a médio e à longo prazo? Então a gente questiona o paciente, qual que o seu objetivo funcional? As decisões, elas são tomadas, alcançadas através de um objetivo funcional onde a necessidade é do paciente, não a necessidade do terapeuta (ENTREVISTADA HP2).

Nesta perspectiva, o Entrevistado HP7 identifica que o usuário tem certo grau de participação na elaboração dos atendimentos. A partir do discurso dos entrevistados é possível afirmar que nas clínicas as necessidades dos usuários são levadas em consideração pelos trabalhadores no momento da elaboração do projeto terapêutico.

O diálogo inicial com o usuário e familiares para determinar o objetivo funcional é também um momento de negociação com a instituição, com aquilo que esta pode e quer oferecer: “A família e ele [usuário] propõem, deliberam o que ele pretende dentro da instituição. A instituição acata isso e também faz a sua proposta de objetivo funcional diante da cientificidade” (ENTREVISTADO HP1).

A Entrevistada HP10 afirma que os trabalhadores da instituição tentam, apesar desta negociação inicial, atender às demais queixas que o usuário traz. Entretanto, uma questão que deve ser considerada é que ao estabelecer juntamente com o usuário os objetivos a curto, médio e longo prazo, há um enfoque naqueles de curto e médio prazo.

Na UTI, a postura de escuta do usuário e dos familiares para orientação do cuidado em saúde, é bastante diferente. Nas falas dos entrevistados, observa-se que usuário que está na UTI, mesmo quando consciente, tem um papel passivo, é aquele que deve acatar as decisões dos profissionais: “alguns pacientes em pós-operatório que vão para a UTI vão literalmente conscientes [...], a função dele é essa: acatar tudo que a gente pede” (ENTREVISTADO HP6).

No Hospital Transição, o usuário ocupa um papel passivo no que diz respeito ao tratamento que será realizado na instituição. Nenhum dos entrevistados informou a participação dos usuários no momento da elaboração dos objetivos, isto significa que não existe a escuta das necessidades das pessoas que procuram a instituição. A Entrevistada HT10 exemplifica os pedidos dos usuários que são feitos e atendidos pelos trabalhadores: “se ele tem algum desejo: sentar, virar para o lado, eu vejo se ele tem condição e a gente tenta [...] eu já tive oportunidade, no fim de semana, o familiar pedir e, eles adoram falar as coisas quando a família está junto: mudar de posição, sentar”.

De modo geral, tanto no Hospital Progresso quanto no Hospital Transição, observa-se que no planejamento a consideração das necessidades expressas pelos

usuários tem pouca ou nenhuma interferência. Assim, embora estas necessidades sejam “escutadas”, nem sempre elas são atendidas.

### **3.3 A política da produtividade e as relações com o trabalho nos Hospitais Transição e Progresso**

As OS Avante e Moderna empregam para a gestão dos hospitais públicos a lógica da produtividade. Para viabilizar esta lógica, o hospital como um todo desde entrada do usuário, o tempo de atendimento de cada usuário, a organização dos serviços devem ser pautadas na rotatividade dos usuários no serviço.

No momento em que as OSs celebram o contrato de gestão com o Estado já está definido o montante que será recebido durante o ano e o valor referente ao repasse mensal. No contrato de gestão, estabelece-se também um plano anual de metas que compreende um quantitativo de procedimentos para cada setor do hospital a ser cumprido durante o ano. Caso a instituição não realize o quantitativo de procedimentos estabelecido, no mês seguinte, há uma dedução de 20% do repasse mensal (GOIÁS,2011; GOIÁS, 2012).

Portanto, a unidade hospitalar deve apresentar uma produtividade (quantidade de atendimentos) que atenda ao contrato de gestão. Assim, é justamente este elemento do contrato de gestão que catalisa a lógica da rotatividade nos hospitais de gestão terceirizada. Deste modo, as categorias produtividade e rotatividade são fundamentais para o entendimento dos impactos no processo de trabalho e para o próprio trabalhador em hospitais de gestão terceirizada.

Nesta perspectiva, passaremos a demonstrar as relações processo de trabalho nos Hospitais Transição e Progresso com a lógica da produtividade e, conseqüentemente da produtividade e as conseqüências desta política para o trabalhador.

A Entrevistada HT4 afirma que no Hospital Transição, os trabalhadores que lidam diretamente com o usuário são distribuídos em duas clínicas: a clínica médica e a cirúrgica<sup>26</sup>, nos serviços de hemodiálise e esterilização, UTI e centro cirúrgico, setor de apoio ao diagnóstico e os serviços ambulatoriais. Conforme a Entrevistada HT3, em

---

<sup>26</sup> A clínica médica é o setor do hospital reservado aos usuários que estão em internação, por longos períodos, mas não passaram e, não passarão por um procedimento cirúrgico. Em geral, são usuários que apresentam um quadro crônico de uma determinada condição patológica. Já a clínica cirúrgica é o setor reservado para o atendimento dos usuários que irão ou já realizaram algum tipo de procedimento cirúrgico, trata-se de usuários que apresentam sua condição de saúde mais fragilizada e em estado agudo.

cada um destes setores há subdivisões. Por exemplo, a clínica cirúrgica é dividida em: uma área para o recebimento de usuários que têm casos relacionados à urologia e à ortopedia, uma segunda área para os casos de cirurgia vascular e plástica e, uma terceira para outros casos (geral).

No Hospital Transição, uma das consequências da política da rotatividade no Hospital Transição foi a reordenação dos serviços do hospital priorizando-se a clínica cirúrgica em detrimento da clínica médica. A Entrevistada HT8 confirma esta tendência afirmando que a OS Avante prioriza “as internações cirúrgicas, porque as cirurgias são mais rápidas [...] Um paciente de longa permanência acaba ficando dispendioso, porque o SUS paga um valor mais alto na primeira semana e vai diminuindo”. Contudo, a lógica da rotatividade que a OS Avante implantou não está relacionada com o pagamento decrescente, como é realizado nos hospitais conveniados, como já foi explicitado anteriormente. Deste modo, as OS Avante acaba evitando os usuários que poderão ficar por longos períodos internados: “eles rejeitam e priorizando, às vezes, internando pacientes da ala cirúrgica até na ala da clínica médica para fazer mais cirurgias, para faturar mais”.

Quanto à organização dos horários de atendimento no Hospital Transição, a Entrevistada HT6 afirma que o número máximo de atendimentos previstos para um dia limita-se a dez, entretanto, em geral são atendidos oito usuários:

Lá você tem que atender enquanto tiver paciente. A minha agenda já vem lá do computador, então já é marcada lá, tem um número  $x$  de pacientes, é por volta de 8 pacientes que a gente atende, às vezes, tem mais, mas a gente só pode atender no máximo 10. Com cada paciente, gira em torno de 30 minutos o atendimento. [...] o paciente é marcado ali na nossa agenda e o intervalo dos atendimentos é pouco, então é um atrás do outro, então você não tem muito tempo, é mais ou menos assim que funciona (ENTREVISTADA HT6).

Há uma organização dos horários de atendimento conforme a jornada de trabalho dos profissionais, com pequenos intervalos entre os atendimentos. Esta organização é previamente pensada pelos gestores da instituição. Contudo, observa-se que a Entrevistada HT6 não percebe que este quantitativo foi previamente idealizado pelos gestores, o que implica na imposição de um determinado ritmo de trabalho. Para esta entrevistada, trata-se de algo que surge do computador, como se a organização do trabalho na instituição não fosse resultado do trabalho. A Entrevistada HT6 afirma que, atualmente, há uma margem de dois períodos, cerca de uma hora, que podem ser

distribuídos nos oito horários ou naqueles que for necessário. Contudo, a qualquer momento estes horários podem ser preenchidos dependendo da demanda.

Para a Entrevistada HT6, os gestores ao realizarem a organização do trabalho estão preocupados com o quantitativo de usuários a serem atendidos na instituição: “eles querem números, quanto mais atendimento melhor e eles querem fluxo de pessoas. [...] Então eles determinam que a agenda esteja cheia, e que não se demore muito com o paciente”. As estratégias utilizadas pelos gestores para potencializar a produtividade no Hospital Transição além da reorganização dos serviços para aumentar a rotatividade são: o aumento do quantitativo de atendimentos por cada trabalhador e a orientação para que o trabalhador não dispense muito tempo com o usuário, ou seja, uma redução do tempo de atendimento.

Deste modo, a OS Avante tem promovido a política da “agenda cheia” para que uma maior quantidade de usuários sejam atendidos na instituição. A Entrevistada HT6 afirma que os gestores determinam que a agenda dos trabalhadores esteja sempre cheia e que estes “não percam tempo com o usuário”, ou seja, o trabalhador não deve realizar atendimentos muito longos com o usuário, visto que um atendimento mais extenso inviabiliza o atendimento de uma maior quantidade de usuários. Contudo, um atendimento mais longo faz-se necessário para atender às demandas do usuário que para além de uma intervenção técnica necessita de escuta e acolhimento.

A Entrevistada HT8 corrobora com a afirmação da Entrevistada HT6 com relação à preocupação da OS Avante com o fluxo de pessoas. A Entrevistada HT8 evidencia que a cobrança por uma agenda cheia iniciou-se apenas após a entrada da OS Avante:

Antes não havia tanta cobrança para falar a verdade, não tinha essa cobrança de sempre ter a agenda cheia. Porque a agenda cheia não é culpa do profissional, porque não é a gente que marca, então não havia isso não antes. Depois da OS essa cobrança ficou maior porque se sua agenda estiver vazia, se você estiver ocioso, você será colocado à disposição, eles vão dizer que a seção não precisa desse profissional, você vai ser colocado em outro lugar. Então, é assim que funciona. Eles querem fluxo de pessoas e agenda cheia (ENTREVISTADA HT8).

A Entrevistada HT8 aponta que a agenda vazia de um trabalhador é entendida pelos gestores como sendo um sinal de que aquele trabalhador pode ser dispensado, no caso dos estatutários, colocados à disposição. Nesta perspectiva, para os gestores só compensa manter o trabalhador caso este colabore com a rotatividade de usuários, ou

seja, com a produtividade do hospital. Observa-se que a política viabilizada pela Os Avante não tem a centralidade no atendimento às necessidades de saúde dos usuários e, sim na produtividade.

No que diz respeito à equipe técnica, o Entrevistado HT1 afirma que a organização da rotina, dos horários de trabalho, escala da equipe de enfermagem e repouso cabe à enfermeira supervisora. Já o quantitativo de pessoas a serem atendidas em cada setor é definido pela gerência. Em cada plantão, fica a cargo da supervisora dividir o quantitativo de usuários por trabalhador. Com relação ao tempo de atendimento, a Entrevistada HT3 afirma que o seu tempo de atendimento varia de acordo com a necessidade do usuário: “tem paciente que você gasta sete minutos para cuidar dele, pra trocar a cama dele, pra fazer um procedimento e tem outros que você leva até uma hora se for preciso [...] Vê cada caso”. A fala da Entrevistada HT3 corrobora com o entendimento de que o cuidado em saúde não envolve apenas um conjunto de procedimentos técnicos, mas envolve a afetividade, a escuta, ou seja, o cuidado em saúde apresenta também um caráter subjetivo e intersubjetivo que a ideologia gerencialista não considera ao impor atendimentos rápidos como aparece no discurso da Entrevistada HT6 (CHIAVEGATO FILHO e NAVARRO, 2012).

No Hospital Progresso, a lógica da produtividade também se manifesta na organização do trabalho. Os entrevistados afirmam que a organização do trabalho (escalas, rotinas, etc) é realizada pelos gestores e gerentes: “Seria mesmo os gestores responsáveis por cada setor. Eles têm a rotina já pré- estabelecida [...] Mas são gestores mesmo, com profissionais e supervisores. A rotina é a gerencia que elabora” (ENTREVISTADO HP5).

Os trabalhadores do Hospital Progresso são distribuídos nos diversos serviços por patologia. A centralidade no momento da distribuição dos trabalhadores nos diversos setores não está no tipo de cuidado que será desenvolvido, mas na patologia. Deste modo, o Entrevistado HP1 afirma que os profissionais da equipe “multiprofissional são divididos em várias clínicas: clínica de paralisia cerebral, clínica de lesão cefálica adquirida”, por exemplo.

O Entrevistado HP2 afirma que a agenda dos trabalhadores é informatizada e, controlada pelo serviço de recepção, que ao tomar conhecimento de horários vagos, já realiza os procedimentos necessários para que um novo usuário seja encaixado no horário vago. O Entrevistado HP1 ressalta que o trabalhador também deve se preocupar com a busca de um usuário para ocupar o horário que ficou vago. A preocupação com

os horários vagos na agenda trata-se de uma exigência da OS Moderna para que o trabalhador não fique ocioso durante a sua jornada de trabalho, ou seja, a necessidade da instituição apresentar elevados índices de produtividade:

Existe um controle principalmente relacionado à questão da ociosidade ou não da agenda [...] A agenda tem que estar sempre preenchida, a gente tem que evitar ociosidade. [...] basicamente a preocupação da instituição e que a gente atenda e não fique ocioso em relação à agenda [...]. (ENTREVISTADO HP2).

No atendimento ambulatorial, a Entrevistada HP4 afirma que o tempo de atendimento de cada trabalhador já é pré-determinado pela instituição, tanto os realizados individualmente quanto em grupo. Assim, independente do usuário e de suas necessidades, o trabalhador deve realizar o seu atendimento no tempo preconizado:

Na fisioterapia, o atendimento é de 45 minutos, na neuropsicologia o atendimento é de 50 minutos, em todos os grupos o atendimento interdisciplinar é de uma hora, e na terapia ocupacional, musicoterapia, fonoaudiologia e psicologia de 30 minutos, na educação física também como é grupo é de 50 minutos, uma hora (ENTREVISTADA HP4).

Nesta perspectiva, a quantidade mínima de usuários atendidos por cada trabalhador está previamente definida pelos gestores, se considerarmos que o trabalhador ao longo de sua jornada de trabalho realiza apenas atendimentos individuais. Na UTI, a organização do trabalho é diferenciada. O número de usuários que será atendido por cada trabalhador é determinado também pela supervisão a partir da divisão do quantitativo de usuários, no momento, pelo número de trabalhadores. Nenhum dos entrevistados mencionou a existência de um tempo pré-determinado para o atendimento.

É importante notar que no Hospital Progresso, diferentemente, do Hospital Transição não existe uma auto-organização dos trabalhadores para definir como um setor se organizará e a equipe gestora não deixa espaço para tal tentativa, visto que a forma de organização idealizada pelos trabalhadores pode não coincidir com aquela que a OS Moderna tem para atingir seus objetivos.

Assim, o trabalhador é excluído do momento em que se define a organização do trabalho na instituição como um todo e no seu próprio setor de trabalho. Cabe a cada trabalhador executar o que lhe foi ordenado. Entretanto, como a lógica da gestão pela TQM é de inclusão do trabalhador, para que este se sinta parte das decisões, os

trabalhadores são convidados a participarem de reuniões com os supervisores para dar sugestões, mas não têm o poder de decisão.

No discurso dos entrevistados do hospital Progresso, fica evidente que eles são orientados pela gestão a considerar durante a elaboração do plano terapêutico a “questão temporal, só isso. Até mesmo, pela questão da fila de espera, então a preocupação maior é: cumprir objetivos com relação ao tempo! Esse é um porém” (ENTREVISTADO HP2). A preocupação com o tempo despendido com o usuário se reflete em protocolos que indicam um tempo de permanência para que se atinja um determinado objetivo funcional, determinando o tempo de permanência do usuário na instituição:

O outro é um protocolo de permanência temporal, então a gente tem algum tempo para cumprir esse objetivo. Alocado esse tempo, ele pode sim ter um período de somatória, para que alcance os objetivos. Caso não alcance, esse paciente recebe alta e é encaminhado para outro serviço pensando em manutenção, tá? (ENTREVISTADO HP2).

O atendimento às necessidades de saúde dos usuários, muitas vezes, demanda um longo período de tempo, como os casos crônicos. Além disto, é preciso considerar que o tempo para o reestabelecimento varia de um sujeito para outro. Ao se determinar um tempo para o atendimento dos objetivos muitas vezes é necessário liberar o usuário sem que estes objetivos tenham sido alcançados. Nestas situações, o trabalhador é pressionado para que o usuário por ele atendido alcance os objetivos dentro do prazo pré-estabelecido. A estipulação de um prazo para o alcance dos objetivos trata-se de uma estratégia adotada pelos gestores para que haja uma maior rotatividade de usuários na instituição. O Entrevistado HP2 demonstra uma preocupação social ao tratar como necessária a instituição da limitação temporal dos atendimentos devido à fila de espera.

Contraditoriamente, no Hospital Progresso existe uma preocupação com a permanência dos usuários da clínica de neuromuscular:

Na clínica de neuromuscular, por exemplo, a gente não dá alta, é um paciente que precisa de uma manutenção constante, então não tem protocolo de alta, nas outras tem e você exerce seu trabalho de acordo com os objetivos terapêuticos que inclusive foram marcados na avaliação global né? E depois conseguiu esse tudo bem, ele pode até voltar, mas ele vai obedecer uma fila de espera, critério de fila de espera, agora o paciente neuromuscular ele fica com a gente (ENTREVISTADA HP7).

Talvez, isto ocorra porque os sujeitos que têm doenças neuromusculares, caso não tenham uma manutenção, apresentarão regressões do seu quadro e até mesmo o

agravamento. São pessoas que necessitam de uma intervenção, realizada de forma constante e periódica, para manterem a sua condição atual de saúde.

No Hospital Progresso, ainda para potencializar a rotatividade, caso o usuário tenha mais de um objetivo a ser alcançado e, aquele que foi estabelecido na avaliação inicial já tenha sido alcançado, o usuário deve dar uma nova entrada no hospital após alta terapêutica. Esta política de uma nova entrada do usuário no hospital para que outro objetivo terapêutico seja trabalhado está intimamente relacionada com a preocupação que a instituição tem em apresentar elevados índices de atendimento à sociedade. A cada nova entrada do usuário no serviço, contabiliza-se como outro usuário que está tendo acesso aos procedimentos da instituição.

Para propiciar uma maior rotatividade de usuários no serviço, os objetivos funcionais que serão alcançados à longo prazo, em geral, são trabalhados nas intervenções em grupo e, não mais no atendimento individual. Assim, ao invés de aumentar o quantitativo dos trabalhadores para elevar a produtividade, a gestão da OS Avante incentiva a realização dos atendimentos em grupo.

O agrupamento dos usuários cabe aos trabalhadores, na medida em que estes diagnosticam necessidades semelhantes. O Entrevistado HP1 afirma que ao identificar um usuário que é mais independente que outro e, visualizar a possibilidade de atendê-los juntos, ele comunicará à recepcionista: “E quando eu pretendo atender dois no horário eu já falo para ela [a recepcionista]: olha posso atender dois nesse horário, porque o paciente é mais independente. Eu posso atender!”.

Considerando que um atendimento também é de estabelecimento de vínculos, é necessário que o trabalhador esteja atento e dialogue com o usuário em cada encontro, observando os seus progressos e necessidades. Deste modo, cabe indagar: qual o sentido de um trabalhador desdobrar-se para atender a duas pessoas em um mesmo momento, com um tempo limitado de atendimento, situação que o impede atentar-se às necessidades de cada usuário, de acompanhá-lo na sequência de exercícios prejudicando a qualidade de seu atendimento e, ainda tornando o seu trabalho mais intenso?

### **3.4 A intensificação do trabalho nos Hospitais Progresso e Transição**

Marx (1996) considera que todo trabalho é realizado sob certa intensidade, há em qualquer trabalho dispêndio de energias. Segundo Dal Rosso (2008, p. 68), o fenômeno da intensificação do trabalho “teria começado ao final de 1980, estendendo-se aos dias de hoje e devendo continuar por um prazo indeterminado”, portanto, trata-se de um fenômeno próprio do regime de *acumulação flexível*. Dal Rosso (2008) afirma que a intensificação relaciona-se com a maneira como se trabalha:

[...] a intensidade é, portanto, mais que esforço físico, pois envolve todas as capacidades do trabalhador, sejam as de seu corpo, a acuidade de sua mente, a afetividade despendida ou os saberes adquiridos através do tempo ou transmitidos pelo processo de socialização. [...] são levadas em conta na análise da intensificação do trabalho as relações de cooperação com o coletivo dos trabalhadores- a transmissão dos conhecimentos entre si que permite um aprendizado mútuo-e as relações familiares, grupais e societais que acompanham o trabalhador em seu dia-a-dia e que se refletem dentro dos locais de trabalho, quer como problemas quer como potencialidades (DAL ROSSO, 2008, p.68).

Deste modo, a intensificação do trabalho<sup>27</sup> com um maior gasto de energia do trabalhador pode ser verificada pelos resultados do trabalho quantitativa ou qualitativamente. A intensificação do trabalho ocorre não só em trabalhos do tipo material, mas também naqueles imateriais como é o caso do setor de serviços. Conforme Dal Rosso (2008, p. 69), nas situações em que o trabalho intensificado demanda maior esforço físico, os resultados “aparecem em medidas [...] Quando o trabalho não é físico, mas de tipo intelectual ou emocional, os resultados podem ser encontrados na melhoria da qualidade e na quantidade de serviços”.

A imposição da lógica da rotatividade tanto no Hospital Transição quanto no Hospital Progresso implica no aumento do número de atendimentos e, conseqüentemente na intensificação do trabalho. Neste sentido, é possível afirmar que a organização do trabalho tanto do Hospital Transição quanto do Hospital Progresso produz a intensificação do trabalho.

O Entrevistado HT1 afirma que “nos últimos tempos de nosso trabalho triplicou” do mesmo modo, a Entrevistada HT5 afirma que com a entrada da OS Avante: “em cada unidade aumentou a quantidade de atendimentos, tivemos que subdividir, mas

---

<sup>27</sup> Dal Rosso (2008) distingue os conceitos de intensificação do trabalho e de produtividade. Para Dal Rosso (2008) a produtividade está relacionada com a inserção de tecnologias no processo produtivo. Assim, o aumento de produtividade se dá na medida em que se introduz determinadas tecnologias, potencializando o processo produtivo, enquanto que a intensificação relaciona-se com o maior gasto de energias (física, mental, emocional) por parte do trabalhador.

continua a mesma quantidade de profissionais. Então, realmente aumentou a quantidade de trabalho”. A intensificação do trabalho para algumas categorias profissionais do Hospital Transição se dá com o aumento do quantitativo de usuários a serem atendidos, como foi relatado pelos Entrevistados HT1 e HT5.

Entretanto, como ficou explícito na fala Entrevistada HT6, nem todos os entrevistados estão atendendo um quantitativo de usuários acima do que era realizado anteriormente e dos limites estabelecidos. Porém, isto não significa que inexista uma intensificação do trabalho para todos, visto que a intensificação não está relacionada apenas à quantidade de atendimentos realizados, mas também pelo aumento de outras atividades relacionadas ao processo de trabalho como reuniões, preenchimento de formulários, o nível de exigência/cobrança pelos gestores, o envolvimento emocional, o aumento das exigências cognitivas.

Com a entrada da OS Avante, a Entrevistada HT9 identifica o acréscimo de formulários a serem preenchidos que, anteriormente, não eram preenchidos em decorrência do excesso de trabalho, tornando o trabalho ainda mais intenso:

agora a gente tem que preencher uma ficha de avaliação dos pacientes subjetiva. A gente vai fazer essa avaliação, só que pela quantidade de nutricionista e a quantidade de paciente a gente não preenchia nenhum documento formal pela falta de tempo mesmo, mas agora a gente tem que preencher e anexar no prontuário do paciente (ENTREVISTADA HT9).

