

## REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E CONSEQÜÊNCIAS PARA O TRABALHO EM SAÚDE

THE PRODUCTION RESTRUCTURING PROCESS AND ITS IMPLICATIONS  
IN WORK IN THE HEALTH SECTOR

REESTRUCTURACIÓN PRODUCTIVA: IMPLICACIONES PARA EL  
TRABAJO EN SALUD

Denise Pires<sup>1</sup>

---

**RESUMO:** Caracteriza o trabalho em saúde no cenário do trabalho em serviços e no processo de reestruturação produtiva em curso, no mundo globalizado. Mostra que o uso intensivo de equipamentos de tecnologia de ponta e a terceirização são as principais características do processo de reestruturação produtiva identificadas no setor saúde, e aponta que existem muito poucas inovações em termos de organização e gestão do trabalho. Sobre os impactos da implantação do processo, no setor, mostra que o desemprego, apesar de ser um dos mais importantes impactos negativos da reestruturação produtiva sobre o trabalho, ainda não é visível na saúde. Faz considerações sobre o impacto do processo nas condições de trabalho, no resultado do trabalho e na saúde dos trabalhadores. Aponta que o processo não resulta de um determinismo econômico e que a ação organizada dos diversos grupos sociais pode influenciar nas conseqüências para trabalhadores e usuários dos serviços de saúde. Conclui que, para melhor entendimento do processo, é necessária a intensificação de estudos na área.

**PALAVRAS-CHAVE:** trabalho em saúde, reestruturação produtiva e trabalho em saúde, tecnologia e saúde

### INTRODUÇÃO

Para estudar o trabalho em saúde, hoje, é necessário considerar o contexto atual de um mundo organizado sob a hegemonia do modo capitalista de produção, em intenso processo de internacionalização da economia, fortemente dependente do mercado financeiro, vivendo um intenso processo de reestruturação do modelo de produção e sob a ofensiva da política do Estado neoliberal.

Segundo *Mattoso* (1995), o cenário produtivo e de relações sociais que vivemos, atualmente, caracteriza uma crise estrutural do "modelo de desenvolvimento norte-americano ou fordista" que configurou-se no pós segunda guerra mundial e conseguiu o maior período de prosperidade econômica da história do capitalismo. O modelo de desenvolvimento fordista combinou a produção em massa de produtos padronizados com políticas públicas de garantia de emprego e de direitos de cidadania, conseguindo grande elevação da produtividade, do comércio e do consumo, associada a uma redistribuição de renda a favor dos assalariados, propiciando, assim, o acesso da maioria da população, dos países capitalistas desenvolvidos<sup>2</sup>,

---

<sup>1</sup> Enfermeira, Especialista em Saúde Pública (FIOCRUZ / SES-RS), Mestre em Sociologia Política (UFSC) e Doutora em Ciências Sociais (UNICAMP), Profa. Adj