Deste modo, os trabalhadores do Hospital Transição deixavam de realizar o preenchimento de certos documentos, de registrar certas informações como uma forma de potencializar o tempo para o atendimento ao usuário. Entretanto, sob a gestão da OS Avante, o trabalhador além de trabalhar na lógica da produtividade, também tem suas atribuições ampliadas.

A intensificação do trabalho no Hospital Transição também ocorre com a extensão da jornada de trabalho. A Entrevistada HT10 afirma que muitas vezes o trabalhador fica após o horário para realizar a evolução no prontuário dos usuários:

A hora que eu paro de atender, eu sempre vou evoluir, aí muitas vezes é depois do horário, é a hora depois do meu horário. Aí eu vou evoluir os pacientes, é nessa hora, eu não vou atender e evoluo, eu deixo para o final (ENTREVISTADA HT10).

A Entrevistada HT4 revela que a escala mensal dos trabalhadores é realizada pela chefia e a rotina diária é estabelecida pela supervisora. Apesar da chefia elaborar a escala, cabe à supervisão no dia-a-dia combater a ociosidade, os pequenos intervalos que possam surgir durante o período de trabalho, que não colaboram com os índices de produtividade da instituição:

sobre a escala, folga, rotina essas coisas é definida pela chefe do setor é pré-definida e a rotina diária também A chefe do setor te escala por mês, em uma sala, mas a rotina diária é definida pela supervisão. Lá nós temos uma chefe e duas supervisoras de manhã e duas à tarde, se ela [supervisora] vê que na sua escala vai ter uma folguinha ou que você vai folgar que seja 20 minutos que é o tempo de você dar uma respirada, ela fala: “não! Você não vai parar não, você vai sair daqui e ir lá para outra sala, do outro lado do corredor” (ENTREVISTADA HT4).

Nesta direção, observa-se a preocupação da gestão em manter os trabalhadores ocupados, inclusive, reduzindo as pequenas pausas durante a jornada de trabalho. Estas pausas, momentos para o reestabelecimento do trabalhador, necessárias para um atendimento de qualidade ao usuário são consideradas pelos gestores como prejudiciais e, portanto, na reorganização do trabalho empreendida pela OS Avante devem ser eliminadas de modo a manter o trabalhador sempre ocupado.

Até mesmo a pausa referente ao intervalo, quinze minutos, para uma jornada de trabalho de seis horas diárias é eliminada. Os trabalhadores afirmam que nem sempre é possível realizar esta pausa. A Entrevistada HT9 afirma que “teoricamente a gente tem quinze minutos, né? Mas nem sempre dá pra tirar não”. Este é mais um dos elementos que produz a intensificação do trabalho no Hospital Transição: a redução e eliminação dos momentos de pausa previstos e imprevistos.

No Hospital Progresso, há também a intensificação do trabalho em decorrência da política da produtividade. A Entrevistada HP8 ao longo dos seus seis anos de trabalho na instituição afirma que a cada dia tem aumentado o quantitativo de atendimentos: “de dois anos para cá mudou muito o número de atendimento, [...] há dois anos a média era de dezessete ou vinte no máximo, por assistente social, hoje então a média é de trinta, né?”. Deste modo, é possível afirmar que também no Hospital Progresso, os trabalhadores estão submetidos à intensificação do trabalho.

O caso do serviço social merece destaque. Os trabalhadores deste setor, da mesma forma que os demais trabalhadores tem uma agenda eletrônica com um número

mínimo de atendimentos, entretanto, esta categoria também atende além dos casos agendados à demanda espontânea.

essa agenda eletrônica é aberta com o quantitativo de dezessete horários. Então o tempo vai depender da demanda do atendimento. Se o atendimento precisar de 20, 30 minutos não tem problema, você pode levar 30, 20 minutos para atender, mas como o atendimento ele é espontâneo no serviço social é diferente dos terapeutas. [...] serviço social o atendimento é espontâneo então você, chega uma hora da tarde, então você tem pessoas ali aguardando [...] além do paciente do Hospital tem a demanda externa que não gera produtividade, ou seja, que não é registrada na agenda do profissional. Você atende em média 30 por dia, isso porque não se conta os atendimentos que não foram registrados, os atendimentos externos de pessoas que não são pacientes do Hospital, que não tem prontuário dentro do hospital, que não tem como você computar (ENTREVISTADA HP8).

A Entrevistada HP8 ao revelar o quantitativo de atendimentos pré-definidos pelos gestores evidencia também o aumento progressivo ao longo dos anos deste quantitativo. Contudo, faz-se necessário considerar que além dos atendimentos previstos pela gestão, no serviço social são realizados outros atendimentos que não computam para a produtividade do hospital.

### **3.5 O planejamento e a realização do trabalho: a autonomia do trabalhador**

#### **3.5.1 A autonomia hierárquica e a (não) participação do trabalhador na gestão: o declínio do controle social**

Uma condição importante do trabalho em saúde é a da autonomia. Lalande (1999) define a autonomia como sendo a condição em que a coletividade ou o ser social definem as leis às quais devem se submeter, sendo que para isto estes devem ter o poder, a autonomia para criar e o poder para realizar o concebido. Zatti (2007, p.12) é enfático ao afirmar que a autonomia é uma condição que não se realiza na consciência dos sujeitos, mas se dá na própria materialidade, portanto, “o fazer não acontece fora do mundo, [...] está cerceado pelas leis naturais, pelas leis civis, pelas convenções sociais [...] a autonomia é limitada por condicionamentos, não é absoluta”.

Nesta perspectiva, mesmo que os sujeitos e/ou coletividades tenham autonomia, esta ainda é limitada por uma série de elementos, ou seja, é uma autonomia relativa. A condição oposta à autonomia é a heteronomia que é definida como sendo a condição em

que os seres sociais ou coletividades recebem as leis às quais estão submetidos de outrem, de algo que lhes é estranho (LALANDE, 1999).

Nos serviços de saúde, o trabalho implica em tomada de decisões para uma série de casos, sendo necessário que os trabalhadores gozem de autonomia para decidirem de forma a atender as necessidades de saúde do sujeito. Nesta perspectiva, Ribeiro e Schraiber (1994) associam autonomia e tomada de decisões no trabalho em saúde:

Estabelecemos a ideia de autonomia associada à de tomada de decisões no processo de trabalho. Tendo descrito os limites estruturais à amplitude das decisões tomadas, que residem nas suas dimensões de trabalho social e de profissão inserida no mercado de trabalho, a necessidade de decidir condutas pode ser considerada como uma decorrência dos esforços dos médicos em garantir sua independência técnica. Quando falamos em poder decisório, reconhecemos que o processo de trabalho é uma construção histórica e que se realiza a cada instante (RIBEIRO e SCHRAIBER, 1994, p.194).

Schraiber (1995) compreende que mesmo a repetição de técnicas e procedimentos, ou seja, a ação técnico-científica não prescinde da autonomia do trabalhador. Assim, Schraiber (1995, p. 59) sustenta que “o médico opera em seu objeto de intervenção (o doente), fundada em conhecimento científico (ciências naturais)”, o que implica na repetição de técnicas e procedimentos. Todavia, mesmo essa ação técnico-científica é singular e única na medida em que a ação envolve uma decisão pessoal do médico para utilizar determinado conhecimento científico em um caso específico, que envolve “razões não apenas da esfera da técnica, como intervenção sempre social, mas principalmente razões históricas” (SCHRAIBER, 1995, p. 59).

Esta lógica que Schraiber (1995) demonstra para o trabalho do médico pode ser estendida aos demais trabalhadores da saúde. Schraiber (1995, p.62) divide a autonomia profissional em duas categorias: técnica e a hierárquica, sendo que a técnica aquela que diz respeito à relação do profissional com o saber uma “autonomia que se dá nos trabalhos individualizados – tarefas especializadas (parcelares)” enquanto que a autonomia hierárquica se dá no plano “institucional/gerencial de composição dos trabalhos, em que se faz perpassar por uma hierarquia de autoridades técnicas e institucionais”.

Quanto à autonomia hierárquica, no Hospital Progresso observa-se que apesar da filosofia da TQM fomentar a ideologia do colaborador, o tipo de participação que os trabalhadores têm na gestão da instituição é limitada ao âmbito técnico-organizativo:

As tomadas de decisão que competem às atividades de atendimento, de protocolo de atendimento, do caso da fisioterapia nós somos convocados a participar, a tomar decisões, essas decisões sempre subordinadas a superintendência, é lógico! (ENTREVISTADO HP2)

Nesta perspectiva, a participação exigida do trabalhador no Hospital Progresso é limitada a sugestões em aspectos técnicos do trabalho, e que são submetidas à avaliação dos superintendentes para que sejam postas em ação. O espaço de diálogo que os trabalhadores têm é em reuniões com as gerências, que levarão aos superintendentes as demandas, para que haja uma decisão: “A minha gestora é quem participa das decisões da entidade frente a superintendências” (ENTREVISTADA HP3).

Segundo o Entrevistado HP6, existe no Hospital Progresso uma ficha de melhorias destinada ao profissional para que ele sugira melhorias para a instituição, reclamações, sugestões, elogios. Esta ficha é preenchida *on line* e pode ser enviada anonimamente.

Os entrevistados do Hospital Progresso, apesar de trabalharem em uma instituição pública, em que uma das características deveria ser a participação social, não participam das decisões. As falas de todos os entrevistados estão em convergência e demonstram que a instância de voz e sugestões que estes têm é em reuniões com as suas gerências imediatas – supervisora e superintendente multiprofissional – e pelo *site*, através do preenchimento da ficha de melhorias, porém as sugestões são apenas com relações às questões no âmbito técnico.

O fato dos trabalhadores participarem periféricamente das decisões está intimamente relacionado com o tipo de gestão desenvolvida no Hospital Progresso, a gestão baseada na TQM com seus CCQs. O Hospital Progresso utiliza a estratégia de convocar os seus trabalhadores para reuniões periódicas, nas quais estes podem apresentar suas soluções para as questões relativas ao trabalho. A ideia de convocar os trabalhadores para participarem destes momentos baseia-se:

na utilização de equipes para resolver problemas. É conduzido pela noção de que ninguém conhece os problemas em um processo melhor do que aqueles que vivem e trabalham com o processo em uma base diária. Cada problema é tratado como um defeito no sistema, e deve ser eliminado. Tem como objetivo as soluções de longo prazo para os problemas, buscando eliminar raiz dos problemas ao invés de soluções rápidas. É a capacitação dos trabalhadores. Todos são envolvidos e afetados pela transformação,

receptionistas, limpeza, técnicos, médicos, enfermeiros, etc<sup>28</sup> (JOHNSON E OMACHONU, 1995, p.23).

No Hospital Transição, a OS Avante também limita a participação dos trabalhadores e usuários nos processos decisórios. A Entrevistada HT10 afirma que não tem nenhuma participação e não sabe se a sua gerência também tem alguma participação. O mesmo posicionamento é partilhado pela Entrevistada HT9, que afirma que não tem participação e nem os usuários nas tomadas de decisão. A Entrevistada HT6 chega a afirmar que a equipe de apoio, como os fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionistas entre outros não têm voz na gestão em virtude do trabalho que desempenham: “nós da equipe de apoio, não temos voz, a gente não dá lucro, então agente não tem voz”.

É preciso ressaltar que a limitação dos trabalhadores e usuários na gestão do hospital não está relacionada à lucratividade do trabalhador, pois no caso desta instituição pública nenhum trabalhador gera lucro. A limitação da participação está relacionada ao modelo gerencial empregado pela OS Avante, próprio do setor privado, baseado em práticas autoritárias e impositivas. Ao demonstrar sua insatisfação com as imposições e o desrespeito da OS Avante com os trabalhadores da instituição, a Entrevistada HT9 evidencia as características desta gestão: “chega, não pergunta o que está sendo feito, não vê se tem alguma coisa boa para aproveitar. E chega querendo mudar tudo que já existe, sem respeitar as opiniões, e as ações e as pessoas como profissionais”. A Entrevistada HT5 corrobora com a declaração da Entrevistada HT9, afirmando que a OS retirou a democracia dentro do Hospital Transição.

A Entrevistada HT6 é enfática ao afirmar que os detentores do poder são os gestores: “Eu vejo que a maioria dos gestores que estão lá que decidem”. E estes gestores que ocupam cargos de chefia e, portanto, de alta hierarquia no Hospital são ocupados por pessoas contratadas pelas OS Avante para assumir tal cargo, que muitas vezes não têm qualquer vínculo com o hospital ou com a realidade do serviço público de saúde: “todos os cargos de chefia são indicação política, são cargos de confiança indicados pela diretoria, ninguém de funcionário tem acesso, nem paciente tem acesso a gestão nenhuma!” (ENTREVISTADA HT4) .

---

<sup>28</sup> Tradução da autora

Entretanto, é necessário ressaltar que a participação do trabalhador e do usuário no Hospital Transição é limitada, em menor proporção, do que no Hospital Progresso, visto que nesta instituição foi criado o conselho local de saúde.

O conselho local de saúde é uma forma de potencializar o controle social, conforme o disposto na Lei nº 9.142/90. Trata-se de um colegiado criado no próprio serviço, que aglutina tanto os gestores quanto trabalhadores e usuários, para atuarem na gestão e no controle das ações e serviços da unidade. A Entrevistada HT5 afirma que no Hospital Transição “qualquer decisão que for tomar no papel teria que passar pelo conselho”. Porém, esta entrevistada identifica que na realidade concreta a OS Avante não respeita este conselho e, inclusive colocou a disposição trabalhadores que eram conselheiros.

Observa-se a irresponsabilidade da OS Avante com a coisa pública e suas práticas desrespeitosas, no que diz respeito à democracia e aos trabalhadores e usuários da instituição. Entretanto, esta postura da OS Avante já poderia ser esperada, na medida em que a criação de um conselho local ocorreu pela pressão dos trabalhadores e usuários e, não por uma necessidade da OS.

A Entrevistada HT3 afirma que sempre houve a intenção dos trabalhadores do Hospital em criar o conselho local de saúde na instituição. Com a chegada da OS Avante, os trabalhadores do hospital viram como uma saída, isto é, uma possibilidade de garantir o poder dos trabalhadores e usuários nas decisões acerca da gestão, ações e serviços dentro do hospital. A Entrevistada HT6 afirma que ficou sabendo via informativos da criação do conselho local no Hospital e que desconhece a atuação deste conselho bem como o que acontece em cada reunião. Esta entrevistada vê com desconfiança a composição do conselho:

Pelos informativos, pelos jornais é que a gente ficou sabendo que eles criaram um conselho local de saúde. [...] esse conselho tem reuniões mensais, eu não sei o que é... são deliberadas algumas coisas. O conselho dentro do SUS tem um papel primordial, que é ser o instrumento da coletividade para fazer uma interferência, como nesse caso, no hospital. Então dentro do SUS os conselhos tem voz, eles opinam, agora eu vi que nesse conselho a maioria são diretores de hospitais, então eu não sei até que ponto esse conselho está funcionando. A gente vê cada absurdo, cada coisa [...] (ENTREVISTADA HT6).

A partir do discurso da Entrevistada HT6 é possível afirmar que poucos são os trabalhadores que conhecem e participaram da constituição deste conselho e, que não

houve um envolvimento de todo o grupo no processo de criação. Trata-se de um conselho que não é criado de forma democrática e tem papel apenas figurativo dentro da instituição. Embora, alguns trabalhadores não vejam o conselho local de saúde como um órgão atuante ou tenham certa desconfiança sobre o mesmo, outros percebem a criação desta instância como um grande ganho, dado o atual contexto do Hospital:

Existe o conselho de saúde local, que foi um grande ganho, um grande avanço. Era um desejo anterior, um desejo antigo e foi permitido. Inclusive o conselho é formado 50% por usuários, e acontecem essas reuniões formais uma vez por mês, e hoje eles estão começando com alguns conselheiros um curso de formação, então isso realmente foi um grande ganho (ENTREVISTADA HT7).

A existência e a manutenção desta instância no Hospital não ocorrem de forma pacífica, trata-se de uma relação conflituosa. Inicialmente, a OS Avante sinalizou favoravelmente, à criação do conselho local de saúde na instituição. Entretanto, a composição deste conselho no Hospital não foi favorável aos interesses da OS, o que logo gerou uma situação conflituosa: “eles queriam outras pessoas, que fossem, talvez, mais fácil de manipular. Como teve eleição e quem ganhou a presidência foi uma trabalhadora concursada, a gente percebeu que gerou um conflito” (ENTREVISTADA HT3).

Ora, a criação e funcionamento do conselho local de saúde no Hospital só poderia culminar em uma situação de conflito, visto que os interesses dos trabalhadores e usuários estão em completa oposição aos interesses da OS Avante, aos interesses do capital. A saída para este conflito, já que não é mais possível destituir este conselho local, é agir de forma autoritária.

O Entrevistado HT2, que tem relação contratual celetista no Hospital posiciona-se de forma diferente dos trabalhadores estatutários. Para este entrevistado, os trabalhadores têm “toda liberdade para conversar, inclusive, com as diretoras da organização [...] quando tem um problema uma das diretoras está lá [...] para resolver. Isso é uma coisa que eu vi que é um pouco diferente dos outros locais” (ENTREVISTADO HT2).

Esta resposta que o Entrevistado HT2 apresenta quando questionado sobre sua participação nas decisões da gestão do Hospital Transição, confirma que a participação que cabe aos trabalhadores é de sugestões quanto à resolução de questões pontuais no âmbito técnico. Este entrevistado afirma que esta é uma gestão que ouve os seus

trabalhadores mais do que as demais. Neste caso, é necessário considerar que o Entrevistado HT2 conhece pouco a instituição e as práticas que têm sido adotadas pelos gestores, visto que este ainda está nos meses de experiência contratual. Além disso, é necessário considerar que a experiência que este entrevistado tem na iniciativa privada é primordial para que ele considere que seus gestores são mais democráticos que os demais.

Ora na iniciativa privada, a cultura administrativa é hierárquica, autoritária e centralizadora e exclui o trabalhador de qualquer processo decisório. Assim, qualquer experiência que este trabalhador tenha que seja um pouco diferente desta – como reuniões ocasionais em que é possibilitado que os trabalhadores expressem sua opinião, mesmo que estas não sejam levadas em consideração – pode ser vista por este trabalhador como um grande avanço em termos de democracia, de participação. Entretanto, nada se compara a experiência no serviço público em que as decisões devem ser tomadas pela coletividade, devem pautar-se na democracia e no interesse coletivo.

Um dos elementos fundamentais previstos para a consolidação do SUS é a participação social tanto dos trabalhadores quanto dos usuários na gestão das instituições de saúde e que os processos decisórios sejam pautados na construção coletiva e paritária. Entretanto, sob a gestão das OSs, mesmo que o trabalhador seja tratado como colaborador, estes não participam dos processos decisórios. A política desenvolvida pelas OSs trata os trabalhadores como meros executores, desconstruindo a proposta do SUS. Aliás, com a gestão empresarial realizada pelas OS Avante e Moderna cada vez mais a consolidação do SUS torna-se uma utopia na medida em que a gestão está, fundamentalmente, centrada “na administração de pessoal ou como desenvolvimento de pessoal e recursos humanos” em uma perspectiva empresarial (ACIOLE, 2012, p. 688).

Em síntese, as OSs retiram do trabalhador da saúde a possibilidade de participação nas decisões do hospital e, sua lógica é conflituosa com que é posto na legislação e na Constituição Federal. Há um claro desrespeito à democracia, à cidadania em prol de um governo que gere em prol do capital.

### 3.5.2 O planejamento e a execução do trabalho: a autonomia técnica

Schraiber (1995) identifica que a autonomia de uma categoria profissional, e, mais especificamente, a autonomia técnica é vital para a preservação de uma profissão, visto que a autonomia é também o domínio do poder:

Pode-se compreender, então, o quanto são vitais para a profissão as questões que cercam a autonomia e quão valiosa será a busca de sua preservação, movimento que detém sentido, pois vai muito além dos requisitos vinculados às condições de trabalho ou das situações mercantis; preservar a autonomia é uma estratégia de poder; e poder de “Ordem”, disciplina da vida social e projeto social de vida (SCHRAIBER, 1995, p.62).

Nesta perspectiva, ao reduzir-se a autonomia de uma categoria profissional, ao se reduzir seu poder nas tomadas de decisões, é possível controlar, disciplinar mais facilmente.

O Entrevistado HT2, técnico em enfermagem, quando é questionado sobre a sua autonomia no trabalho, afirma que: “a gente tem autonomia. Eu, eu posso muito bem, tem material que para esterilizar, que não é urgente, que eu posso muito bem trocar outro material, posso fazer a troca na hora que eu quiser. Seria essa a autonomia”.

O Entrevistado HT2 afirma que trabalha com autonomia e, portanto, não percebe que na verdade a autonomia é bastante limitada. Primeiramente, é uma autonomia que se restringe ao âmbito técnico. Além disto, este mesmo entrevistado em seu discurso apresenta uma relação de subordinação à supervisão e a necessidade de cumprir com o que lhe é prescrito: “se você tiver fazendo um processo aqui, se ela [supervisora] chegar agora e quiser que você faça aquele ali, você vai largar o que você está fazendo para fazer. É aquele ditado: ‘manda quem pode e obedece quem tem juízo’”.

O fato é que já existe uma rotina a ser seguida e o que este trabalhador pode fazer é apenas trocar a ordem dos materiais que devem ser esterilizados, porém, deve cumprir os procedimentos que lhe forem designados.

Os técnicos de enfermagem do Hospital Transição quando questionados sobre o planejamento de seu trabalho afirmam que esta atividade fica a cargo dos profissionais da equipe médica: “O médico, na maioria das vezes. Às vezes, eles perguntam para nós da enfermagem, como o paciente passou, se ele fez alguma queixa, se ele recusou alguma coisa, mas na maioria das vezes eles tomam as atitudes” (ENTREVISTADO HT1). Fica claro na fala do Entrevistado HT1 o papel periférico do técnico de

enfermagem nas decisões acerca das condutas a serem realizadas. Apesar do técnico de enfermagem ser um dos profissionais que passa mais tempo com o usuário, o médico apenas pega algumas informações com este profissional para tomar as decisões.

A Entrevistada HT4, que também é técnica de enfermagem, considera que existe um planejamento do atendimento ao usuário e sente-se parte deste planejamento. Entretanto, pelo discurso da entrevistada, fica claro que a esta cabe acatar a decisão da equipe médica e que lhe é passado apenas os procedimentos técnicos que esta deve realizar: “há um planejamento, sim tá? A partir do momento que eles [médicos] entram, não são todos, mas a maioria: olha, nós vamos fazer isso, isso e isso. A gente precisa disso e isso e isso”. A gente tem uma comunicação muito boa” (ENTREVISTADA HT4).

Observa-se que no Hospital Transição, há uma divisão técnica do trabalho verticalizada, no qual o trabalho intelectual, geralmente, fica a cargo dos médicos. No caso dos técnicos de enfermagem há ainda a enfermeira supervisora que concentra as funções de planejamento restando ao técnico apenas a execução. Contudo, a Lei nº7498/1086 que regulamenta o exercício da enfermagem versa que o técnico de enfermagem deve também participar no planejamento da assistência de enfermagem e, portanto, participar das tomadas de decisões. No caso do Hospital Transição, isto não ocorre, o técnico de enfermagem não participa do planejamento e apenas segue o prescrito pela gerente. Stancato e Gonçalves (2012, p.290) destacam que tanto a formação quanto o processo de trabalho dos técnicos de enfermagem têm enfatizado as ações que “não valorizam o conhecimento intelectual e sua articulação com outros saberes, tornando o “saber fazer” norteador de das atividades e o que possibilita a compreensão da ênfase na prática no exercício profissional”.

Quanto a organização do trabalho dos profissionais de nível superior, anteriormente, cabia aos trabalhadores a organização do serviço. A Entrevistada HT8 evidencia que os trabalhadores se organizavam e participavam dos processos decisórios, inclusive, a chefia de cada setor era eleita:

Então, a gente implantou o nosso trabalho assim, a gente tinha uma autonomia para fazer isso [...] a gente tinha a chefia, mas ela era escolhida, eleita pela sessão. Agora, que a gente está com chefia imposta, mas existia um colegiado e mesmo tendo uma chefia todo mundo decidia, era tudo muito discutido, a gente tinha essa autonomia [...] essa rotina baseada na legislação, organizada por nós mesmos (ENTREVISTADA HT8).

Segundo Raichelis (2011), a Lei nº 8.662/1993, que regulamenta a profissão dos assistentes sociais, confere a esta categoria profissional a autonomia teórico-metodológica, técnica e ético-política na condução do exercício profissional. Ao analisar a regulamentação de outras profissões como dos psicólogos, dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, dos fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos pode-se estender esta afirmação de Raichelis (2011) para às demais profissões da área da saúde.

Todavia, é necessário considerar que as leis regulamentadoras destas profissões foram formuladas para profissionais liberais e, como já foi apresentando ao longo deste trabalho, a maior parte dos trabalhadores da saúde e, especificamente, os trabalhadores participantes deste estudo são assalariados. E, que relação a condição de assalariamento guarda com a autonomia dos profissionais de saúde? Raichelis (2011) evidencia que sob a condição assalariada os trabalhadores da saúde têm a autonomia relativa comprometida, na medida em que os trabalhadores não têm controle sobre todas as condições de trabalho e os meios de trabalho e em segundo lugar, é o empregador e, no caso dos hospitais públicos de gestão terceirizada, as OSs que serão responsáveis por fornecer:

instrumentos e meios para o desenvolvimento das tarefas profissionais, são as instituições empregadoras que têm o poder de definir as demandas e as condições em que deve ser exercida a atividade profissional: o contrato de trabalho, a jornada, o salário, a intensidade, as metas de produtividade. Esses organismos empregadores, estatais ou privados, definem também a matéria (objeto) sobre a qual recai a ação profissional (RAICHELIS, 2011, p.428).

Raichelis (2011) adverte e exemplifica que no caso dos assistentes sociais, sob condições de assalariamento, principalmente, no serviço privado (raciocínio que pode ser estendido aos hospitais públicos geridos por OSs), o trabalhador não tem o poder para definir as prioridades, o modo pelo qual será desenvolvido o trabalho socialmente necessário, a articulação e a cooperação com os demais trabalhadores. Neste sentido, Raichelis (2011) considera que para estes trabalhadores pode-se falar de autonomia controlada ou ainda autonomia relativa.

Os trabalhadores de nível superior realizam o planejamento do atendimento a partir de uma avaliação inicial: “Se eu que recebo o paciente, eu avalio e, se não deu tempo de avaliar no horário, a colega vai avaliar. [...] a gente faz o planejamento, mas

um planejamento simples nessa ficha de avaliação, em um espaço curto” (ENTREVISTADA HT10).

Em geral, a rotina do hospital faz com que o trabalhador que realizou a avaliação inicial e planejou a conduta terapêutica não seja o mesmo que realizará a intervenção. Desta forma, o trabalhador acaba executando uma série de procedimentos que o outro trabalhador avaliou como sendo necessários. Isto faz com que o trabalho se torne alienante, monótono, uma repetição de técnicas sem sentido! E esta lógica prejudica a qualidade do atendimento ao usuário.

No Hospital Transição, a elaboração de fichas avaliativas e protocolos de tratamento foi um processo que os próprios trabalhadores desencadearam mediante a necessidade de cada área, antes mesmo da entrada da OS Avante. Este foi um processo no qual o trabalhador de cada área pode participar de forma ativa e criativa, mas claro baseando-se em protocolos já existentes e de validade científica comprovada.

A Entrevistada HT5 afirma que o grupo de sua área antes mesmo da chegada da OS Avante já havia elaborado fichas de avaliação e protocolos de tratamento para todas as patologias atendidas na instituição. A Entrevistada HT6 afirma que apesar de ter chegado ao Hospital Transição após a elaboração do protocolo de atendimento para sua área, ela tem total liberdade de promover alterações. Assim, esta entrevistada afirma que: “o programa foi elaborado por uma fonoaudióloga, quando ela saiu do hospital ela passou esse protocolo de atendimento para mim, dei uma melhorada nele. É a gente que faz, não tem nada determinado lá”.

Entretanto, com a entrada da OS Avante para gerir o Hospital Transição a autonomia técnica, a possibilidade de auto-organização, enfim, a criatividade dos trabalhadores para elaboração de fichas de avaliação e protocolos têm sido limitados pela gestão. A Entrevistada HT9 pontua que as gerências/supervisoras que foram contratadas é que são as responsáveis por elaborar protocolos que os trabalhadores são obrigados a seguir. Porém, este é um processo que ainda não ocorreu em todas as áreas do Hospital Transição. Desta forma, a Entrevistada HT10 evidencia que em seu local de trabalho ainda não existem os procedimentos operacionais padrão (POPs).

Diferentemente dos profissionais de nível técnico, os profissionais de nível superior mantém uma relação mais próxima e de troca com a equipe médica no que diz respeito ao cuidado com o usuário. A Entrevistada HT10 afirma que um ponto positivo que a OS Avante conseguiu ao agir na instituição foi reduzir a rotatividade dos médicos na UTI, o que permite uma maior aproximação dos trabalhadores.

o médico é o dono do paciente, então tudo que eu vou fazer, ele tem que ter ciência. Dentro da minha área eu defendo o que eu sei, mas a palavra final é dele, mas eles têm uma abertura muito grande de aceitar aquilo que eu acho melhor para o paciente. Acho que eles têm essa abertura, e agora até mais fácil porque é o mesmo profissional que fica todas as manhãs, só em um dia é outro médico. Então, essa relação interdisciplinar ficou melhor com a classe médica [...]Então, a gente planeja assim, por paciente. Quando eles vão ter alta, o médico fala que este paciente está programado para ter alta. A gente se programa [...], então, é um planejamento não escrito, mas é um planejamento sim. Eles [médicos] têm uma visita horizontal<sup>29</sup> que a gente participa sim quando dá e, é bem interessante, eles fazem uma programação para o paciente [...] (ENTREVISTADA HT5).

Apesar da conduta específica de cada área ser determinada pelo profissional, há ainda uma subordinação desta conduta às decisões da equipe médica. A Entrevistada HT5, afirma claramente que o médico é o “dono do paciente”, ou seja, qualquer profissional que necessite fazer uma intervenção, deve se reportar ao médico para que este libere ou não a realização do procedimento. E, inclusive, o processo de alta hospitalar não é um processo decidido pela equipe que atende ao usuário, mas é apenas comunicado pelo médico para o restante da equipe, para que esta também se organize para realizar os procedimentos necessários para a liberação do usuário.

A lógica da produtividade instaurada no Hospital Transição fez com que os momentos de encontro ampliado entre os trabalhadores da instituição fossem eliminados. A Entrevistada HT6 considera que isto prejudicou em grande medida o planejamento coletivo e, conseqüentemente o trabalho em equipe:

Agora principalmente com a OS ficou praticamente inviável reuniões em equipe, a gente não tem, não tem trabalhado em equipe. Cada um trabalha dentro do seu horário, com seus pacientes. Aí a coordenação faz um planejamento anual, ela faz, ela elabora. Aí ela pede opinião de um de outro. Só é determinado: atende, atende, atende. Não tem mais reunião em equipe, antes tinha, antes a gente fazia muita reunião em equipe, esse ano acabou. A gente não se encontra. É uma equipe multiprofissional, mas é como eu te falei, cada um trabalhando dentro do seu quadrado. Não se encontra, então não tem esses encontros (ENTREVISTADA HT6).

Desta forma, embora o sujeito da mediação destes profissionais seja o mesmo e a finalidade do trabalho com aquele usuário seja a mesma, cada profissional realiza o seu trabalho isoladamente. Na fala da Entrevistada HT10, é digno de atenção o fato de

---

<sup>29</sup> A visita horizontal é uma visita leito a leito realizada pelos médicos juntamente com os residentes para a discussão de caso e planejamento de conduta. Trata-se de um momento que também é pedagógico, de aprendizado para o residente.

que inclusive o tempo para o planejamento da intervenção que ela própria vai realizar é escasso e ocorre à beira do leito: “Não, é à beira leito mesmo. Vou chegar e ver qual é a condição, né?” Ora se o tempo para avaliar e realizar o planejamento é escasso, pode-se concluir a qualidade do trabalho que o profissional realizará será questionável, visto que a avaliação e o planejamento são de fundamental importância para o resultado final.

Contraditoriamente, A Entrevistada HT10 afirma que em certas situações é possível reunir com a equipe de seu setor, o médico e a fonoaudióloga, e planejar, entretanto, este planejamento coletivo não acontece sempre.

Coisas como, por exemplo, desmame<sup>30</sup>, vamos fazer uma ventilação não invasiva, antes de tentar a entubação para melhorar, isso muitas vezes eu discuto muito com o médico, o que seria possível fazer, às vezes, a própria, entubação. [...]Então eu tenho essa liberdade, mais com os médicos e com a fonoaudióloga. Eu tenho uma relação boa com a fonoaudióloga também, muitas vezes, nós duas sentamos e discutimos se vai sondar, se não, como que está a coordenação, aí a gente passa para o enfermeiro. Então quando necessário, a gente tem sim o planejamento, consegue conversar e discutir em equipe. [...]. Quando a gente percebe alguma coisa que precisa do colega, a gente procura o colega e tenta discutir e fazer esse planejamento. Aí, sempre eu tenho encontrado abertura pra isso. Com os técnicos, eu tenho muito contato, às vezes te ajuda na mudança de postura ou alguma coisa que faltou na hora do atendimento (ENTREVISTADA HT10).

Observa-se que pela especificidade do trabalho na UTI e pela concentração dos trabalhadores em um mesmo local e em um mesmo momento, o planejamento coletivo do atendimento ao usuário pode ocorrer com maior facilidade, sem que a OS Avante tenha que promover um momento para que os trabalhadores o façam. Todavia, esta mesma lógica não funciona em outros setores do hospital em que os trabalhadores estão distribuídos em diferentes espaços do hospital.

De modo geral, é possível afirmar que a autonomia relativa que os trabalhadores tinham para a organização dos serviços no Hospital Transição, em alguns setores, já não existe mais. Os novos gerentes/supervisores da OS Avante é que são os responsáveis pela organização do trabalho. Conforme a Entrevistada HT9, eles são os responsáveis por: “organizar as rotinas, controlar histórico de dietas, fazer pedidos de dietas, definir o que vai ou não o que vai ser usado. Ela que elabora esses protocolos que a gente está tendo que seguir agora”. A perspectiva é de que a OS Avante desarticule a organização do trabalho idealizada pelos próprios trabalhadores e imponha a sua lógica para a

---

<sup>30</sup> O desmame da ventilação mecânica é um processo pelo qual o sujeito deve ser submetido para que este retome a ventilação espontânea, isto é, a respiração sem o uso de aparelhos com a retirada dos tubos que conduzem o oxigênio.

organização do trabalho. A autonomia relativa que os trabalhadores do Hospital Transição gozavam dentro desta instituição está sendo ainda mais vilipendiada pela OS Avante, na medida em que esta tem imposto certas prioridades, novas formas de trabalho, uma nova organização dos serviços.

No Hospital Progresso, para que o usuário entre no serviço ele deve passar por um processo avaliativo, entretanto este processo guarda mais a característica de uma triagem, na qual o usuário será direcionado para os diferentes serviços oferecidos. A tomada de decisão acerca dos serviços que o usuário irá acessar é realizada por uma equipe multiprofissional. Ao chegar ao serviço específico, cada profissional que recebe o usuário em seu atendimento pode e deve realizar a sua própria avaliação:

O paciente encaminhado foi avaliado por toda essa equipe. Digamos que ele foi encaminhado para a fonoaudiologia e, ao chegar à fonoaudiologia ele vai ter uma avaliação específica do profissional que vai atendê-lo, porque na primeira avaliação, é como se fosse uma triagem para traçar o programa dele (ENTREVISTADA HP4).

A avaliação clínica de cada profissional é realizada conforme uma ficha já existente em cada clínica. Deste modo, todos os profissionais de uma determinada clínica devem seguir esta ficha de avaliação construída pelo grupo que já estava na instituição no momento da elaboração das fichas juntamente com as gerências: “a ficha de avaliação foi construída por nós e pela instituição, mas a gente pode, tem autonomia para fazer algumas mudanças, claro que não é sempre que são feitas essas mudanças” (ENTREVISTADO HP9).

O profissional que começou a trabalhar na instituição após o momento da elaboração dos protocolos, de uma ficha, deverá seguir o que foi pré-estabelecido. No Hospital Progresso, o estabelecimento de fichas e protocolos de atendimento é um processo que é realizado pelos gestores da instituição em conjunto com os supervisores, visto que os procedimentos devem ser padronizados e acompanhar a lógica do SCQ.

No momento de avaliação individual, o profissional tem a possibilidade de encaminhar o usuário para outros serviços que não tenham sido elencados no plano de tratamento elaborado durante a avaliação inicial. A Entrevistada HP4 diz que este procedimento dentro do Hospital Progresso é denominado de “encaminhamento interdisciplinar, eu solicito uma avaliação da musicoterapeuta, ou seja, para outro colega

e ele percebe a necessidade do educador físico<sup>31</sup>, ele também faz o encaminhamento interdisciplinar”.

A Entrevistada HP10 afirma que após a avaliação inicial, cada profissional realiza o planejamento de seu atendimento de “acordo com a necessidade do paciente”. A Entrevistada HP4 relata que existe na instituição a prática de discussão do caso de cada usuário pela equipe que o atenderá. O Entrevistado HP2 afirma que as reuniões da equipe são realizadas semanalmente:

Quando esse paciente chega é avaliado primeiramente pelo médico. O médico dá algumas orientações: primeiro para o paciente, depois é discutido com cada profissional, cada equipe de profissão o fisioterapeuta discute uma parte do seu tratamento, a enfermagem discute um pouco do seu tratamento, das suas consultas, tem as consultas de enfermagem e a parte da psicologia e terapia ocupacional. Depois disso no momento que nós estamos atendendo né? Nós já começamos a por em prática, o que nós discutimos e se tiver alguma coisa que está contradizendo com outro profissional ou atendimento está atrapalhando aí é discutido juntamente com uma área específica da unidade, para que nós possamos dar o atendimento juntamente com os outros profissionais, discutir melhorias o que seria melhor para cada paciente (ENTREVISTADA HP4).

A Entrevistada HP7 afirma que, o planejamento das atividades realizadas é feito “pelo grupo, às vezes com a ajuda dos pacientes também, às vezes com a ajuda da equipe só”. Assim, nem sempre os usuários participam do planejamento das atividades que são realizadas nos grupos e, em geral, quando participam são para dar pequenas sugestões.

O Entrevistado HP6 afirma que realiza o planejamento do cuidado juntamente com a equipe, quando faz a admissão de um usuário no serviço durante o seu turno de trabalho. Este entrevistado afirma que realiza um planejamento bem livre, sem restrições: “quando a gente admite um paciente no meu plantão, eu faço a prescrição de enfermagem, de acordo com aquilo que eu acho [...] Então, é uma coisa bem livre assim [...] eu estabeleço o cuidado daquele plantão com a equipe, o banho, o curativo”. Entretanto, o Entrevistado HP6 se contradiz ao dizer que há uma interferência do SCQ em seu trabalho através da uniformização da forma de trabalho entre os enfermeiros. Deste modo, o seu trabalho não é tão livre assim:

---

<sup>31</sup> Provavelmente, a entrevistada pretende se referir ao profissional de educação física que trabalha na instituição.

Existe total influência no meu trabalho porque quando você implanta o sistema de qualidade no hospital as rotinas são registradas. Eles elaboram uma rotina, existe uma comissão de controle de qualidade multiprofissional. [...] Então diretamente influência no meu trabalho porque eles uniformizam a forma de trabalhar. Assim, se um enfermeiro faz uma coisa na UTI, [...] o enfermeiro de fora também tem que fazer. Então, isso é até uma forma de uniformizar, então eles diretamente são responsáveis pela forma de trabalho da gente (ENTREVISTADO HP6).

O Entrevistado HP1 afirma que o profissional realiza o seu próprio planejamento, embora, exista no Hospital Progresso um protocolo, “mas o protocolo não é colocado de forma engessada. Existe um protocolo, mas cada profissional tem liberdade de fazer os seus atendimentos”. O Entrevistado HP2 é enfático em afirmar que na instituição é o profissional que “toma decisões com relação à conduta técnica. A conduta técnica é de cada profissional [...]”. Nesta perspectiva, o trabalhador do Hospital Progresso pode planejar o seu atendimento ao usuário escolhendo as técnicas de sua preferência para atingir o objetivo proposto, isso não significa que o protocolo seja ignorado, mas é um orientador da ação.

Com os entrevistados de nível superior do Hospital Progresso fica claro que mesmo com a existência dos POP's, advindos da lógica do SCQ, cada trabalhador busca colocar em ação os procedimentos da forma que acha mais adequada, com certa autonomia técnica: “a liberdade fica por conta de qualquer profissional, desde que você não infrinja a técnica para prejudicar o paciente... Você tem a liberdade para decidir de que forma você vai trabalhar, tá? você pode dar aquela escapadinha” (ENTREVISTADA HP3).

Quanto ao técnico de enfermagem, assim como no Hospital Transição ele ainda é o trabalhador que executa, com pequeno grau de autonomia técnica. O técnico de enfermagem deve seguir as ordens do plano terapêutico proposto pela supervisão de enfermagem e pelos gestores. Segundo o Entrevistado HP5, “eles passam algumas folhas para gente seguir uma rotina [...] isso é feito pela gestão do hospital juntamente com a enfermeira e outros profissionais, tem protocolos para estabelecer algum tipo de cuidado, alguma orientação ao paciente”. De modo geral, observa-se que os trabalhadores mesmo quando submetidos à mesma lógica de gestão, têm diferentes graus de comprometimento de sua condição de autonomia. Para os trabalhadores de nível médio há um maior comprometimento da autonomia do que para aqueles de nível superior.

Após cada atendimento ao usuário cada trabalhador deverá realizar a evolução no prontuário do usuário. No Hospital Progresso, o registro é realizado no prontuário eletrônico do paciente (PEP). O PEP é uma tecnologia que tem sido gradualmente implantada nos serviços de saúde que consiste na inserção das informações acerca do usuário em um sistema. Costa (2012, p.6) aponta que com o PEP a informação torna-se “muito mais disponível e atualizada, [...] os resultados de exames, laboratoriais ou de imagem, estão também disponíveis para consulta. Todos os dados armazenados têm maior legibilidade, acurácia e exatidão”. Deste modo, é possível compartilhar entre os trabalhadores de forma rápida e segura todo o histórico do usuário, as intervenções realizadas tanto entre os profissionais de uma mesma instituição quanto entre instituições. Assim, por exemplo, é possível integrar as informações de uma UBS e o hospital de alta complexidade ao qual o usuário está realizando um tratamento:

o PEP é muito mais seguro do que o prontuário em papel e as informações podem ser compartilhadas automaticamente com outros profissionais e instituições que estão cuidando do paciente, possibilitando dessa forma a continuidade da atenção integral à saúde (COSTA, 2012, p.6)

Cada trabalhador que utiliza o sistema tem um cartão que contém uma chave pública (um identificador único), que segundo Costa (2012, p.7) “serve para validar uma assinatura realizada em documentos eletrônicos”. Ao utilizar este cartão, um arquivo de computador, denominado certificado digital, identifica o usuário do sistema e só permite alterações de qualquer documento por pessoas devidamente autorizadas. O PEP já é utilizado no Hospital Progresso há mais de cinco anos: “ele já foi implantado [...] ele consiste em colocar todas as informações em disco rígido [...]. E tirar o papel do prontuário para diminuir até o espaço físico da instituição” (ENTREVISTADO HP1).

A proposta do MS é que o conjunto das informações obtidas com o PEP componha uma base nacional de informação em saúde. Deste modo, o Entrevistado HP1 afirma que este sistema ainda está sendo implantado no Hospital Progresso pelo fato de que o envio de informações para uma base nacional e, para outras unidades de saúde ainda não está funcionando. É necessário ressaltar que este sistema além de agilizar o compartilhamento de informações e potencializar a redução de custos com papel, também faz com que o trabalhador dispense um menor tempo para realizar a evolução.

No Hospital Progresso, o trabalhador realiza a evolução de todos os usuários atendidos ao final dos atendimentos em uma pequena salinha facilmente visível aos olhares de qualquer passante, visto que grande parte da parede é de vidro. Nesta sala com computadores, os trabalhadores realizam a evolução de cada usuário e, utiliza o seu cartão a cada evolução para assinar eletronicamente o arquivo. A Entrevistada HP3 afirma que apesar de ser muito relativo ela dispensa “em torno de 40, 50 minutos para evoluir todos os pacientes”.

Isso não significa que o menor tempo que o trabalhador gasta para realizar a evolução será convertido em tempo de descanso. Observa-se que para além dos quinze minutos de intervalo, o trabalhador do Hospital Progresso não tem tempo livre, portanto, a inserção do PEP e, conseqüentemente da redução do tempo gasto para evolução faz com que este tempo “ocioso” seja convertido em horário de atendimento, aumentando a quantidade de atendimentos realizados na instituição.

No Hospital Transição, o PEP ainda não foi implantado, de modo que o trabalhador deve registrar manualmente no prontuário do usuário a evolução diária. Contudo, já existe um movimento da equipe gestora em direção à implantação do mesmo na unidade, inclusive com a promoção de cursos de capacitação para o uso deste sistema.

No Hospital Progresso, em que o discurso dos gestores e, conseqüentemente dos profissionais é de um trabalho interdisciplinar, a relação entre o profissional médico e os demais profissionais apresenta-se de forma mais horizontalizada, uma relação que permite maior diálogo e troca entre os trabalhadores:

Normalmente é o médico quem fecha o diagnóstico, mas a gente tem o diagnóstico terapêutico. Então ele vem com um diagnóstico, mas se a gente vê que tem outro diagnóstico que está junto ali e que pode ser desenvolvido durante o tempo de terapia a gente pode colocar isso e claro faz um encaminhamento para o médico, para poder investigar e poder se tratar de forma mais adequada (ENTREVISTADO HP9).

No Hospital Progresso, em que grande parte do corpo clínico é de prestadores de serviço, sem vínculos com a instituição e, portanto, em situação contratual diferenciada dos demais trabalhadores, a relação entre os trabalhadores também é diferenciada. Nesta direção, é possível pensar que os trabalhadores médicos, como não têm vínculo contratual com a instituição e, não se sentem parte desta, não têm interesse em disputar poder, espaço, prestígio com os demais trabalhadores. Além disto, a Entrevistada HP4,

que também é da equipe gestora, dá indícios das origens do discurso da cooperação entre os trabalhadores no Hospital Progresso:

Primeiro nós não falamos mais em equipe, mas *coach*. [...] O conceito hoje é realmente do trabalho de um time. O que é isso? É onde várias pessoas, com diversas habilidades nas suas devidas posições trabalham em busca de um único objetivo. E no time existem várias posições: tem lá o goleiro, tem lá o meia esquerda o meia direita, mas, cada um com sua habilidade e está lá com uma única finalidade que é fazer o gol, não é? Então nós trabalhamos também nesse intuito, cada um na sua posição, respeitando a posição do outro, tendo como único objetivo o atendimento de qualidade (ENTREVISTADA HP4).

O discurso da Entrevistada HP4, que é disseminado pelos gestores do Hospital Progresso, é o discurso da administração empresarial, de time, de que não existe um trabalhador mais importante do que os demais. Este é um discurso que está em total acordo com os princípios da TQM,

algumas organizações de saúde promovem uma cultura de equipe entre os colaboradores para a prestação de cuidados de saúde, enquanto outras valorizam e encorajam o excepcional esforço individual. O conceito da TQM é fundado no comprometimento de equipe<sup>32</sup> (JOHNSON e OMACHONU, 1995, p.25).

Esse discurso da igualdade entre os trabalhadores fortalece o trabalho em equipe, a sensação de pertencimento ao grupo e, motiva os trabalhadores. Todavia, esta visão oculta para os demais trabalhadores o poder do médico, que ainda é o profissional responsável por realizar a admissão do usuário no serviço, fechar o diagnóstico do usuário e decidir sobre a permanência ou alta. Esta perspectiva de trabalho ainda não foi desenvolvida no Hospital Transição, principalmente, porque neste não foi implantada a gestão baseada na TQM. O fomento do trabalho em equipe tem sido uma estratégia utilizada pelo Hospital Progresso para potencializar a produtividade, na medida em que incentiva o atendimento dos usuários em grupos interdisciplinares.

Em síntese, no Hospital Transição, ainda é possível observar a existência de serviços organizados pelo coletivo dos trabalhadores e a nova lógica que está aos poucos sendo implantada pela OS Avante, de redução da participação nas decisões e imposição de modos de trabalho definidos pelos gestores. Portanto, pode-se afirmar que

---

<sup>32</sup> Tradução da autora.

nesta instituição os trabalhadores ainda têm certa autonomia hierárquica e técnica, entretanto, a perspectiva é de que esta autonomia seja cada vez mais reduzida.

No Hospital Progresso o trabalhador não tem nenhuma autonomia hierárquica, na medida em que as decisões sobre a gestão do hospital são tomadas apenas pelos gestores e a própria organização do trabalho é definida pelos gestores e supervisores de cada setor e não pelos próprios trabalhadores. A tendência é de que o Hospital Transição, gradualmente, acompanhe o formato que a OS Moderna implantou no Hospital Progresso, visto que este é considerado uma referência no Estado de Goiás.

Ante o exposto sobre a autonomia do trabalhador nos hospitais geridos por OSs, é necessário dialogar com a tese de Merhy (1997, p.16), sobre a autonomia do trabalhador da saúde: “[...] quando se trata de trabalho em saúde, esta autonomia do trabalho vivo em ato é bem ampla, independentemente de estar ou não sob a forma empresarial”. Merhy (1997) entende que a autonomia do trabalhador da saúde pela característica do trabalho que desenvolve é bastante ampla, independentemente da forma sob a qual é realizado. Nesta perspectiva, é que Merhy (1997, p.12) considera que o trabalhador da saúde tem um autogoverno e, “este ‘autogoverno’, por sua vez, estará marcado pela ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue”.

Entretanto, os dados desta pesquisa não permite afirmar que os trabalhadores da saúde gozam de ampla autonomia sob a lógica empresarial, o que inclui a lógica de gestão realizada pelas OSs. Até mesmo aqueles que trabalham em um serviço público, que não está sob a gestão de uma OSs devem seguir certas normas: do MS, do serviço, dos conselhos profissionais, de modo que, nenhum trabalhador goza de ampla autonomia em seu trabalho e, portanto, não é possível concordar com a existência de autogoverno como afirma Merhy (1997). No caso dos trabalhadores do Hospital Transição e do Hospital Progresso, observa-se que estes têm sua condição de autonomia ainda mais reduzida com relação aos trabalhadores dos hospitais públicos, em geral.

### **3.6 O controle e a disciplinarização do trabalhador no Hospital de gestão terceirizada**

Sob a gestão das OSs, o hospital tem sido transformado em um espaço de intenso exercício da vigilância e disciplinarização também para os trabalhadores. Este

processo ocorre devido à necessidade de adequar o trabalhador à lógica de trabalho idealizada pelas OSs. Trata-se em um sentido mais amplo, do que Harvey (1993, p.119), denomina como uma “socialização do trabalhador nas condições de produção capitalista”, de modo que este esteja disciplinado, controlado, adequado para a acumulação do capital. Deste modo, é necessário moldar a subjetividade dos trabalhadores para que esta seja conformada à nova organização do trabalho.

Deste modo, Harvey (1993) elenca estratégias como a repressão, a coerção, a persuasão, a mobilização de sentimentos sociais e propensões psicológicas, a educação e o treinamento para a disciplinarização da força de trabalho.

Nos Hospitais Progresso e Transição, o controle dos trabalhadores é realizado através do sistema de câmeras e pela organização espacial. As duas instituições são repletas de câmeras tanto nos ambientes externos quanto internos, assemelhando-se com o cenário ficcional de Orwell<sup>33</sup> (2009). A Entrevistada HP4 afirma que a comparação entre a instituição e um *big brother* é uma brincadeira comum entre os trabalhadores: “os meninos até brincam falam que a gente é *big brother*, que estando aqui ou não, a gente fica sabendo das coisas”. Do mesmo modo, na fala da Entrevistada HT6 aparece a expressão *big brother* para caracterizar o Hospital Transição:

já começaram os terrorismos, colocaram câmeras em todo o hospital, a gente é filmado. Então, tudo o que a gente faz é filmado e está sempre assim sabe aquele monitoramento: oh, você está sendo filmado, olha lá o que você faz! Então, aquela vigilância constante. Aí começam a falar: olha tem uma central que vigia você e tudo o que você faz, tudo o que você fala. Então a gente costuma brincar que lá virou um *big brother* (ENTREVISTADA HT6).

Os gestores disseminam o discurso de que todos estão sendo vigiados em todos os momentos e, de fato estão sendo vigiados, pois existem trabalhadores contratados especificamente para acompanhar as imagens nos monitores, corroborando com a constatação de Foucault (1999, pp. 199-200) que “um pessoal especializado torna-se

---

<sup>33</sup> A expressão *Big Brother* é utilizada neste trabalho não tem referência no programa global, mas apoia-se na construção de Orwell (2009), que em sua obra literária *1984*, narra a história de três territórios em guerra (Oceania, Eurásia, Lestásia) em uma infundável disputa por poder. Na Oceania, governada de forma autoritária pelo Partido, Orwell (2009) destaca a existência da figura do *Big Brother*. *O partido difunde entre os cidadãos a crença na existência do Big Brother* e em sua função de zelar pelos cidadãos. O *Big Brother* segue todos os cidadãos e é representado em cartazes espalhados por todo o país. Além destes cartazes, existem as teletelas – dispositivos tecnológicos – responsáveis tanto pela transmissão de imagens que reforçam a ideologia do Partido quanto pela captura do áudio e vídeo. No fundo, o *Big Brother* constitui-se em um mecanismo responsável por garantir o poder do partido, evitando qualquer dissidência de pensamentos, mantendo a coesão social e o controle dos sujeitos a partir da vigilância constante e do forjar do pensamento único.

indispensável, constantemente presente, e distinto dos operários”. A vigilância é uma função definida que se torna parte do processo de produção (FOUCAULT, 1999).

Neste caso, o mecanismo para o exercício da disciplina é a vigilância hierárquica. A vigilância hierárquica obriga “pelo jogo do olhar; um aparelho onde as técnicas que permitem ver induzam a efeitos de poder, e onde, em troca, os meios de coerção tornem claramente visíveis aqueles sobre quem se aplicam” (FOUCAULT, 1999, p.196). A sensação de estar sendo observado pelas autoridades, faz com que o vigiado assuma determinados comportamentos compatíveis com o esperado e trabalhe conforme o preconizado. Neste sentido, é possível afirmar que os Hospitais Progresso e Transição contam com um aparelho disciplinar perfeito, sendo este entendido como aquele que “capacitaria um único olhar tudo ver permanentemente”, o que é viabilizado pelo sistema de câmeras (FOUCAULT, 1999, p.198).

Os trabalhadores entrevistados são unânimes quanto à finalidade do sistema de câmeras nas instalações do Hospital Transição e Hospital Progresso: o controle do trabalhador.

Existem as câmeras, que se você não tiver no local de trabalho, [a gerência] sabe que você está lá fora. [...] e, se tiver um desvio de conduta eles pedem as filmagens, mas isso aí tem que chegar uma instância bem mais, uma coisa bem mais complicada (ENTREVISTADO HP1).

Implantaram umas três câmeras dentro do centro cirúrgico para verem o que você está fazendo. Para poder ter algum motivo eles estão o tempo todo caçando motivo, para poder te tirar dali, e isso não acontece com o pessoal que entrou lá pela empresa terceirizada (ENTREVISTADA HT4).

A Entrevistada HT7 afirma que a instalação de um sistema de câmeras em alguns pontos estratégicos da instituição era um desejo dos trabalhadores para que aumentasse a segurança na instituição. Com a chegada da OS Avante, o sistema de câmeras com áudio e vídeo foi instalado, inclusive nas salas como o centro cirúrgico, salas administrativas para controlar o trabalho daqueles que estão nestes espaços. A Entrevistada HT7 considera um exagero o que a OS Avante realizou na instituição: “no meu ponto de vista não é necessário ter câmeras nas salas, mas nos corredores em outros locais, no próprio ambulatório isso é uma coisa antiga”.

No Hospital Progresso, a própria divisão espacial em que os trabalhadores estão distribuídos em espaços coletivos em que cada um visualiza o trabalho do outro e a arquitetura do prédio, assemelham-se a um sistema de vigilância dos presídios que

Foucault (2001) denominou de *Panopticon*. Este sistema tem como princípio a visibilidade total daquele que se quer controlar:

Seu problema não era fazer com que as pessoas fossem punidas, mas que nem pudessem agir mal, de tanto que se sentiriam mergulhadas, imersas em um campo de visibilidade total em que a opinião dos outros, o olhar dos outros, o discurso dos outros os impediria de fazer o mal ou o nocivo. (FOUCAULT, 2001, p.215-216)

Foucault (2001, p.211) sintetiza que o *Panopticon* é “uma tecnologia de poder própria para resolver os problemas de vigilância”. No Hospital Progresso, desde a sua criação os espaços foram projetados para que os atendimentos de alguns setores como fisioterapia, terapia ocupacional, entre outros fossem realizados em um espaço coletivo, com a disposição de tablados, mesas, próximas uma da outra.

A Entrevistada HP4 considera que esta forma de organização está de acordo com a filosofia de trabalho da instituição: “por ser uma instituição que trabalha interdisciplinarmente e está caminhando para o ‘trans’ [...] existem áreas que já atendem em conjunto no mesmo ginásio, isso é fantástico!”. Todavia, é preciso considerar que o trabalho interdisciplinar não demanda necessariamente que o atendimento seja realizado no mesmo local, mas necessita que haja um planejamento coletivo, uma partilha do grupo acerca da intervenção que tenha um objetivo em comum. No Hospital Progresso, este é um excelente sistema de controle do trabalhador na medida em que este é observado durante todo o trabalho por seus pares e gerência, impondo ao trabalhador um determinado ritmo de trabalho.

No Hospital Progresso, outro elemento que auxilia neste processo de vigilância é o fato de que as divisórias entre as salas e, nas próprias salas de evolução<sup>34</sup> há vidros para que estes sejam facilmente visualizados.

No Hospital Transição, a OS Avante promoveu algumas alterações no espaço, porém, sem alterar significativamente a lógica dos locais de atendimento. Segundo a Entrevistada HT3, a maior mudança foi a substituição de paredes por vidros, sem qualquer preocupação com o usuário: “quebraram muitas paredes, colocaram vidro, e isso foi feito junto com os pacientes lá, pacientes com baixa imunidade, eles não estavam nem aí, quebrando parede e o paciente junto com poeira”. Observa-se que para

---

<sup>34</sup> Refere-se à anotação diária realizada por cada profissional no prontuário do usuário acerca do seu estado geral de saúde, a medicação prescrita- no caso do médico, condutas realizadas.

a OS Avante, o controle do trabalhador tem maior prioridade do que a saúde daqueles que estão internados na instituição.

No Hospital Transição, a Entrevistada HT3 identifica outra forma de controle do trabalhador: o ponto eletrônico. O registro manual ainda é existente em diversos órgãos públicos e, pequenas empresas. O controle da frequência e da jornada de trabalho nestes casos é realizado através da assinatura da folha de ponto:

existe um livro que você assina quando você entra, quando você sai para o almoço, quando você volta e quando você sai [...] Só que tem que ser certinho, por exemplo, se eu saio quinze minutos antes, eu tenho que colocar lá quinze minutos antes. Se eu tiro vinte minutos de almoço, eu tenho que colocar lá vinte minutos de almoço. Então é um processo assim, muito minucioso (ENTREVISTADO HT2).

Todavia, com a entrada da OS Avante os trabalhadores têm se deparado com a possibilidade de mudança na forma de registro de frequência e da jornada de trabalho. A Entrevistada HT3 considera que esta é uma forma de controlar mais rigidamente os trabalhadores: “disseram que vão colocar ponto digital também para fazer o controle mais rígido dos trabalhadores, mas, eu particularmente vejo assim que a maioria dos meus colegas, a gente não precisava disso” (ENTREVISTADA HT3).

Entretanto, a alteração da folha de ponto pelo ponto eletrônico deve-se ao atendimento a uma legislação federal. O Ministério do Trabalho e Emprego (TEM) instituiu através portaria nº 1.510, de 21 de agosto de 2009, inclusive para as pequenas empresas com mais de dez trabalhadores, a obrigatoriedade do sistema de registro eletrônico. Nestes casos, o equipamento utilizado permite “o registro de jornada de trabalho e com capacidade para emitir documentos fiscais e realizar controles de natureza fiscal, referentes à entrada e à saída de empregados nos locais de trabalho” (BRASIL, 2009, p.1).

O Hospital Progresso, uma instituição mais nova e que já iniciou as suas atividades sob a gestão da OS Moderna, desde o princípio tem o sistema de ponto eletrônico. Deste modo, o Entrevistado HP9 afirma a que se utiliza do ponto eletrônico: “tanto de entrada, quanto dos intervalos, na entrada do intervalo e saída do intervalo e, na hora de ir embora também. Os médicos também, todo mundo todos os funcionários desde a recepção, desde a limpeza até a gente da reabilitação e os médicos”.

A Entrevistada HT3 considera que o ponto eletrônico é uma forma de controle mais rígida do trabalhador, visto que com a folha de ponto, o trabalhador goza de uma

margem de manobra, há certa flexibilidade, na medida em que cinco minutos até dez minutos de atraso são tolerados e, podem até ser omitidos por alguns trabalhadores ao registrarem à sua frequência, o que não ocorre com o ponto eletrônico. Assim, o ponto eletrônico torna mais rígida a jornada de trabalho, impossibilitando certos atrasos e jeitinhos do trabalhador. Isto não significa que o ponto eletrônico não esteja suscetível a fraudes, como é o caso emblemático dos “dedos digitais” ocorrido no ano de 2013<sup>35</sup>.

Contudo, o ponto eletrônico confere uma maior proteção ao trabalhador, na medida em que este sistema não permite que seja feita qualquer adulteração no registro da frequência e da jornada de trabalho, registra as horas extras e permite que o trabalhador tenha um *ticket* que comprova a sua presença no local de trabalho e o cumprimento da jornada de trabalho.

Observa-se no discurso dos trabalhadores, a tendência em caracterizar toda forma de controle do trabalhador como negativa. Entretanto, é preciso ressaltar que o controle, inclusive, no serviço público é necessário. Os trabalhadores do serviço público devem ser submetidos ao crivo da sociedade, que paga através dos impostos pelos serviços, através do controle social e também ao controle interno através das políticas de gestão. Deste modo, os gestores devem controlar o cumprimento da jornada de trabalho, a frequência do trabalhador, a realização dos serviços pelos quais o trabalhador é remunerado evitando fraudes. Entretanto, compreendemos como formas de controle negativas àquelas excessivas, que impõem amarras: “o problema não é a existência de regras, de limitações e sim a impossibilidade de negociá-las, de modificá-las, de reconstruí-las” (RIBEIRO, 2009, p.2).

No Hospital Progresso, em que o PEP já está plenamente desenvolvido, os trabalhadores entendem que este é mais uma forma de controle do trabalhador. Apesar de não ter sido originalmente concebido para o controle do trabalhador, esta tecnologia abre a possibilidade para que seja realizada a vigilância, na medida em que este sistema facilita o acesso dos gestores à evolução de todos os trabalhadores. Deste modo, é possível fiscalizar a quantidade de pessoas atendidas, os procedimentos realizados, entre outros: “Então elas assim, eles fazem o controle, por exemplo, todos os pacientes que eu

---

<sup>35</sup> O caso veio a público no ano de 2013, quando funcionárias da guarda municipal flagraram uma médica burlando o sistema de controle de ponto eletrônico do SAMU, com dedos de silicone com digitais. A médica foi encontrada com seis dedos de silicone com digitais de médicos do SAMU, entretanto, só a mesma comparecia ao plantão e utilizava os dedos de silicone para registrar o ponto dos demais (PEIXOTO E LOURENÇO, 2013).

atendo hoje, eu evoluo no final do dia esse é o controle [...] através da evolução porque se entende que eu só vou evoluir o paciente que eu atendi?” (ENTREVISTADA HP10).

Além das gerências, os demais trabalhadores do Hospital Progresso têm acesso ao que cada profissional realiza, deste modo, os trabalhadores são também vigiados por seus pares e, mesmo que não sejam, de fato, ao terem suas evoluções compartilhadas temem a avaliação de seus colegas: “Como tudo que a gente faz lá é informatizado. Todo mundo tem acesso as minhas evoluções, ao meu trabalho. Então, eu acredito que sim, que nós somos realmente vigiados tanto pela gerência quanto pela superintendência” (ENTREVISTADA HP3).

Além disto, outro elemento deste sistema que permite um controle do trabalhador e, sobretudo a disciplinarização nos moldes exigidos pelo Hospital Progresso é que por acaso um dos profissionais não realizar a evolução do usuário que foi atendido por ele no dia, o sistema bloqueia o acesso para os demais profissionais. Deste modo, o trabalhador jamais deve deixar de realizar a evolução no dia em que atendeu o usuário, o que lhe obriga a realizar religiosamente a evolução, mesmo que às pressas, mesmo que utilizando a função copiar e colar do editor, nas evoluções de diferentes usuários para dar maior celeridade ao processo.

### **3.6.1 A avaliação e o controle do trabalhador**

A avaliação dos serviços de saúde é fundamental para averiguar se os objetivos e as metas pretendidos estão sendo alcançados, enfim, trata-se de uma forma de *feedback* necessária para a melhoria contínua dos serviços. Neste sentido, a avaliação é:

parte fundamental no planejamento e na gestão do sistema de saúde. Um sistema de avaliação efetivo deve reordenar a execução das ações e serviços, redimensionando-os de forma a contemplar as necessidades de seu público, dando maior racionalidade ao uso dos recursos (BRASIL, 2007, p.9).

Assim, a avaliação de um serviço deve abranger elementos como estrutura, avaliação dos processos de trabalho, avaliação dos resultados, avaliação da satisfação dos usuários. A partir do reconhecimento da importância da avaliação dos serviços de saúde que o MS através da Secretaria de Atenção à saúde ao reformular o Programa Nacional de Avaliação de Serviços Hospitalares (PNASH) desenvolveu o Programa

Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS). Durante as entrevistas com os entrevistados dos Hospitais Transição e Progresso, nenhum deles menciona que nestas instituições se realiza a avaliação com base no PNASS.

Além disto, Foucault (2001, p.209) alerta que a avaliação também apresenta o caráter de exercer o “controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados” através da combinação de técnicas de hierarquia e sanção. Deste modo, é necessário revelar como o sistema avaliativo dos trabalhadores tem servido para o controle dos trabalhadores.

No Hospital Progresso, o sistema avaliativo já é bem desenvolvido e os trabalhadores afirmam que são constantemente avaliados. O Entrevistado HP6 afirma que os trabalhadores, após os quarenta e cinco dias e após noventa dias na instituição, são avaliados pela supervisão geral do setor e pela gerência. Os trabalhadores também avaliam os serviços e o gestor imediato. Depois de ano em ano, o trabalhador deve realizar uma auto-avaliação. A grande parte dos trabalhadores menciona como principal mecanismo de avaliação do Hospital Progresso as auditorias realizadas pelo SCQ.

A lógica avaliativa do SCQ está voltada para a certificação ISO 9000. As avaliações são periódicas e, são realizadas tanto por uma comissão interna quanto por uma externa. A comissão externa é a comissão certificadora que dá ou não o título de conformidade para o Hospital Progresso. Nesta avaliação, verifica-se se os POP's estão sendo seguidos, se os trabalhadores conhecem a rotina do serviço, o preenchimento correto dos prontuários:

os auditores vão até o primeiro andar de terapia intensiva e vão ver se os prontuários estão corretamente preenchidos, vão ver se esta faltando alguma coisa, se foi prescrito ou não, se todos os plantões seguem a mesma rotina, que é aquele documento que te falei [...] então e isso que eles verificam. Eles fazem o seguinte: eles selecionam três ou quatro profissionais da UTI e perguntam: “Quando você quer pesquisar isso, você vai onde?”. Aí eles vão saber se todos sabem. Eles pegam uma amostragem para saber se aqueles lá sabem. Se você sabe encontrar no sistema o que você precisa, se todo mundo sabe, quando um treco aqui suja você leva para onde? Aí os quatro têm que responder a mesma coisa, mas não é porque está avaliando o profissional, eles pegam uma amostragem e avaliam o serviço (ENTREVISTADO HP6).

Portanto, o trabalhador do Hospital Progresso deve conhecer e trabalhar conforme os POP's, seguindo aquilo que é preconizado pelo SCQ, para que a instituição continue sendo certificada. Assim, de certa forma, o trabalhador é obrigado a seguir o

preconizado pelo SCQ para manter-se na instituição, como afirma o Entrevistado HP5, visto que o serviço será avaliado a partir destes elementos:

Ele [trabalhador] é regime CLT, a empresa tem a autonomia de dispensar o profissional a qualquer momento que ela ache necessário. Então, ela avalia sempre esse profissional: se ele tem seguido, especialmente o uso do sistema de gestão de qualidade do hospital, se ele está dando o atendimento conforme aquilo que foi preestabelecido, de uma forma geral, pelo hospital (ENTREVISTADO HP5).

Deste modo, é possível compreender que o processo avaliativo realizado pelo SCQ tem um grande peso no controle do trabalhador, garantindo que este execute o seu trabalho conforme o preconizado pela gestão. O Entrevistado HP5 considera que a manutenção do emprego no Hospital Progresso está relacionada ao trabalho conforme o SCQ e esta ameaça é potencializada, na medida em que a padronização dos procedimentos possibilita que o trabalhador possa ser substituído por qualquer outro, visto que a rotina do setor é registrada e facilmente seguida por outro trabalhador.

A Entrevistada HP3 não considera que a lógica do SCQ seja prejudicial ao trabalhador, o que é ressaltado em sua fala é que o SCQ é para um “bem maior” e, que as influências no seu trabalho são as melhores possíveis. Nenhum trabalhador entende que o SCQ impõe amarras para o trabalhador.

Os gestores do Hospital Progresso, para a melhor aceitação dos trabalhadores, disseminam o discurso de que o SCQ é positivo para os trabalhadores, que facilita o trabalho: “o SCQ é um facilitador para o profissional, porque é muito bom trabalhar quando você sabe o [...] que a instituição espera. Você não trabalha no escuro, tem meta, tem rotina clara e específica. [...] é tudo muito bem comunicado e combinado” (ENTREVISTADA HP4).

Há também entre os trabalhadores o discurso de que o SCQ é primordial para a qualidade do atendimento ao usuário. O Entrevistado HP7 considera que o SCQ interfere em seu trabalho na medida em que este é uma forma de motivar o trabalhador a realizar cada vez mais o trabalho com qualidade e isto é internalizado de tal forma que se torna uma cobrança que o próprio trabalhador faz para si. A Entrevistada HP8, inclusive, afirma que este é um dos elementos que permite que o atendimento na instituição seja humanizado.

para mim, pessoalmente, interfere porque independente de ter SCQ ou não eu sempre procuro fazer o trabalho da melhor qualidade [...] E também atender

da melhor forma humana possível, porque eu acho que o ser humano merece, principalmente, aquele que está na área da saúde buscando um atendimento. Pode ser que alguns profissionais não gostem, porque eles não conseguem fazer um atendimento com qualidade e de forma humana: é um atendimento às vezes bruto, com frieza mesmo. E o sistema de qualidade não é assim, não é esse o objetivo, o objetivo dele é um objetivo humanizado. Então, ele interfere sim no atendimento do profissional (ENTREVISTADA HP8).

Nesta perspectiva, entre os trabalhadores do Hospital Progresso há a representação coletiva de que o SCQ é positivo e que contribui tanto para o desenvolvimento do trabalho quanto para a qualidade e humanização do atendimento ao usuário. A identificação da relação entre o SCQ e a lógica empresarial inexistente no discurso destes trabalhadores. Observa-se que os trabalhadores já passaram por um processo de adaptação a este sistema. A Entrevistada HP3 ao reforçar a obrigatoriedade de trabalhar conforme o preconizado pelo SCQ evidencia que este é um processo que é aos poucos incorporado pelo trabalhador “você é cobrado obviamente a trabalhar daquela forma [...] Então, no início, eu acho que até você se adaptar é meio complicado, mas depois que você se adequa aqui, se adapta fica mais fácil”.

No Hospital Transição, os entrevistados elencam as seguintes formas de avaliação: a avaliação do estágio probatório, a avaliação para o recebimento do bônus de produtividade, a pesquisa de satisfação do usuário. O Entrevistado HT1 menciona duas metodologias de avaliação, sendo elas a auto-avaliação e avaliação pela chefia imediata. A fala da Entrevistada HT8 esclarece como é o processo avaliativo no Hospital Transição:

Existe uma forma de avaliação, a gente tem uma avaliação até para a produtividade. É feita uma avaliação trimestral e aí se você alcança 90% ou mais você recebe 100% da produtividade, se abaixo disto é 60%, depois 30%, acho que é isso. Desde que começou a produtividade sempre existiu [a avaliação]. Também existe a outra avaliação de estágio probatório, sempre existiu. E existe também, sempre existiu, pesquisa de satisfação do usuário, sempre existiu dentro do hospital, pelo menos, uma ou duas vezes ao ano é feita, uma vez eu tenho certeza (ENTREVISTADA HT8)

A Entrevistada HT3, que já está na instituição há mais tempo, esclarece que o formato de avaliação na instituição foi mudando ao longo do tempo e considera que este processo não era muito frequente e rigoroso antes da chegada da OS Avante: “Não é muito rigorosa sabe? Não é feita frequentemente, às vezes, até acontecia a avaliação”. A política do processo avaliativo como forma de controle do trabalhador não foi até o momento desenvolvido no Hospital Transição.

Os entrevistados do Hospital Transição mencionaram formas de avaliação do processo de trabalho e da satisfação dos usuários. Nenhum dos entrevistados menciona a existência de um sistema de controle de qualidade ou a existência da lógica da TQM atrelada ao sistema avaliativo. Contudo, no *site* da SES, já se anuncia que o Hospital Transição está sendo preparado para o processo de certificação de acreditação. Em outras palavras, isto significa que a TQM e o formato avaliativo próximo ao do Hospital Progresso está prestes a ser implantado também nesta instituição.

### **3.6.2 A política educativa e a disciplinarização do trabalhador: um processo de ideologização**

Com relação à disciplinarização do trabalhador é importante considerar o papel dos processos educativos e do treinamento viabilizados pelos hospitais. A educação e o treinamento são de fundamental importância para a assimilação do discurso, da visão e da missão da gestão, de modo que os trabalhadores passem a partilhar este ideário. No Hospital Progresso em que a gestão pela TQM já está mais desenvolvida, a educação do trabalhador tem grande destaque. Os teóricos da TQM consideram que:

Cada trabalhador deverá partilhar a visão da organização, e sentir-se confortável com a maneira com que a visão é traduzida ou expressada. O comportamento e as ações dos trabalhadores da saúde serão condicionados por este quadro de envolvimento e parceria com a visão<sup>36</sup> (JOHNSON e OMACHONU, 1995, p.23).

Johnson e Omachonu (1995, p.23) entendem que não se trata de um programa a ser desenvolvido em uma organização de saúde, mas um processo que deve se tornar um modo de vida em que alguns ou todos estes objetivos sejam alcançados. Para que a TQM torne-se um modo de vida dentro de uma organização, é necessário investir na educação do trabalhador para que este trabalhe dentro dos parâmetros estabelecidos pela TQM, na medida em que “TQM exige uma transformação cultural que levará a novos valores e uma ética diferente<sup>37</sup>” (JOHNSON e OMACHONU, 1995, p.24).

---

<sup>36</sup> Tradução da autora

<sup>37</sup> Tradução da autora

O Entrevistado HP3 afirma que este “é um dos poucos centros que realmente estimula o colaborador a participar, a buscar a estudar, essa questão mesmo de formação acadêmica”. Conforme a Entrevistada HP4, que também atua como gerente, este incentivo à qualificação não é aleatório, trata-se de uma política do Hospital Progresso,

é pelo plano interno. Nós liberamos o colaborador uma vez por ano, ele tem direito a cinco dias. Então, tanto faz ele pegar um dia como cinco, que ele é liberado para aperfeiçoamento sem ônus para ele. [...] nós temos a política de liberar as trocas para que ele faça aperfeiçoamento se for para curso [...] Além disso, nós temos uma jornada anual, onde a instituição cancela a agenda por dois dias. Ela é sem ônus para o colaborador no sentido de inscrição [...] Além dessa jornada, também temos [...] a vídeo conferência [...] transmitida no Hospital Progresso para os colaboradores que têm interesse. [...] Palestras, minicursos, cursos nos finais de semana são contínuos [...] (ENTREVISTADA HP4).

O Entrevistado HP2 afirma que a instituição até dá suporte financeiro para a capacitação técnica dos trabalhadores e identifica que a melhoria técnica dos profissionais é para o crescimento da própria instituição. Observa-se que a proposta de educação do trabalhador no Hospital Progresso está intimamente relacionada com o saber fazer.

Observa-se pelo discurso dos entrevistados que o processo educativo do Hospital Progresso está sendo realizado com êxito. Nas entrevistas realizadas, os trabalhadores declararam que concordam com a gestão, com a filosofia e a missão estabelecidas. Os trabalhadores, inclusive, se autodenominam de “colaboradores”, em uma apropriação do discurso dos gestores. Ao designar o trabalhador com o termo colaborador se oculta que a relação estabelecida entre os gestores e os trabalhadores é de conflito de interesses, antagônica, de exploração. Esta forma de referir ao trabalhador não está presente entre os trabalhadores do Hospital Transição, apenas a Entrevistada HT7, que tem um trabalho relacionado à psicologia organizacional, utiliza a palavra colaborador.

Outro fator que justifica o forte investimento na qualificação dos trabalhadores realizados pelas instituições que adotam a lógica da TQM é a perspectiva da eliminação do desperdício e do retrabalho, na busca constante pela excelência: “é a eliminação do desperdício e do retrabalho. É quando o bom o suficiente nunca é bom o suficiente. É a busca incessante pela excelência em tudo que a organização faz<sup>38</sup>” (JOHNSON e OMACHONU, 1995, p.23).

---

<sup>38</sup> Tradução da autora

Diferentemente do Hospital Progresso, que investe fortemente na qualificação técnico-científica dos trabalhadores, no Hospital Transição não há um investimento significativo e sistematizado neste âmbito:

Infelizmente, é uma coisa assim que deixa muito a desejar [...] então, assim eu sempre busquei a participar de seminários, buscar mais formação, mas, a maioria não tem essa oportunidade e não era proporcionado pelo hospital, pelo Estado. A gente não tem muito esse incentivo, né? (ENTREVISTADA HT3).

A Entrevistada HT5 afirma que cabe ao trabalhador buscar os cursos da Escola de Governo e que nem sempre os cursos oferecidos são pertinentes ou de interesse dos trabalhadores: “depende do profissional buscar esses cursos, eles informam tudo e quando você entra você tem a liberação para fazer esse tipo de curso, mas é muito raro ter [curso] voltado à nossa profissão”. Entre os entrevistados do Hospital Progresso, em nenhum momento foram mencionados os cursos oferecidos pela Escola de Governo.

Mesmo com a possibilidade de liberação para os cursos da Escola de Governo, em horário de trabalho, a Entrevistada HT8 demonstra em sua fala que a política da OS Avante é de não conceder liberações: “eu acho que dificilmente, porque antes existia a possibilidade de alguns cursos você fazer até no horário de trabalho, agora eu tenho certeza que isso é impossível”. A Entrevistada HT5 afirma que durante a realização de processo seletivo para o mestrado solicitou permissão e, não obteve resposta positiva por parte da OS Avante: “até quando eu fui fazer essa tentativa deste mestrado, eu não obtive autorização. Aí eu continuei tentando, mas até o final eu não tive a aprovação deles”.

Apesar de não permitir a saída do trabalhador da instituição para qualificação, a gestão da OS Avante tem realizado, durante o expediente, momentos pontuais de capacitação técnica para os trabalhadores do Hospital Transição como seminários, palestras, conforme os Entrevistados HT4, HT5, HT7, HT10.

Quando eles chegaram, começaram a ter alguns seminários, mas cursos ainda não, porque é muito recente, eles assumiram no começo do ano, [...] mas tiveram alguns seminários com relação à CCIH [Comissão de Controle de Infecção Hospitalar], algumas palestras, mas estímulo para curso não (ENTREVISTADA HT5).

Atualmente, tem muitos eventos na área médica, na psicologia, muitos congressos, seminários. Agora pela instituição tivemos em 2012, em maio, a semana da enfermagem, tivemos sobre segurança no trabalho, que também

foi uma semana que também teve várias palestras. Na área médica também tivemos esse ano, mas é muito direcionada, muito focada para essa área (ENTREVISTADA HT7).

A própria OS Avante, assim como a OS Moderna, desenvolve no interior da instituição uma proposta educativa do trabalhador, que segundo Silva (2009), é baseada no saber técnico-científico, que visa à transmissão do conhecimento, que privilegia o desempenho das categorias profissionais de forma isolada e impossibilita a reelaboração do conhecimento.

A fala da Entrevistada HT4 corrobora com esta ideia e ainda afirma que os momentos de formação são realizados em horários nos quais a área técnica tem a maior demanda de trabalho. Neste sentido, observa-se que a qualificação que tem sido desenvolvida para os trabalhadores do Hospital Transição, de certa forma, privilegia os trabalhadores de nível superior em detrimento daqueles de nível médio:

Olha, existem algumas palestras, alguns cursos, algumas coisas, mas isso nunca chega a nós do nível médio, porque são sempre promovidos num horário em que a gente não pode ir. São sempre promovidos em horários que você está no pique do serviço, que como que você deixa seu paciente na mesa, ou como você deixa de dar um banho de leito, é como você deixa de fazer alguma coisa para o seu paciente para ir aprender as técnicas de um curativo, que seria muito importante para gente sabe? (ENTREVISTADA HT4).

O MS através da Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES) tem feito a tentativa de desenvolver um conjunto de ações com a finalidade de promover a formação, a educação permanente e, conseqüentemente valorizar e democratizar as relações de trabalho no SUS. Uma das políticas desenvolvidas por esta secretaria é a Política Nacional de Educação Permanente<sup>39</sup> em saúde (PNEPS) (BRASIL, 2011). A educação permanente é uma estratégia necessária ao fortalecimento do SUS articulando ensino, o trabalho e a cidadania. Entretanto, o que é realizado em termos de educação do trabalhador nos Hospitais Progresso e Transição se afasta em grande medida desta proposta. Apesar da PNEPS e dos programas por ela desenvolvidos abrangerem os trabalhadores do SUS, de modo geral, apenas os

---

<sup>39</sup> A proposta de educação permanente em saúde visa superar os métodos tradicionais de educação através das práticas inovadoras e ativas em educação. Ceccim e Ferla (2006, p.162) entendem que educação permanente em saúde é ao mesmo tempo uma prática de ensino-aprendizagem quanto uma política de educação em saúde. Enquanto prática de ensino-aprendizagem apoia-se no ensino problematizador, na aprendizagem significativa, “significa a produção de conhecimentos no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos”.

trabalhadores do Hospital Transição afirmaram ter conhecimento destes cursos. Mas, nenhum dos entrevistados revelou a existência dos programas da PNES nos hospitais em que trabalham. Portanto, esta política de formação para cidadania, de articulação entre educação e trabalho passam longe dos hospitais de gestão terceirizada.

### **3.7 O trabalho que adoecer: o adoecimento dos trabalhadores dos Hospitais Progresso e Transição**

O processo de adoecimento devido ao trabalho é uma situação que foi relatada pelos trabalhadores tanto do Hospital Transição quanto do Hospital Progresso.

Conforme Magali (2009, p.165), a própria mudança da lógica do serviço público para a da iniciativa privada, na qual o “trabalhador permanece em constante pressão, o que gera insegurança e insatisfação” pode ser considerada como uma forma de violência. Esta é uma situação que os trabalhadores do Hospital Transição se defrontaram com a mudança da gestão e estão lidando diariamente. Estas situações de violência, segundo Barreto (2006), só podem culminar no adoecimento:

Quando somos dominados constantemente pelo medo, vergonha, humilhação, culpa, tristeza, raiva, enfim, por sentimentos tristes, nossa biologia muda. A dor física, mesclada ao sofrimento, que tem sua origem no contexto social excludente, agudiza e prolonga a doença (BARRETO, 2006, p. 22).

Dal Rosso (2006, p.85), identifica um perfil de problemas de saúde que podem ser considerados como sendo resultado da intensificação do trabalho imaterial:

Se tratados conjuntamente, os diversos tipos de lesões por esforços repetitivos, mais estresse, depressão, hipertensão e gastrite, permitem-nos obter um perfil dos problemas de saúde decorrentes da intensificação do trabalho imaterial. De alguma maneira, esse conjunto de condições negativas da saúde do trabalhador decorre de qualidades próprias do trabalho imaterial denso: tarefas que se repetem ininterruptamente por períodos prolongados, pressão sobre os trabalhadores sob a forma de cobranças de resultados por chefes e administradores, pressão através das formas de controle sobre a quantidade e a qualidade do trabalho realizado, pressão por parte das exigências da clientela, que impõem um esforço mental e um controle emocional sobrehumanos, efeitos sobre o lado psíquico e relacional do trabalhador que deixam marcas sobre o corpo nas formas de tendinites, gastrites, hipertensões e que extrapolam o ambiente de trabalho, com reflexo sobre a vida familiar e social dos indivíduos (DAL ROSSO, 2006, p.85).

Da mesma forma que os demais trabalhos no setor de serviços, a intensificação do trabalho realizado no setor de saúde gera um perfil típico de problemas que inclui as condições elencadas por Dal Rosso (2006). Desta forma, é preciso considerar que o adoecimento não se dá apenas com relação à dimensão física. Dal Rosso (2006, p. 80) afirma que “os efeitos sobre a saúde da classe trabalhadora vão além da questão física e se manifestam também sobre a saúde mental”.

No caso do Hospital Transição, alguns elementos potencializaram o sofrimento mental e físico dos trabalhadores. Um destes elementos é o conjunto de medidas que a OS Avante adotou com relação ao usuário, que geraram um descontentamento entre os trabalhadores. A Entrevistada HT8 revela que a OS Avante não tem garantido os direitos dos usuários e isto gera uma revolta, descontentamento dos trabalhadores. A Entrevistada HT8 revela que entrou em conflito consigo mesma, pois da mesma forma que ela quer contar para o usuário, há o temor com relação à permanência neste local de trabalho. Este é um conflito que culmina no adoecimento:

até porque eu fiquei um mês, um mês afastada depois que entrou essa OS aí, porque eu comecei a ter piripaque. Eles começaram com umas medidas muito rígidas em relação ao usuário e aí dentro de mim a indignação cresceu tanto que eu não dava conta. Minha pressão subiu, minha glicose foi lá embaixo, eu fazia exame não dava nada, eu ia aos médicos e eles só falavam assim, você está a beira do esgotamento, você está a beira de uma estafa. Acho que você tem que ficar afastada pelo menos 30 dias. Estou medicada, para você ter noção, porque minha ansiedade chegou num ponto que até, atropelava as coisas, né? [...] eles [usuários] têm que conhecer o direito deles e, aí eu não vou esconder, eu não vou omitir. Se ele está sendo lesado dentro desses direitos, eu como assistente social preciso falar isso para ele, e aí eu comecei a entrar em conflito comigo mesma [...] Por isso que eu tive até que ficar afastada uns dias, para dar conta de digerir o que está acontecendo (ENTREVISTADA HT8).

Outro fator que colabora de forma contundente para o adoecimento mental dos trabalhadores no Hospital Transição, é a política da OS Avante de reduzir o quantitativo de trabalhadores estatutários colocando-os à disposição. A Entrevistada HT6 afirma que este processo resultou em uma grande pressão para os trabalhadores:

Ah, nossa! Demais da conta. Principalmente depois que a OS entrou, que veio a questão de colocar os funcionários a disposição, teve muita gente que desesperou. Teve uma colega nossa que estava grávida, ela é técnica de enfermagem e trabalhava lá no mesmo andar, faltava uma semana para ela ganhar neném, eles a colocaram à disposição. Eu falei assim: a menina vai ter o filho antes do prazo, quase que ela surtou. [...] Mas o que eu vi, é que toda vez que saía essa lista tinha uma apreensão geral. Tem gente que não tem

estrutura, tem gente que fica doente por causa disso, então vi lá colegas que ficaram doentes por causa disso (ENTREVISTADA HT6).

Deste modo, o Entrevistado HT1 associa a entrada da OS Avante na instituição com o adoecimento dos trabalhadores: “Muitos atestados psiquiátricos, de janeiro pra cá está sendo assim [...] E de janeiro para cá, eu já fiquei sabendo de três atestados psiquiátricos”. O aumento dos atestados psiquiátricos na instituição está relacionado ao clima de medo instaurado pela OS Avante ao colocar os trabalhadores à disposição, ao controle excessivo do trabalhador e a própria mudança na forma de trabalho.

Mas, além disto, o Entrevistado HT1 elenca que o aumento de atestados na instituição deve-se a uma estratégia de resistência às mudanças na nova organização do trabalho no Hospital Progresso.

Antes tinha falta, mas era menos, porque a gente podia trocar quatro plantões por mês. Então a gente não podia ir pedia para o colega: vai para mim? E ele ia. No dia que desse para mim eu iria, agora que é imposto uma por mês ou duas por bimestre. Então se tal dia eu não estou bem para ir, e eu já fiz a minha troca, vou faltar! Não vou, coisa que eu fiz semana passada, não estava muito bem, e aí ou eu arrumo um atestado ou eu falto, mas não tem outra escolha, né? (ENTREVISTADO HT1).

O absenteísmo no Hospital Transição aumentou e o uso dos atestados médicos para justificar as faltas também aumentou. O Entrevistado HT1 afirma que uma forma de evitar as faltas, mesmo em caso de doenças, que os trabalhadores do Hospital Transição, especialmente, os técnicos encontravam era a troca de escala. Assim, antes da OS Avante, o trabalhador poderia realizar rearranjos em sua escala realizando trocas com os colegas, sem deixar o plantão com falta de trabalhadores. Entretanto, estes rearranjos foram limitados pela nova gestão o que fez com que os trabalhadores não encontrassem outra escolha a não ser faltar com ou sem a apresentação de um atestado médico deixando muitas vezes o plantão com déficit de trabalhadores.

O Entrevistado HT2 evidencia que além do sofrimento mental, as doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (DORT) são comuns entre suas colegas de trabalho, que já atuam há mais tempo na profissão:

Tem duas colegas minhas que trabalham comigo, que já tem mais de quinze a vinte anos que trabalham, que queixam, não param de trabalhar, mas queixam que existem dores nos ombros, porque [...] é caixa pesada [...] Então existem dores nos ombros, nos braços, tem colegas que já fizeram cirurgia, da síndrome do túnel do carpo, que é uma LER [Lesão dos Exercícios

Repetitivos], existem sim [...] isso ai pode acontecer até comigo (ENTREVISTADO HT2).

O Entrevistado elenca uma série de patologias relacionadas ao trabalho que já existiam entre os trabalhadores antes mesmo da entrada da OS Avante. Todavia a intensificação do trabalho que a OS Avante tem promovido no Hospital Transição tende a agravar ainda mais a ocorrência destas patologias. A Entrevistada HT5 afirma que o trabalho que realiza em seu setor promove um grande desgaste físico e emocional e, que por isso sempre está doente: “na UTI só eu que estou porque é uma área muito difícil de atendimento, não só desgastante, é questão emocional como físico também, eu vivo doente”. A intensificação do trabalho na UTI ocorre na medida em que este trabalho exige um grande envolvimento das energias físicas e mentais do trabalhador que lida cotidianamente com situações de risco de vida. Como a lógica da OS Avante é realização de maior quantidade de cirurgias, que em certos casos exigem o cuidado em UTI, a intensificação do trabalho também será de natureza quantitativa, promovendo maiores desgastes ao trabalhador deste setor.

No Hospital Progresso, alguns dos trabalhadores relatam casos de adoecimento relacionados ao trabalho, porém, sempre paira na fala destes uma brecha para a dúvida, se aquela doença foi ou não relacionada ao trabalho na instituição e, ressaltam que são casos isolados, pontuais:

Olha, documentadas nós temos um caso de uma colaboradora, dois casos que eu sei documentados, que relataram ter adquirido aqui, né? Mas, já tinham antecedentes. Então assim comprovadamente nenhum (ENTREVISTADA HP4).

É ... teve alguns casos de alguns colegas nossos que desenvolveram tendinite especificamente pelo trabalho, mais eu acho que também não e só o trabalho, né? E...às vezes.... acontece... Uma vez aconteceu de uma colega ter que parar por stress. Mas também só uma colega! E uma vez! Foi recente, mas eu nunca soube de nenhum outro caso, e normalmente são as tendinites, alguma inflamação mais específica, por exemplo, no nervo ou no músculo mesmo, mas nada que não seja tratado (ENTREVISTADO HP9).

Os técnicos de enfermagem têm, principalmente, problemas de coluna, né? Acho que é sobrepeso, sobrecarga de paciente, lombalgia. *Burnout* eu já trabalhei com uma enfermeira que foi a gestora da terapia intensiva com *burnout*. Acho que só! Os demais são problemas articulares e musculares (ENTREVISTADO HP6).

Nas falas dos trabalhadores do Hospital Progresso aparecem tanto as psicopatologias quanto aquelas relacionadas com a dimensão física, relacionadas com esforço repetitivo, à sobrecarga de peso e à manutenção de posturas por longos períodos. Estes dados corroboram com a tese de Dal Rosso (2006, p.84), que identifica que o trabalho imaterial afeta a saúde dos trabalhadores assim como o trabalho material e, que além dos problemas relacionados à dimensão física, a dimensão psíquica é afetada dada as características deste tipo de trabalho: “as indicações dos problemas de saúde, portanto, são de outra ordem. Referem-se, especialmente, à saúde psíquica e a problemas decorrentes de um tipo de trabalho que é eminentemente intelectual e relacional”.

No Hospital Progresso, os entrevistados ao mesmo tempo em que apontam que as condições em que trabalham geram o adoecimento, também adotam uma postura defensiva, no que diz respeito à proteção da instituição e, sobretudo com relação à sua capacidade de trabalho.

Os Entrevistados HP3 e HP6 admitem que já foram acometidos por patologias relacionadas ao trabalho, entretanto, são enfáticos ao afirmar que nem mesmo o adoecimento os impede de trabalhar. A Entrevistada HP3 afirma que teve “nada muito significativo, já tive lesão por esforço repetitivo, mas assim nada que me impeça de trabalhar” e, o Entrevistado HP6 afirma que “já tive lombalgia, mas por ficar em pé muito tempo, claro que não me impeça de continuar não”. Fica claro na fala dos entrevistados que estes mantêm uma postura de negação do adoecimento. Dejours (2000) defende que a negação do adoecimento apresenta dois componentes: a vergonha de não conseguir trabalhar e o medo da destruição do corpo enquanto força capaz de produzir trabalho.

Conforme Dejours (2000, p.33), a vergonha “constitui uma verdadeira ideologia elaborada coletivamente, uma ideologia defensiva contra uma ansiedade precisa, a de estar doente ou, mais exatamente, de estar num corpo incapacitado”. O trabalhador tem vergonha de admitir o seu adoecimento, de estar em um corpo incapacitado para o trabalho, na medida em que esta aceitação muitas vezes é entendida socialmente como fazer “corpo mole” para não trabalhar e assim é acometido de uma angústia, na medida em que percebe “a destruição do corpo enquanto força capaz de produzir trabalho” (DEJOURS, 2000, p.34). A manutenção do corpo enquanto uma força capaz de produzir trabalho é fundamental em instituições nas quais o trabalhador só é útil enquanto ele colabora com a produtividade da instituição. Deste modo, mesmo que os

trabalhadores do Hospital Progresso fiquem doentes, estes não apresentam atestados e, não faltam ao trabalho:

nunca vi povo mais doente do que esse que trabalha na saúde. Mas de alguma forma o pessoal está ali dando conta do recado, levam poucos atestados para instituição, mas quando chegam a levar é porque está grave. Eu acho que é doença (ENTREVISTADA HP7).

A Entrevistada HP7 deixa claro que os atestados apresentados na instituição são poucos, sendo possível apreender que há uma negação do adoecimento na medida em que este compromete a permanência do trabalhador no hospital. Ainda na fala da Entrevistada HP7 observa-se um elemento importante a ser considerado: os trabalhadores da saúde adoecem muito, o que também está relacionado com a natureza do trabalho em saúde.

De modo geral, há entre os trabalhadores do Hospital Transição uma correlação entre a forma de gestão e o aumento do processo de adoecimento dos trabalhadores. Esta identificação não ocorre nos relatos dos trabalhadores do Hospital Progresso, talvez, porque estes tenham vivenciado somente formas de gestão privada e, não percebam como a forma de gestão influencia no adoecimento. Já no Hospital Transição, os trabalhadores estão vivenciando o processo de mudança da gestão na instituição e, podem vivenciar e perceber as diferenças entre uma forma de gestão e outra.

No Hospital Progresso, pode-se elencar como elementos que influenciam no adoecimento dos trabalhadores: a condição de heteronomia, o elevado grau de exigência e pressão psicológica, a carga de trabalho elevada, o excessivo controle do trabalhador, o trabalho intensificado e as próprias exigências do trabalho em saúde.

No Hospital Transição, como fatores determinantes do processo de adoecimento dos trabalhadores tem-se condição de heteronomia, o elevado grau de exigência e a pressão psicológica que foram impostas com a OSs Avante, o aumento da carga de trabalho, o aumento do controle do trabalhador, a ausência de reconhecimento por parte da gestão, à intensificação do trabalho, a quebra dos laços entre os trabalhadores e, conseqüentemente do apoio do grupo, as características do trabalho realizado, além das diversas formas de violência psicológica presentes no cotidiano destes trabalhadores como o ostracismo (colocar o trabalhador à disposição), intimidações, entre outras.

### **3.8 A saída do usuário dos Hospitais Progresso e Transição e a qualidade do atendimento**

No fluxograma analisador do modelo de atenção de um serviço de saúde, a etapa de saída do usuário do serviço corresponde ao momento em que os usuários que acessaram o serviço e, tiveram alguma intervenção sairão. A saída do usuário dos serviços pode ocorrer pela desistência e por meio da alta. Nesta etapa, Merhy (1997) evidencia que é possível apreender se o processo de saída também é acolhedor ou não e o tipo de resultado que a cadeia produtiva em uma instituição de saúde está produzindo.

No caso do Hospital Transição, ainda existe uma preocupação com a saída do usuário, de modo que este continue tendo acesso, no ambulatório, a todos os serviços necessários à recuperação de sua condição de saúde: “Quando eles vão ter alta, o médico fala que este paciente está programado para ter alta. A gente se programa para ter continuidade nas clínicas” (ENTREVISTADA HT5).

O usuário também pode dar continuidade ao tratamento na própria UBS. Neste momento, entra a contra referência, ou seja, o usuário é encaminhado novamente para o serviço do qual ele veio e haverá um acompanhamento contínuo e, mais próximo de sua condição de saúde. Este processo ainda encontra resistência, tanto do usuário quanto do próprio corpo clínico, como está presente na fala abaixo:

existe dentro do hospital e, assim, desde o início é para existir, independente de OS ou não- e os médicos têm dificuldade e hoje eles tão dizendo que vai acontecer mesmo é para eles fazerem a contra referência. Porque ele [o paciente] vem referenciado para cá e àqueles que já estão bem, o médico tem que dar alta. Só que quando ele vai dar alta, o paciente quase ajoelha lá querendo continuar, só que aí o médico fica com pena e deixa. Isso incha, realmente fica difícil para os outros vir. E tem muita gente que já está bom e não precisa voltar, então eles estão assim, trabalhando melhor os profissionais médicos (ENTREVISTADA HT8).

É necessário considerar no discurso da Entrevistada HT8 que, muitas vezes, o usuário tem medo de não ter mais acesso ao hospital de média/alta complexidade e, conseqüentemente a toda a gama de serviços que este oferece. Esta é uma possibilidade, visto que em determinados casos, em que se exige um tratamento prolongado, os usuários são recusados. Deste modo, a OS Avante tem preparado os trabalhadores para realizar a contra referência. Há que se considerar que a contra referência é uma necessidade em muitos casos, já que estes podem ser plenamente atendidos no nível da

atenção básica. Mas, além do medo de não voltar ao serviço, paira no imaginário coletivo a ideia de que a UBS<sup>40</sup> não atende, de fato, os problemas de saúde, sendo que esta representação está fortemente relacionada com a confiança no modelo hegemônico: hospitalocêntrico e biomédico. O médico como os demais trabalhadores da saúde formados neste modelo, acabam por deixar o usuário vinculado ao hospital, ao invés de fazer com que este retorne à UBS.

Observa-se no serviço social do Hospital Transição uma preocupação com o processo de alta terapêutica, de modo que este seja o mais humanizado e acolhedor possível:

Na hora da alta eu não posso por ele na rua, o Serviço Social, tem que muitas vezes, ele pode nesse momento da entrada tentar conseguir algum contato, algum... vê se existe algum vínculo familiar e se não existe, ele já vai começar um trabalho específico com aquele usuário desde o dia que ele entrou até o dia que ele sair. Muitas vezes vai ter que ir atrás de benefícios para ele, de fazer documento, para quando ele sair ir para um albergue ou um abrigo [...] (ENTREVISTADA HT8).

Deste modo, a Entrevistada HT8 ressalta o esforço realizado pelo grupo de profissionais do Serviço Social em buscar um vínculo familiar daquelas pessoas que não têm a família presente, em providenciar documentos e benefícios, aos quais o usuário tenha direito e, mesmo um abrigo para aquelas pessoas que não tenham uma moradia fixa.

No Hospital Progresso, a alta terapêutica ocorre com o alcance do objetivo funcional. Com a alta, o usuário pode ser liberado ou ir para outro atendimento que ele necessite, principalmente, os atendimentos em grupos. No setor de internação do Hospital Progresso a alta terapêutica também ocorre de acordo com o alcance dos objetivos funcionais. Para orientar o encaminhamento, há na instituição um fluxograma que deverá ser seguido:

Dentro da clínica existe um fluxograma. O paciente chega e assina um termo de consentimento e é avaliado. Este termo de consentimento vai determinar quais são os objetivos e o quanto de falta ele pode ter, quais são as roupas apropriadas que ele pode vir e o tempo de tratamento, né? Se chegou nesse tempo, ele evoluiu funcionalmente ou ele recebe alta ou ele vai para outra

---

<sup>40</sup> Neste ponto, é necessário ressaltar que a ideia deste serviço é resolver os problemas de baixa complexidade e, que quando estes não são resolvidos neste nível aí sim são encaminhados para média e alta complexidade.

atividade: academia que seja mais adequada ou para outra clínica, para outro profissional ou ele recebe alta (ENTREVISTADO HP1).

A existência de um fluxograma orientador não foi mencionada em nenhum momento pelos profissionais do Hospital Transição. No Hospital Progresso, existe ainda a possibilidade da alta administrativa caso haja uma discordância do usuário com o terapeuta acerca dos objetivos e de desvios ao objetivo funcional inicial.

Existem critérios funcionais. né? Critério de objetivos funcionais e o que ele pretende dentro da instituição. Se o paciente não se enquadra naquele objetivo, se está se desviando por algum motivo ou outro, ele tem uma alta administrativa, né? Na internação isso bem é colocado, colocado claramente para ele. Os objetivos que ele quer e os objetivos que a instituição pode dar para ele, que ele pode alcançar. Atingiu isso, ele recebe alta. (ENTREVISTADO HP1).

Assim como no Hospital Transição, no Hospital Progresso há resistência por parte dos usuários e da família com relação à alta: “às vezes, se é um fisioterapeuta que está tendo um problema com paciente, um problema lá em relação de alta que o terapeuta quer dar e a família está resistente e não aceita” (ENTREVISTADA HP8). A recusa com relação à alta pode estar relacionada ao fato de que tanto no Hospital Transição quanto no Hospital Progresso, o usuário recebe alta sem que suas necessidades de saúde tenham sido atendidas, devido à lógica da rotatividade. Apesar disto, a gestão dissemina o discurso para a sociedade de realização de um trabalho de qualidade para o usuário. Entretanto, este discurso diz respeito à qualidade total, pautada nos princípios mercadológicos, que não corresponde à qualidade socialmente necessária.

Como falar em qualidade do atendimento ao usuário se ele recebe alta com base na questão temporal? Como afirmar que o atendimento tem qualidade se não se pode dispensar muito tempo no atendimento ou atendendo a dois, três usuários ao mesmo tempo, impedindo o estabelecimento de vínculos? Como afirmar que o atendimento tem qualidade se as condições de trabalho que os trabalhadores estão submetidos são de precarização?

Diante do exposto ao longo deste trabalho, é possível afirmar que a política da produtividade tem sido colocada em ação pelas OSs para a gestão dos hospitais públicos em detrimento do atendimento às necessidades de saúde do usuário. Estas ficam

secundarizadas com uma clara ruptura com a ética constitutiva do serviço público, a ética do bem comum (CHANLAT, 2002).

Os dados desta pesquisa corroboram com a afirmação de Souza (2010, p.342) de que com as OSs o “trabalho em saúde enfrenta não só uma desregulamentação das relações e condições de trabalho, mas uma desestruturação da atividade em saúde que envolve o trabalhador de saúde e os usuários do serviço”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A política de saúde em vigor no Brasil, o SUS, além dos serviços como os hospitais, ambulatorios, unidades de atenção básica também compreende ações no campo da saúde que atendem a milhares de brasileiros. Entretanto, esta política tem sido paulatinamente vilipendiada. Este não é um processo aleatório, mas está em conexão com o contexto mais amplo. Neste sentido, é preciso considerar que a política neoliberal é incisiva no que diz respeito à supressão dos direitos sociais e, conseqüentemente das políticas relacionadas à garantia destes direitos como é o caso da saúde. Assim, diversas estratégias têm sido criadas e reinventadas com vistas a desobrigar o Estado de garantir estes direitos e da própria força de trabalho. No que diz respeito ao setor de saúde, a Reforma Administrativa da Saúde preconiza uma série de medidas que visam esta reestruturação. Uma das estratégias no setor de saúde é o processo de terceirização da gestão em que a gestão dos serviços públicos como os hospitais é transferida para terceiras, no caso OSs.

Mediante ao exposto, este trabalho teve como objetivo identificar e analisar as repercussões da terceirização da gestão nos hospitais públicos do Estado de Goiás para o trabalhador da saúde e no trabalho em saúde.

Os dados obtidos nesta pesquisa indicam que o quadro de trabalhadores dos Hospitais Transição e Progresso, duas instituições públicas do Estado de Goiás, é constituído, em grande parte, por trabalhadores assalariados: celetistas e estatutários. O quadro de trabalhadores do Hospital Progresso é constituído majoritariamente por trabalhadores celetistas em virtude da política de contratação das OSs gestoras dos hospitais públicos: a contratação via processo seletivo com relação contratual celetista. Isso significa que os concursos públicos para a área da saúde no Estado de Goiás tendem a ocorrer com menor frequência e até mesmo a não ocorrerem para os hospitais de gestão terceirizada. E, assim, progressivamente os trabalhadores estatutários destas instituições sejam substituídos por trabalhadores celetistas, até que o quadro de trabalhadores dos hospitais públicos, em geral, se assemelhe ao do Hospital Progresso. Nesta instituição, além dos trabalhadores assalariados há um expressivo número de trabalhadores sem vínculo contratual com a OS Moderna, são trabalhadores autônomos e prestadores de serviço, principalmente, da categoria médica.

A diversificação dos vínculos contratuais culmina na fragilização da organização dos trabalhadores para as lutas coletivas, visto que cada grupo passa a se organizar em torno dos interesses específicos e não em torno daqueles que dizem respeito à coletividade. Além disto, no Hospital Transição a relação entre estatutários e celetistas é marcada pela tensão, na medida em que estes constituem dois grupos com interesses e posicionamentos distintos, principalmente, com relação às atividades da OS Avante. Esta quebra dos vínculos entre os trabalhadores também dificulta a cooperação, necessária para a realização do trabalho.

A ausência do concurso público implica na perda da estabilidade do servidor público, na medida em que a contratação via CLT permite a demissão do trabalhador no momento em que a OS gestora considere necessário. A instabilidade do trabalhador no serviço público implica na redução da articulação dos trabalhadores, na redução da postura de enfrentamento às práticas da gestão e, sobretudo, garante um maior envolvimento do trabalhador físico, mental com o trabalho para permanecer no mesmo. Para os trabalhadores efetivos, como é o caso do Hospital Transição, a OSs Avante criou um sentimento de instabilidade nos trabalhadores ao colocar determinados trabalhadores à disposição para contratação de uma menor quantidade de trabalhadores via CLT. O sentimento de instabilidade criado entre os estatutários permite que a OS Avante tenha um maior controle sobre os trabalhadores, pois a ameaça de colocar o trabalhador à disposição, em certa medida, o coíbe de contrariar o estabelecido pelos gestores, de manifestar oposição. Este sentimento de instabilidade também gera uma pressão psicológica muito grande para o trabalhador, visto que este teme a todo o momento que seja colocado à disposição.

A fragmentação dos trabalhadores da saúde também ocorre devido à política de recompensa diferenciada para os trabalhadores dos hospitais de gestão terceirizada. Um primeiro elemento é que as unidades hospitalares apresentam diferentes salários e inexistente um plano de cargos e salários para a categoria, ou seja, a reivindicação por melhores salários não mais será uma luta coletiva dos trabalhadores da saúde junto a esfera governamental, mas será em cada hospital junto à OS gestora. No Estado de Goiás, a fragmentação é reforçada pelas leis que instituem a gratificação por produtividade, o que incita os trabalhadores a atenderem cada vez mais usuários para elevar a produtividade do hospital e por fim, pelo decreto que, inconstitucionalmente, estabelece as gratificações por insalubridade pela lotação do trabalhador.

A mudança no formato de gestão no Hospital Transição culmina na aplicação de novas formas de controle dos trabalhadores e disciplinarização às novas condições de trabalho. Merece destaque o extensivo sistema de câmeras até mesmo nos centros cirúrgicos, que as OSs utilizam para o controle do trabalhador. No Hospital Progresso, a arquitetura é projetada para o controle do trabalhador tanto pelos próprios trabalhadores quanto pelas chefias. Assim, há espaços de trabalho coletivo, cercado por vidros, em que os trabalhadores realizam o seu trabalho ao lado de tantos outros. Estas formas de controle podem ser consideradas como negativas, na medida em que são excessivas e que não possibilitam ao trabalhador questioná-las.

Neste formato de gestão tanto o trabalhador quanto o usuário são alijados do processo de controle social e das próprias decisões relativas à gestão. As decisões que envolvem a organização do serviço, os seus objetivos, a locação de recursos, a decisão sobre compras de materiais são de responsabilidade apenas do gestor, de um conselho administrativo que não conta com a participação dos usuários e trabalhadores. A participação do trabalhador se dá apenas com relação às sugestões referentes aos aspectos técnicos. A criação de um conselho local no Hospital Transição foi realizada a partir da pressão dos trabalhadores estatutários de modo a possibilitar algum controle social sobre as ações da OS Avante. Contudo, esta é uma instância que de fato não funciona, pois seria em tese uma instância que defenderia os interesses dos usuários e dos trabalhadores o que não coincide com os interesses da gestão. Como este conselho não pode ser mais destituído a OSs Avante tem agido de forma autoritária com relação a esta instância. No Hospital Progresso, pela própria forma de constituição desta instituição o conselho local de saúde inexistente. Esta é mais uma das ações inconstitucionais das OSs que afronta a política de consolidação do SUS.

No Hospital Progresso, a OS Moderna já realiza uma gestão baseada nos princípios da qualidade total, inclusive, com a implantação de um sistema de controle de qualidade e realização de auditorias para avaliação dos serviços. O Hospital Transição também está em processo de implantação desta lógica. Compreende-se que a qualidade que esta política visa não é a qualidade socialmente necessária, mas sim aquela que possibilita a lucratividade. Para o trabalhador, a gestão baseada nos princípios da qualidade total implica que este deverá seguir determinados protocolos, procedimentos operacionais padrão e rotinas com significativa redução da autonomia do trabalhador. Nestas instituições, a organização do trabalho é realizada pelas gerências/supervisões e ao trabalhador cabe a execução do preconizado. Pode-se afirmar pelos dados desta

pesquisa que os trabalhadores dos hospitais de gestão terceirizada trabalham em uma condição de reduzida autonomia, ou ainda, de heteronomia.

Sob a gestão das OSs, a instituição hospitalar, que deveria ter o trabalho voltado para o atendimento às necessidades de saúde dos usuários, passa a funcionar na lógica da produtividade. Isto significa que a centralidade do atendimento dos hospitais geridos por OSs está na produtividade em detrimento do usuário. Deste modo, a principal estratégia colocada em ação para que seja alcançada a produtividade desejada é a política de rotatividade dos usuários. Esta política afeta tanto no processo de trabalho quanto no trabalhador.

Os serviços são reorganizados de modo a potencializar o trabalho naqueles setores em que há uma maior rotatividade, os trabalhadores devem manter suas agendas sempre cheias e não dispensar muito tempo com o usuário. Isto significa que existe uma intensificação do trabalho nos hospitais de gestão terceirizada. No Hospital Transição esta intensificação se dá com o aumento do quantitativo de usuários atendidos no serviço e a redução do quantitativo de trabalhadores. No Hospital Progresso, o quantitativo de usuários a serem atendidos por cada trabalhador é elevado. Todavia, a intensificação do trabalho não se dá apenas com o aumento do quantitativo de usuários atendidos, mas também pela exigência de envolvimento, pela pressão psicológica que os trabalhadores estão submetidos. Uma das consequências da intensificação do trabalho, da redução da autonomia, das pressões que o trabalhador está submetido é o adoecimento.

. É possível afirmar que o trabalho realizado nos hospitais de gestão terceirizada é um trabalho precarizado, apesar da política do MS de desprecarização do trabalho no SUS. Esta situação de trabalho precário culmina no adoecimento dos trabalhadores dos hospitais de gestão terceirizada. Em geral, pode-se afirmar que o adoecimento dos trabalhadores destes hospitais é influenciado pela condição de heteronomia, o elevado grau de exigência e pressão psicológica, a carga de trabalho elevada, o excessivo controle do trabalhador, o trabalho intensificado, o aumento do controle do trabalhador, a ausência de reconhecimento por parte da gestão, a quebra dos laços entre os trabalhadores e, conseqüentemente do apoio do grupo, as diversas formas de violência praticadas pelos gestores no cotidiano do trabalho, além das próprias características do trabalho em saúde. As OSs empregam para a gestão dos hospitais públicos a perspectiva do mercado, o que faz com que os trabalhadores sejam submetidos à lógica de trabalho do setor privado.

A política adotada pelas OS Avante e Moderna é a da rotatividade dos usuários no serviço, ou seja, quanto mais usuários passarem pelo serviço mais reconhecimento social as OSs obtêm. No caso do Hospital Transição, os usuários que necessitam de um período prolongado de internação são recusados e a realização de cirurgias que demandam um curto período de internação é privilegiada. Já no Hospital Progresso, a rotatividade dos usuários é viabilizada a partir do estabelecimento de objetivos funcionais de curto prazo. Deste modo, assim que o usuário atinge um objetivo específico ele recebe alta e, caso haja mais alguma demanda ele deverá entrar novamente na fila de espera.

As regras que as OSs estabelecem para a coisa pública são as da iniciativa privada, como as de qualquer empresa capitalista. Apesar do discurso estatal de que as OSs não são empresas privadas que visam ao lucro, a prática destas tem demonstrado justamente o contrário. As OSs têm se revelado empresas, ditadas pelas regras capitalistas, que destroem a lógica do serviço público e, principalmente, do SUS, na medida em que os gestores tentam colocar os hospitais para funcionar na lógica da iniciativa privada. Assim, é necessário questionar veementemente a política privatizante do Estado de transferir os hospitais públicos para a iniciativa privada.

A política que as OSs têm adotado para realizar a gestão dos hospitais públicos comprometem diversos princípios do SUS, tais como: a integralidade e a universalidade. Além disto, a contratação realizada, por vezes, com base em convites pessoais também consiste em uma clara afronta ao princípio da impessoalidade que deve reger a contratação no serviço público.

Os dados desta pesquisa vão ao encontro dos dados obtidos por Granemann (2008) ao pesquisar as fundações estatais. Isto demonstra que apesar de se revestirem sob diversas denominações as OSs, OSCIPs, a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) são elementos de um mesmo processo. Deste modo, é possível estender a estas formas de terceirização da gestão, resguardando-se as especificidades de cada uma delas, que estas produzem prejuízos tanto aos trabalhadores quanto aos usuários do serviço.

Diante do exposto, faz-se necessário demonstrar tanto para a sociedade em geral e até mesmo para certos grupos de trabalhadores da saúde, que consideram que a gestão realizada pelas OSs é positiva, como esta traz prejuízos para o trabalhador, para o usuário e para própria consolidação do SUS. Neste sentido, é urgente que os trabalhadores da saúde reconheçam que a política empregada pelas OSs não possibilita

que o trabalho que realizam tenha a qualidade socialmente necessária e assim se articulem juntamente com os usuários dos serviços de saúde para resistir e enfrentar esta modalidade de privatização dos serviços públicos de saúde.

Deste modo, é necessário que se rompa com o encantamento produzido pelo discurso do capital e se fortaleça a luta da sociedade civil por políticas públicas em saúde que sejam realmente voltadas para atender às necessidades do usuário e não aos interesses do mercado.

Considerando que este estudo apresenta um recorte das relações entre a gestão terceirizada via OSs e o trabalho em saúde, outros estudos são necessários com outros enfoques, recortes, perspectivas de análise para que este objeto seja melhor analisado.

Espera-se que os resultados deste trabalho possam contribuir no debate acerca do trabalho em saúde, sob uma nova forma de gestão, permitindo que sejam desenvolvidas reflexões acerca do presente e do futuro do trabalhador da área da saúde e a tendência para o atendimento em saúde da sociedade brasileira.

## REFERÊNCIAS

ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil: entre o estado e o mercado**. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de São Paulo, São Paulo, 2003.

\_\_\_\_\_. Falta um pacto na Saúde: elementos para a construção de um pacto ético-político entre gestores e trabalhadores do SUS. In: **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro. V.36, nº 95, out/dez 2012.

ALBUQUERQUE, A. C. C. **Terceiro setor: história e gestão de organizações**. São Paulo, Summus, 2006.

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo**. Ed. Boitempo, São Paulo, SP, 2000.

ANDERSON, P. Balanço do neoliberalismo. In SADER, E.; GENTILI, P (orgs.) **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995, p. 9-23.

ANTUNES, R. L. C. **Adeus ao trabalho: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho**. 10ª ed. São Paulo: Cortez, Campinas, SP: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 2005a.

\_\_\_\_\_. **O Caracol e sua Concha: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2005b.

\_\_\_\_\_. **Afinal quem é a classe trabalhadora hoje?** In: Revista da Rede de estudos do trabalho. Ano II, número 3, 2008.

ARAUJO, L. E. D. Análise dos modelos de Estado social e regulador no Brasil a partir da obra "Raízes do Brasil". In: **Jus Navigandi**, Teresina, ano 13, n. 1978, 30 nov. 2008 . Disponível em: <<http://jus.com.br/revista/texto/12026>>. Acesso em: 6 nov. 2012.

ARRETCHE, M. T. S. **O processo de descentralização das políticas sociais no Brasil e seus determinantes**. Campinas, SP, 1998 (Tese de doutorado).

BANCO MUNDIAL. **Brasil: novo desafio à saúde do adulto**. Washington, D.C., 1991 (série de estudos do Banco Mundial sobre países). Disponível em: [http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/43pub\\_br39.pdf](http://siteresources.worldbank.org/BRAZILINPOREXTN/Resources/3817166-1185895645304/4044168-1186326902607/43pub_br39.pdf). Acesso em 04/03/2012.

BARRETO, M. **Violência, saúde e trabalho: uma jornada de humilhações**. São Paulo: EDUC, 2006.

BEHRING, E. R. Fundamentos de Política Social. In: **Revista Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

BEHRING, E. R; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. 8ª ed., São Paulo: Cortez, 2011.

BOITO JÚNIOR, A. **Política neoliberal e sindicalismo no Brasil**. 1ª ed., Xamã Editora, 1999.

BRASIL. **Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. 1986.

\_\_\_\_\_. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Relatório da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio\\_8.pdf](http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf). Acesso em 01/05/2012.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.080 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, 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.142 de 28 de Dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde - SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências, 1990b.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 8.662, DE 7 DE JUNHO DE 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências, 1993.

\_\_\_\_\_. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOBSUS 96** - Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

\_\_\_\_\_. **Emenda constitucional nº 19, de 1998**. Modifica o regime e dispõe sobre princípios e normas da Administração Pública, servidores e agentes políticos, controle de despesas e finanças públicas e custeio de atividades a cargo do Distrito Federal, e dá outras providências. Brasília, DF, Senado, 1998a.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.637, de 15 de maio de 1998**. Dispõe sobre a qualificação de entidades como organizações sociais, a criação do Programa Nacional de Publicização, a extinção dos órgãos e entidades que menciona e a absorção de suas atividades por organizações sociais, e dá outras providências, 1998b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 626/GM, de 08 de abril de 2004**. “Dispõe sobre Diretrizes Nacionais para a instituição de Planos de Carreiras, Cargos e Salários no âmbito do Sistema Único de Saúde – PCCS-SUS”, 2004a. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/diretrizespccsusnov06.pdf> Acesso em 29/05/2103.

\_\_\_\_\_. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde: polos de educação permanente em saúde** – Brasília: Ministério da saúde, 2004b.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_. Decreto Lei nº 5.452 de 1º de maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Regulação em Saúde / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília : CONASS, 2007a.

\_\_\_\_\_. **Portaria GM nº 1996 de 20 de agosto de 2007**. Dispõe sobre as diretrizes para implementação da Política Nacional de Educação Permanente em saúde e dá outras providências. Brasília, 2007b.

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 35 de 4 de janeiro de 2007**. Institui, no âmbito do Ministério da Saúde, o Programa Nacional de Telessaúde. Brasília, 2007c.

\_\_\_\_\_. **Educação Profissional e Profaps**. 2007d. Disponível em: <http://www.prosaude.org/not/prosaude-maio2009/educacaoProfissionalProfaps06-05-09.pdf>. Acesso em 13/09/10.

\_\_\_\_\_. **Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde: Resultado do processo avaliativo 2004-2006**, 2007e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. **Diretrizes para a implantação de complexos reguladores**. 2.ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde: SGETS : políticas e ações** / Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 32p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde).

\_\_\_\_\_. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **Censo da educação superior: 2010 – resumo técnico**. – Brasília : Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira, 2012.

\_\_\_\_\_. **Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde**. 2013.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Portaria interministerial ms/mec nº 2.101, de 3 de novembro de 2005**. Institui o Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde - Pró-Saúde - para os cursos de graduação em Medicina, Enfermagem e Odontologia, 2005.

BRASIL, Ministério do trabalho e emprego. **Portaria nº 1.510, de 21 de agosto de 2009**. Disciplina o registro eletrônico de ponto e a utilização do Sistema de Registro Eletrônico de Ponto - SREP.2009.

BRAGA, M. M.; PEIXOTO, M. C. L.; BOGUTCHI, T. F. Tendências da demanda pelo ensino superior: estudo de caso da UFMG. *Cadernos de Pesquisa*, nº113, p. 129-152, 2001.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1980.

BREILH, J. **Epidemiologia: economia, política e saúde**. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista: Fundação para o desenvolvimento da UNESP: HUCITEC, 1991.

BRESSER PEREIRA, L. C. Gestão do setor público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: BRESSER PEREIRA, L. C; SPINK, P. K (orgs). **Reforma do Estado e Administração pública gerencial**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fundação Getúlio Vargas, 1998a.

\_\_\_\_\_. Reforma Administrativa do Sistema de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. **A Reforma administrativa do sistema de saúde/ Ministério da Administração Federal e reforma do Estado**. Brasília: MARE, 1998b. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13).

\_\_\_\_\_. A estabilidade desejada. In: **Jornal do Brasil**, 1995.

BUENO, W.S; MERHY, E. Os equívocos da NOB/96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? In: Conferência Nacional de Saúde On-Line. Na sequência da 10ª Conferência Nacional de Saúde. Tema: Norma Operacional Básica 01/96, 1997. (Mimeo).

CAMPOS, G. W. S. A Reforma Sanitária necessária. In: BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F; CAMPOS, G. W. S (orgs) **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo: Hucitec-CEBES, 1988.

CASTEL, Robert. A sociedade salarial. In: **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**, 7ª ed, Petrópolis, RJ: Vozes. 2008.

CARDOSO, F.H. Reforma do Estado. In: PEREIRA, L.C.B; SPINK, P. K. (orgs) **Reforma do Estado e administração pública gerencial**. 2ª ed. Rio de Janeiro: editora Fundação Getúlio Vargas, 1998.

CARVALHO, Y.M. Práticas corporais e comunidade: um projeto de Educação Física no Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa. In: FRAGA, A. B; WACHS, F. (orgs). **Educação Física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

CECIM, R.B; FERLA, A. A. Educação Permanente em saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de técnicos em saúde (orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

CHANLAT, J.F. O gerencialismo e a ética do bem comum: a questão da motivação para o trabalho nos serviços públicos In: **VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública**, Lisboa, Portugal, 2002

CHIAVENATO, I. **Teoria Geral da Administração**. 6ª ed. Revista e atualizada. Rio de Janeiro: Elsevier, vol. 2, 2002.

\_\_\_\_\_. Recompensas e punições. In: **Administração Geral e Pública**. 6ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2006.

CHIAVEGATO FILHO, L. G.; NAVARRO, V. L. A organização do trabalho em saúde em um contexto de precarização e do avanço da ideologia gerencialista. In: **Revista Pegada**. vol. 13, n.2, dezembro/2012.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais**. 11ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Piso salarial dos psicólogos**. <http://site.cfp.org.br/documentos/piso-salarial-de-psicologos/> Acesso em: 30/04/2013.

CONSELHO REGIONAL DE NUTRIÇÃO. **Tabela de honorários mínimos para os nutricionistas**. Disponível em: [http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2012/03/tab\\_hon\\_2012.pdf](http://www.crn1.org.br/wp-content/uploads/2012/03/tab_hon_2012.pdf). Acesso em: **30/04/2013**.

CORREA, M. V. C. Controle Social na Saúde. In: MOTA, A. E. *et al* (orgs). **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional**. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, Cortez, 2006.

CORREIA, M. V. C. A Saúde no Contexto da Crise Contemporânea do Capital: o Banco Mundial e as tendências da contra-reforma na Política de Saúde brasileira. In: **Temporalis**. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social: Impasses e Desafios. ABEPSS, 2007.

COSTA, C. G. Alves. **Cartilha sobre Prontuário Eletrônico - A Certificação de Sistemas de Registro Eletrônico de Saúde**. 2012.

DAL ROSSO, S. Intensidade e imaterialidade do trabalho e saúde. In: **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 4 n. 1, p. 65-91, 2006.

DAMATTA, R. **A Casa & a Rua – Espaço, Cidadania, Mulher e Morte no Brasil**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Ed. Cortez, 5ªed. 2000.

Redação do Diário de Goiás. Servidores à disposição e a explicação da OS Avante<sup>41</sup>. In: **Diário de Goiás**, 2013.

---

<sup>41</sup> O título do artigo foi modificado visando à proteção do nome da instituição

DIEESE. **O Processo de Terceirização e seus Efeitos sobre os Trabalhadores no Brasil**. 2007. Disponível em [http://www.mte.gov.br/observatorio/Prod03\\_2007.pdf](http://www.mte.gov.br/observatorio/Prod03_2007.pdf). Acesso em 16/09/2011.

\_\_\_\_\_. O trabalho na saúde- 1998- 2008. In: **Boletim Trabalho na saúde**. Ano1, nº1, dez/2009.

DONNANGELO, M.C.F. **Saúde e Sociedade**. 2ª ed. São Paulo: duas cidades, 1979.

ELIAS, P.E. Estrutura e organização da atenção à saúde no Brasil. In: COHN, A (org). **Saúde no Brasil. Políticas e organização dos serviços**. São Paulo, Ed. Cortez, 2ªed., 1998.

FERNANDES, R. C. **Privado porém público: o terceiro setor na América Latina**. Rio de Janeiro: Relume- Dumará, 1994.

FLEURY, S. Iniquidades nas políticas de saúde: o caso da América Latina. In: **Rev. Saúde Pública**, 29 (3). 243-50, 1995.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro, RJ: Ed. Graal, 16ªed. 2001.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e Punir: história da violência nas prisões**. 20ª ed. Petrópolis, Ed. Vozes, 1999.

FRANCO, T. B; BUENO, W. S; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim (MG). In: MERHY, E. E. *et. all* (orgs). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FRIEDMAN, M. **Capitalismo e liberdade**. Ed. Artenova, 1977.

GOIÁS. **Lei nº 15.337, de 1º de setembro de 2005. Dispõe sobre o Quadro Permanente e o Plano de Cargos e Remuneração dos Servidores da Secretaria de Estado da Saúde, e dá outras providências**. Assembleia Legislativa do Estado de Goiás, em Goiânia, 1º de setembro de 2005.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6.606, de 29 de março de 2007. Fixa o percentual da gratificação pela execução de atividades insalubres para os servidores da Secretaria de Estado da Saúde**. PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 29 de março de 2007, 119º da República.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 16.561, de 27 de maio de 2009. Reajusta os vencimentos dos cargos do Quadro Permanente dos Servidores da Secretaria da Saúde**. PALÁCIO DO GOVERNO DO ESTADO DE GOIÁS, em Goiânia, 27 de maio de 2009, 121º da República.

\_\_\_\_\_. **Contrato de gestão do estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde com a OS Moderna**, 2011.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 17.625, de 27 de abril de 2012.** Institui, no âmbito da Secretaria de Estado da Saúde, a gratificação que especifica. **Diário oficial do Estado de Goiás de 30-04-2012.** 2012a.

\_\_\_\_\_. **Contrato de gestão do estado de Goiás, através da Secretaria de Estado da Saúde com a OS Avante,** 2012b.

GRAMSCI, A. C. Cadernos do Cárcere. O *Risorgimento*. Notas sobre a História da Itália. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, v.5, 2002.

GRANEMANN, S. Fundações Estatais: Projeto de Estado do Capital. In: BRAVO, MARIA INÊS SOUZA et al (org.) **Modelos de gestão e agenda para a saúde.** Rio de Janeiro: ADUFRJ SSind, 2008.

HARVEY, D. **A Condição Pós –Moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural.** 2ª ed. São Paulo: Ed. Loyola, 1993.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Demografia das Empresas 2010, 2012.

JOHNSON, J.A; OMACHONU, V. K. Total quality management as a health care corporate strategy. In: **International Journal of Health Care Quality Assurance**, Vol. 8, 1995.

JUNQUEIRA, L.P. A descentralização e a reforma do aparelho estatal em saúde. In: **CONESQUI: A. M (org). Ciências Sociais e saúde. São Paulo, Ed. Hucitec-Abrasco, 1997.**

KUENZER, A. Z. Educação profissional: categorias para uma nova pedagogia do trabalho. In: **Boletim Técnico do Senac.** vol.25 (2), maio/agosto, 1999.

KOSIK, Karel. **Dialética do Concreto.** Rio de Janeiro, Paz e Terra, 2ª ed. 1976.

LALANDE, ANDRÉ. **Vocabulário Técnico e Crítico da Filosofia.** 3ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

LIMA, N. T. O Brasil e a Organização Pan-americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FILKEMAN, J (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

LISBOA, T.K. Um olhar por baixo do tapete: mulheres terceirizadas. In: **Revista Mulher e trabalho: Publicação Especial Do Convênio Da Pesquisa De Emprego E Desemprego na Região Metropolitana de Porto Alegre (PED-RMPA).** v.4, 2004. Disponível em: <http://www.fee.tche.br/sitefee/download/mulher/2004/artigo11.pdf>. Acesso em 16/09/2011.

MACHADO, F.L, COSTA, A.F, MAURITTI, R., MARTINS, S.C, CASANOVA, J.L, ALMEIDA, J.F. Classes sociais e estudantes universitários: Origens, oportunidades e orientações. In: **Revista Crítica de Ciências Sociais [Online],** 2003.

MAGALI, M. C. Transformações do trabalho e violência psicológica no serviço público brasileiro. In: **Revista brasileira de Saúde ocupacional**, São Paulo, 34 (120): 163-171, 2009.

MARCELINO, P. Afinal, o que é terceirização? Em busca de ferramentas de análise e de ação política. In: **Revista Pegada**. v.8, n.2, dez/2007.

MARCH, C. A contra-reforma do Estado e o trabalho nos serviços públicos: uma análise da realidade brasileira. In: **XI Congresso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva**, Bogotá: Colombia, 2009. Acesso em 26/11/2012. Disponível em: <http://www.alames.org.br/EJE02-72.pdf>

\_\_\_\_\_. A contra-reforma do Estado Brasileiro e seus efeitos no trabalho em saúde nos serviços públicos. In: **Revista Tempus Actas de Saúde Coletiva**, 2011.

MARSHALL, T.H. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro, Zahar, 1967.

MARTINS, H. H. T.S. Os dilemas do movimento sindical em face da terceirização. In: \_\_\_\_\_; RAMALHO, J.R. (orgs). **Terceirização: diversidade e negociação no mundo do trabalho**. São Paulo: Hucitec: CEDI/NETS, 1994.

MARX, K. **Prefácio à Contribuição à Crítica da Economia Política**. São Paulo: Martins Fontes, 1977.

\_\_\_\_\_. **O Capital: crítica da Economia Política**. Livro1, 20ª Ed, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

\_\_\_\_\_. **Manuscritos Econômicos- Filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2008.

MASCARENHAS, A.C.B. **O Trabalho e a Identidade Política da Classe Trabalhadora**. Goiânia: Alternativa, 2002.

MASLOW, A. H. A theory of human motivation. In: **Psychological Review**, 50: 390-6,1943. Disponível em <http://psychclassics.yorku.ca/Maslow/motivation.htm>. Acesso em 28/01/2013.

MELO, C; TANAKA, O. Organizações sociais na saúde: inovando as formas de gestão? In: **Organizações e sociedade**, vol. 8, n. 22, set./dez. 2001.

MELO, L. P. Dimensões estruturais e simbólicas de um espaço hospitalar : estudo antropológico de uma enfermaria cirúrgica em Campinas, SP. (Dissertação de mestrado) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

MELLO, A. O; CESAR, E; BELTRAME, M. V; HERBELE, R. O discurso sanitário como discurso político e Ideológico na República Velha. In: **Revista Historiador**. Nº 03. Ano 03. Dezembro de 2010.

MENDES GONÇALVES, R. B. **Práticas de Saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde, 1992. (Cadernos Cefor, 1 – Série textos)

MERCADANTE, O. A. Evolução das políticas e do Sistema de Saúde no Brasil. In: FILKEMAN, J (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

MERHY, E. E Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. E. & ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEYER, J. P.; ALLEN, N. J. Testing the "side-bet theory" of organizational commitment: Some methodological considerations. In: **Journal of Applied Psychology**, Vol 69(3), Aug 1984, 372-378.

MILLS, W. C. **A Nova Classe Média**, Zahar Editores, Rio de Janeiro, 1979.

MINAYO, M. C. de S. “Ciência, Técnica e Arte: o Desafio da Pesquisa Social”. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994.

MONTAÑO, C. **Terceiro setor e questão social: crítica ao padrão emergente de intervenção social**. 3ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NICOLINI, R.A. **Utilização da CIF na Determinação de Objetivos em Fisioterapia Aquática Funcional**. Disponível em: [http://fisioaquaticafuncional.com.br/blog/files/CIF\\_Objeto\\_Funcional\\_Sindrome\\_de\\_Leigh.html](http://fisioaquaticafuncional.com.br/blog/files/CIF_Objeto_Funcional_Sindrome_de_Leigh.html). Acesso em 12/11/2012.

NOGUEIRA, Luiz Carlos L. **Gerenciando pela qualidade total na saúde**. Belo Horizonte, MG: Editora de Desenvolvimento Gerencial, 2003.

NOGUEIRA, R. P; BARALDI, S.; RODRIGUES, V. de A. Limites Críticos das Noções de Precariedade e Desprecarização do Trabalho na Administração Pública. In: Barros AFR, Santana JP, Santos Neto PM (orgs). **Observatório de recursos humanos em saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

NOGUEIRA, M. A. **Um Estado para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática**. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2005.

NOGUEIRA, R. P; ROZA, J. R; RODRIGUES, V. de A. Encargos sociais e trabalhistas. <http://www.observarh.org.br/nesp/projetos/rhsus/encargos.htm>. Acesso em 07/01/2013.

OLIVEIRA, Stela Cals. **Acreditação, certificação e qualidade**. 2004. Disponível em: <<http://www.visbrasil.org.br/resenhas/AcreditacaoCertificacaoQualidade.pdf>>. Acesso em: 17 de março de 2013.

OLIVEIRA, E. M. **A importância do planejamento estratégico**- Trabalho de monografia (MBA em Administração e Marketing)- Escola Superior Aberta do Brasil, Maranhão, 2009.

ORLANDI, E. P. **Análise de discurso: princípios e procedimentos**. Campinas, São Paulo: Pontes, 5ª Ed., 2003.

ORWELL, G. **1984**. São Paulo: Companhia das Letras, 2009.

PAIM, J. S. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para compreensão e crítica**. (Tese de doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2007.

PALMIERI JÚNIOR, V. Capitalismo e sociedade de consumo na visão de Jean Baudrillard. In: Revista Plenitude 21: pensando o século presente, 2012.

PARO, V. H. A natureza do trabalho pedagógico. In: **Gestão democrática da escola pública**. Ed. Ática, 2006.

PASTORE, E.; ROSA, L.D. As relações de gênero entre os trabalhadores da área da saúde. In: **Anais do Seminário Internacional Fazendo Gênero 7**. Florianópolis, 2006.

PEIXOTO, G; e LOURENÇO, F. Médica do Samu é detida com seis dedos de silicone, em Ferraz. In: **G1- O Portal de notícias da Globo**, 2013. Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/mogi-das-cruzes-suzano/noticia/2013/03/medica-do-samu-e-detida-com-seis-dedos-de-silicone-em-ferraz.html> Acesso em 18/06/2-13.

PIRES, D. Divisão técnica do trabalho. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de técnicos em saúde (orgs). **Dicionário da educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2006.

\_\_\_\_\_. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2ª ed. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social-CUT; Annablume, 2008.

RAICHELIS, R. O assistente social como trabalhador assalariado: desafios frente às violações de seus direitos. In: **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n. 107, p. 420-437, jul./set. 2011.

RIBEIRO, J. M. & SCHRAIBER, L. B. Autonomia e trabalho em medicina. In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 10 (2), 1994.

RIBEIRO, C. V. S. A Saúde do servidor público em tempos de gerencialismo. In: **Anais do Encontro Nacional da Associação Brasileira de Psicologia Social**, Maceió: UFAL, 2009.

RISI JÚNIOR, J.B; NOGUEIRA, R.P et.al. As condições de saúde no Brasil. In: FILKEMAN, J (org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

RIZOTTI, M. L.A. **A construção do sistema de proteção social no Brasil: avanços e retrocessos na legislação social**. 2006. Disponível em: <http://sisnet.aduaneiras.com.br/lex/doutrinas/arquivos/construcao.pdf>. Acesso em 26/05/2013.

ROCHA, L.M; SOUZA, M.A.S.L. A condição contemporânea do trabalho no setor público de saúde: uma análise da desregulamentação do trabalho nesse setor a partir das imposições do grande capital. In: **Anais da V Jornada Internacional de Políticas Públicas**, São Luís-Maranhão, 2011.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social: ensaios sobre a história da assistência médica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira**. 3ªed. Rio de Janeiro: Campus, 1994.

SANCHES, S.; GEBRIM, V.L.M. O trabalho da mulher e as negociações coletivas In: **Estudos Avançados**. 17 (49), 2003.

SCHIESARI, L. M. C; KISIL, M. A avaliação da qualidade nos hospitais brasileiros. In: **Revista de Administração em Saúde**. Vol. 5, nº 18 – Jan-Mar, 2003.

SCHRAIBER, L. B. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia Profissional In: **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 11 (1), 1995.

SENNETT, R. **A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Record, 2003.

\_\_\_\_\_. **Juntos: os rituais, os prazeres e a política da cooperação**. Rio de Janeiro: Record, 2012.

SIMON, J., COLTRE, S. M. O comprometimento organizacional afetivo, instrumental e normativ: estudo de caso de uma empresa familiar. In: **Qualit@s Revista Eletrônica**. Vol.13, nº1(2012).

SINDICATO DOS ENFERMEIROS DO ESTADO DE GOIÁS. Comissão da Câmara dos Deputados aprova piso salarial de R\$ 4,6 mil para enfermeiros. Disponível em: <http://www.sieg.org.br/noticias/piso-salarial-enfermagem.html> Acesso em: 30/04/2013.

SOUZA, M.A.S.L. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. In: **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 334 - 344, ago./dez. 2010.

TEIXEIRA, S.M.F. Política Social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. In: **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 1 (4): 400-417, out/dez,1985.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a Pesquisa Qualitativa em Educação.** São Paulo: Atlas, 1987.

STANCATO, K; GONÇALVES, M.C.S. Autonomia do enfermeiro: concepções dos profissionais técnicos em enfermagem. In: **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 4(2), 2012.

VASCONCELOS, Nilton. A qualidade Total Acabou? In: GOMES, Álvaro(org). **O trabalho no século XXI: Considerações para o futuro do trabalho.** São Paulo: A.Garibaldi; Bahia: Sindicato dos Bancários da Bahia, 2001.

VASCONCELOS, C.M; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2009.

ZATTI, V. Autonomia. In: **Autonomia e educação em Immanuel Kant e Paulo Freire.** - Porto Alegre : EDIPUCRS, 2007.

## **ANEXOS**



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



Goiânia, 20 de agosto de 2012.

**PARECER CONSUBSTANCIADO DE PROJETO DE PESQUISA**  
*Protocolo nº 108/12*


**I. Identificação:**

1. *Título Inicial do Projeto:* **O trabalhador da saúde e a terceirização da gestão nos hospitais do estado de Goiás**
2. *Pesquisador Responsável:* Patrícia Santiago Vieira
3. *Orientador:* Revalino Antônio de Freitas
4. *Unidade/Órgão:* Faculdade de Ciências Sociais/FCS-UFV
5. *Data de apresentação do protocolo ao CEP:* 27/04/12
6. *Data do Relato:* 04/06/12
7. *Data de Atendimento das Pendências:* 07/08/12

**II - Parecer do CEP:**

Informamos que o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, após análise das adequações solicitadas, **Aprovou**, em 20 de agosto de 2012, o projeto acima referido e, também, a solicitação de mudança de título de “O trabalhador da saúde e a terceirização da gestão nos hospitais do estado de Goiás” para “A Gestão Moderna e o Trabalhador da Área de Saúde”. Portanto, o mesmo foi considerado em acordo com os princípios éticos vigentes.

O pesquisador responsável deverá encaminhar ao CEP/UFV, relatórios da pesquisa, encerramento, conclusão(ões) e publicação(ões) de acordo com as recomendações da Resolução 196/96.

  
Prof. João Batista de Souza  
**Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa/CEP**  
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa  
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/UFV  
Comitê de Ética em Pesquisa/CEP

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação/PRPPG-UFV, Caixa Postal: 131, Prédio da Reitoria, Piso 1,  
Campus Samambaia (Campus II) - CEP:74001-970, Goiânia – Goiás, Fone: (55-62) 3521-1215.  
Email: cep.prppg.ufv@gmail.com.

1/1 855

## **APÊNDICES**



**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma entrevista com duração de aproximadamente cinquenta (50) minutos, esta entrevista será para a pesquisa que realizo no mestrado em Sociologia na Universidade Federal de Goiás. Meu nome é Patrícia Santiago Vieira, sou a pesquisadora responsável e, em caso de dúvida **sobre a pesquisa**, você poderá entrar em contato comigo nos telefones: (62) 9247-6301 e (62) 3245-1631. Caso seja necessário você pode fazer ligações a cobrar. Em caso de dúvidas **sobre os seus direitos** como participante nesta pesquisa, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Goiás, nos telefones: 3521-1075 ou 3521-1076.

Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. Em caso de recusa, você não será penalizado(a) de nenhuma forma.

### INFORMAÇÕES IMPORTANTES SOBRE A PESQUISA

**Título do projeto:** A gestão moderna e o trabalhador da área da saúde

**Pesquisadora responsável:** Patrícia Santiago Vieira, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Goiás. Contatos: (62) 9247-6301 e (62) 3245-1631 (caso necessário, podem ser realizadas ligações a cobrar). E-mail: santiago\_fisioterapeuta@hotmail.com

**Orientador:** Dr. Revalino Antônio de Freitas

### Descrição da pesquisa:

**Introdução:** No Estado de Goiás, o primeiro hospital gerido por uma OS iniciou suas atividades em 2002, sendo considerado um modelo de “gestão moderna” da saúde no Estado e, portanto, referência para a implantação nos demais hospitais do Estado. Mesmo após uma década de existência deste modelo de gestão no Estado, são escassos os estudos que analisam a forma como este processo tem se desenvolvido e, sobretudo aquelas que tratam as influências deste processo sobre o profissional da saúde. Neste momento em que é realizada a ampliação deste modelo de gestão para outros hospitais do Estado, em que a terceirização da gestão está na pauta de discussões de diversos grupos da sociedade- tanto daqueles que defendem a gestão moderna dos hospitais públicos quanto daqueles que se posicionam contrários a esta forma de gestão- faz-se necessária uma análise mais aprofundada de como as mudanças na gestão dos hospitais influenciam no processo de trabalho dos profissionais da saúde. **Objetivo geral:** Esta pesquisa tem como objetivo identificar e analisar as repercussões da gestão moderna no processo de trabalho em saúde e, conseqüentemente para o profissional da saúde. **Metodologia:** Para coleta de dados serão realizadas entrevistas com dez trabalhadores das diversas categorias profissionais dos hospitais que tenham gestão terceirizada. A escolha dos profissionais será de forma aleatória, sendo **critérios de inclusão** o tempo de trabalho na instituição de pelo menos

seis meses e o pertencimento às seguintes categorias profissionais: assistente social, médico, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, enfermeiro, técnico em enfermagem, nutricionista, psicólogo, professor de Educação Física. Como **critérios de exclusão** dos sujeitos tem-se: trabalhadores com tempo de trabalho na instituição inferior a seis meses e o não pertencimento às categorias profissionais elencadas. Antes da entrevista, os participantes deverão ler e assinar o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). As entrevistas serão gravadas e, posteriormente transcritas para a análise. **Riscos e benefícios aos sujeitos da pesquisa:** Esta pesquisa não oferece nenhum tipo de riscos à saúde, integridade física ou moral dos sujeitos participantes. O produto final deste trabalho será socializado com os sujeitos envolvidos na pesquisa e com a instituição, de modo que estes poderão se beneficiar desta na medida em que este possibilitará uma compreensão acerca do processo ao qual estão submetidos e, podendo desencadear reflexões sobre o trabalho no hospital. Além disto, a própria participação enquanto entrevistado permite aos sujeitos envolvidos realizarem reflexões iniciais sobre esta política que tem sido implantada no Estado potencializando a ação dos trabalhadores da saúde. **Aplicabilidade dos resultados da pesquisa/impactos previstos:** Espera-se que esta pesquisa possa contribuir nas análises acerca das políticas públicas de saúde que têm sido implantadas não só no Estado de Goiás, mas também em outros Estados, ao desvelar o papel das organizações sociais no setor de saúde e como o trabalhador da saúde tem sido atingido por esta política.

#### **Observações importantes:**

A pesquisadora e os sujeitos envolvidos não receberão nenhuma remuneração ou gratificação para realização deste trabalho. A participação nesta pesquisa não gerará nenhum tipo de ônus aos participantes, sendo que todo o custo será da pesquisadora responsável. A coleta de dados deverá ser autorizada e os resultados obtidos, com os dados coletados serão comunicados aos envolvidos. O anonimato dos sujeitos participantes da pesquisa será garantido, sendo que o nome dos participantes não será revelado em nenhuma situação bem como das instituições que venham a ser envolvidas. Os sujeitos envolvidos terão total liberdade de recusar a participação no estudo bem como retirar o consentimento em qualquer momento da pesquisa, sem nenhuma penalização ou prejuízo. Os dados da pesquisa serão posteriormente apresentados na forma de dissertação e podem ser publicados em revistas científicas e eventos, sem que sejam divulgados os nomes de qualquer participante. A pesquisadora está à disposição para maiores esclarecimentos.

Nome e Assinatura do pesquisador \_\_\_\_\_



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO SUJEITO DA PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, RG/ CPF  
\_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo  
\_\_\_\_\_, como sujeito. Fui devidamente  
informado(a) e esclarecido(a) pelo pesquisador(a) \_\_\_\_\_ sobre a  
pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios  
decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a  
qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome e Assinatura do sujeito: \_\_\_\_\_

## ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES DO HOSPITAL PROGRESSO (HP)

### Dados gerais:

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Curso (s) de formação: \_\_\_\_\_ Ano de formação: \_\_\_\_\_  
 Pós- graduação: \_\_\_\_\_  
 Cargo atual: \_\_\_\_\_ Cargos exercidos anteriormente: \_\_\_\_\_  
 Tempo de trabalho na Instituição: \_\_\_\_\_ Remuneração: \_\_\_\_\_  
 Jornada de trabalho na instituição: \_\_\_\_\_  
 Possui outro vínculo empregatício? ( ) Não ( ) sim Quantas horas semanais? \_\_\_\_\_

1. Quais foram os procedimentos necessários para você começar a trabalhar neste hospital? (indicação, concurso público, processo seletivo?) Quem é responsável por esta seleção? Quais foram os critérios de seleção adotados? Por que você decidiu trabalhar nesta instituição?
2. Na contratação de profissionais, existe algum perfil que o RH da instituição dê preferência?
3. Depois que o profissional já está contratado, em seus primeiros dias/meses, como é realizada a acolhida e ambientação do mesmo na instituição? (Existe treinamento, palestras?). Em caso positivo, quem é responsável por este processo?
4. De um modo geral, como você caracterizaria o trabalhador desta instituição? Quais são as características das pessoas que trabalham nesta instituição?
5. Qual é o público alvo desta instituição? (características gerais). Quais são os encaminhamentos dados a partir da entrada do paciente neste hospital? (quais os caminhos deve percorrer para ser atendido por você?) (Em que consiste a avaliação global? Você faz uma nova reavaliação quando o paciente chega a você?)
6. Qual é o objetivo do trabalho realizado nesta instituição? Existem critérios de prioridades no atendimento? Há critérios de permanência do paciente/cliente nesta instituição e, no seu atendimento?
7. Quem são os responsáveis pela gestão desta instituição? Quais são as instâncias de decisão? Quais são os cargos de chefia e como as pessoas são escolhidas? Existe rotatividade nestes cargos? Você tem alguma participação neste processo? E, os pacientes?

8. Em que consiste o seu trabalho nesta instituição? Descreva a sua rotina de trabalho. (plantão, folga, férias, horas extras). Qual é a finalidade do seu trabalho nesta instituição?

9. De modo geral, como é organizado o trabalho nesta instituição? Como é realizada a divisão do trabalho nesta instituição? Quem define o papel/tarefa de cada profissional? Com relação à rotina de cada profissional, quem é o responsável por esta organização? Como e quem define as jornadas de trabalho e os salários dos profissionais? (agenda, plantão, folga, horas extras). O profissional tem algum espaço de negociação? Você considera que o seu salário nesta instituição é compatível com a função exercida e com a jornada de trabalho realizada?

Sobre as relações com outros profissionais, existe algum espaço algum momento de diálogo, para além do espaço da discussão de um plano terapêutico? Existe algum momento que é possível dialogar conversar sobre outras coisas?

10. Qual é o espaço em que você realiza o seu trabalho nesta instituição? Como é este local? Quem determina o local onde será realizado o trabalho de cada profissional? Você considera que o espaço em que você realiza seu trabalho é adequado? (atende às suas necessidades e às do usuário?) Existe possibilidade de que seu trabalho seja realizado em outro espaço? Você divide o seu local de atendimento com outro profissional?

11. Em que situações e com que frequência são realizados os trabalhos em equipe? Como o trabalho em equipe é organizado? Existe um profissional responsável por coordenar este grupo? Entre os profissionais da saúde, com quais deles você lida mais diretamente? Você considera que este grupo de profissionais é estável ou apresenta uma rotatividade? Nas equipes, o trabalho de algum profissional é considerado mais importante que dos demais? Existe algum profissional que é considerado primordial em uma equipe?

12. Existe algum tipo de planejamento da assistência ao paciente? Em caso positivo, este é realizado quando e por quem? Quem é responsável pelo diagnóstico e elaboração do plano de tratamento?

13. O seu atendimento é planejado por quem? Quem organiza o seu trabalho? De modo geral, o usuário tem alguma participação no planejamento do atendimento? Qual é o papel dele na instituição?

14. De quem são os aparelhos/instrumentos que você usa durante o seu trabalho? Que importância eles tem no seu trabalho? Estes aparelhos disponibilizados são suficientes para que o seu trabalho seja realizado com qualidade?

15. Nesta Instituição, há um Sistema de Controle de Qualidade (SCQ). Em que consiste este sistema? Quem é responsável? Qual a certificação utilizada? Qual a relação dele

com o trabalho dos profissionais? Como é realizado o controle do trabalho nesta instituição? E a avaliação dos serviços?

16. Os profissionais desta instituição têm metas a serem cumpridas? Quais são elas? Como se avalia o cumprimento destas metas? O trabalhador tem algum tipo de incentivo para atingir estas metas? Existe alguma penalidade caso estas não sejam cumpridas?

17. Com relação ao seu contrato de trabalho nesta Instituição, em qual categoria você se enquadra? (terceirizado, autônomo, celetista, estatutário?) Na instituição existe mais de uma modalidade de relação contratual? Nesta instituição, existe um plano de cargos e salários? Há perspectivas de crescimento profissional? Existe algum outro tipo de incentivo financeiro além do salário (gratificações, prêmios)?

18. Existem políticas educativas para a formação dos profissionais desta instituição? (eventos na instituição, liberação para cursos, seminários, congressos)

19. Com relação ao absenteísmo, esta situação é frequente na instituição? Nos últimos dois anos, você já apresentou algum atestado? Por qual motivo?

20. Quais são os principais acidentes de trabalho nesta instituição? E, quais são as categorias profissionais mais vulneráveis? Você já sofreu algum acidente de trabalho nesta instituição? Existe alguma política para o controle/redução destes acidentes?

21. E com relação as doenças ocupacionais (DORT, burnout, pânico, entre outros), nesta instituição, o que você tem conhecimento? Você já apresentou alguma?

22. Você é sindicalizado e/ou participa de alguma associação profissional? Por quê? Qual? Existe alguma associação dos profissionais desta instituição? Qual? Nas entidades às quais você é filiado há alguma reivindicação específica dos trabalhadores desta instituição? Quais são elas?

23. Qual o seu posicionamento em relação à qualidade do atendimento neste hospital? (Há diferenças com relação às outras instituições que você trabalha?)

24. Qual a sua opinião sobre a sua estabilidade neste emprego? Você pretende continuar trabalhando nesta instituição? Existem perspectivas de futuro? Por quê? O que este trabalho nesta instituição representa para você, na sua vida?

25. O que é uma organização social? Você tem conhecimento de qual o papel dela neste hospital? Se sim, explique. De onde provêm os recursos para o financiamento desta instituição?

## ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS TRABALHADORES DO HOSPITAL TRANSIÇÃO (HT)

### Dados gerais:

Sexo: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_  
 Estado civil: \_\_\_\_\_  
 Curso (s) de formação: \_\_\_\_\_ Ano de formação: \_\_\_\_\_  
 Pós-graduação: \_\_\_\_\_  
 Cargo atual: \_\_\_\_\_ Cargos exercidos anteriormente: \_\_\_\_\_  
 Tempo de trabalho na Instituição: \_\_\_\_\_ Remuneração: \_\_\_\_\_  
 Jornada de trabalho na instituição: \_\_\_\_\_  
 Possui outro vínculo empregatício? ( ) Não ( ) sim Quantas horas semanais? \_\_\_\_\_

1. Como você começou a trabalhar neste hospital? Qual foi o motivo de sua escolha?
2. De um modo geral, como você caracterizaria o trabalhador desta instituição? Quais são as características das pessoas que trabalham nesta instituição? As características mudaram com a entrada do trabalhador contratado pela OS?
3. Como é a relação contratual de trabalho na Instituição? Existe mais de uma modalidade? (celetista, estatutário) Há alguma diferença para trabalhadores com diferentes regimes? Nesta instituição, existe um plano de cargos e salários? Há perspectivas de crescimento profissional? Existe algum outro tipo de incentivo financeiro além do salário (gratificações, prêmios)?
4. Quando você começou a trabalhar na instituição houve algum tipo de acolhida e ambientação (treinamentos, palestras). E, os trabalhadores que estão sendo contratados pela OS? Existem políticas educativas para a formação dos profissionais desta instituição? (eventos na instituição, liberação para cursos, seminários, congressos). Desde quando?
5. Qual é o público alvo desta instituição? (características gerais). Quais são os encaminhamentos dados a partir da entrada do paciente neste hospital? (quais os caminhos deve percorrer para ser atendido por você?) (Em Quais os procedimentos que o paciente que busca atendimento neste hospital deve adotar para ser atendido?)
6. Qual é o objetivo do trabalho realizado nesta instituição? Existem critérios de prioridades no atendimento? Há critérios de permanência do paciente/cliente nesta instituição e, no seu atendimento? Eles existem desde quando?
7. Com a entrada da organização social o que mudou no hospital? Houve a criação de novas áreas? Novos serviços? Novas formas de fiscalização, controle? Houve mudança no perfil dos pacientes atendidos na instituição?
8. Para o trabalhador deste hospital houve alguma mudança? Quais?

9. Em que consiste o seu trabalho nesta instituição? Descreva a sua rotina de trabalho. (plantão, folga, férias, horas extras). Qual é a finalidade do seu trabalho nesta instituição?

10. De modo geral, como é organizado o trabalho nesta instituição? Como é realizada a divisão do trabalho nesta instituição? Quem define o papel/tarefa de cada profissional? Com relação à rotina de cada profissional, quem é o responsável por esta organização? Como e quem define as jornadas de trabalho e os salários dos profissionais? (agenda, plantão, folga, horas extras). O profissional tem algum espaço de negociação? Você considera que o seu salário nesta instituição é compatível com a função exercida e com a jornada de trabalho realizada?

11. Qual é o espaço em que você realiza o seu trabalho nesta instituição? Como é este local? Quem determina o local onde será realizado o trabalho de cada profissional? Você considera que o espaço em que você realiza seu trabalho é adequado? (atende às suas necessidades e às do usuário?) Existe possibilidade de que seu trabalho seja realizado em outro espaço? Você divide o seu local de atendimento com outro profissional?

12. Em que situações e com que frequência são realizados os trabalhos em equipe? Como o trabalho em equipe é organizado? Existe um profissional responsável por coordenar este grupo? Entre os profissionais da saúde, com quais deles você lida mais diretamente? Você considera que este grupo de profissionais é estável ou apresenta uma rotatividade? Nas equipes, o trabalho de algum profissional é considerado mais importante que dos demais? Existe algum profissional que é considerado primordial em uma equipe?

13. Existe algum tipo de planejamento da assistência ao paciente? Em caso positivo, este é realizado quando e por quem? Quem é responsável pelo diagnóstico e elaboração do plano de tratamento?

14. O seu atendimento é planejado por quem? Quem organiza o seu trabalho? De modo geral, o usuário tem alguma participação no planejamento do atendimento? Qual é o papel dele na instituição?

15. De quem são os aparelhos/instrumentos que você usa durante o seu trabalho? Que importância eles tem no seu trabalho? Estes aparelhos disponibilizados são suficientes para que o seu trabalho seja realizado com qualidade?

16. Os profissionais desta instituição têm metas a serem cumpridas? Quais são elas? Como se avalia o cumprimento destas metas? O trabalhador tem algum tipo de incentivo para atingir estas metas? Existe alguma penalidade caso estas não sejam cumpridas? Como é realizado o controle do trabalho nesta instituição? E a avaliação dos serviços? Como é realizado o controle do trabalho nesta instituição? E a avaliação dos serviços?

17. Com relação ao absenteísmo, esta situação é frequente na instituição? Nos últimos dois anos, você já apresentou algum atestado? Por qual motivo?

18. Quais são os principais acidentes de trabalho nesta instituição? E, quais são as categorias profissionais mais vulneráveis? Você já sofreu algum acidente de trabalho nesta instituição? Existe alguma política para o controle/redução destes acidentes?
19. E com relação as doenças ocupacionais (DORT, burnout, pânico, entre outros), nesta instituição, o que você tem conhecimento? Você já apresentou alguma? Você considera que a instituição se preocupa com o trabalhador?
20. Você é sindicalizado e/ou participa de alguma associação profissional? Por quê? Qual? Existe alguma associação dos profissionais desta instituição? Qual? Nas entidades às quais você é filiado há alguma reivindicação específica dos trabalhadores desta instituição? Quais são elas?
21. Qual a sua opinião sobre a sua estabilidade neste emprego? Você pretende continuar trabalhando nesta instituição? Existem perspectivas de futuro? Por quê? O que este trabalho nesta instituição representa para você, na sua vida?
22. Qual o seu posicionamento em relação à qualidade do atendimento neste hospital? Houve alguma mudança após a entrada da Organização social para gestão do hospital?
23. Quem são os responsáveis pela gestão desta instituição? Quais são as instâncias de decisão? Quais são os cargos de chefia e como as pessoas são escolhidas? Existe rotatividade nestes cargos? Você tem alguma participação neste processo? E, os pacientes?
24. O que é uma organização social? Você tem conhecimento de qual o papel dela neste hospital? Se sim, explique. De onde provêm os recursos para o financiamento desta instituição?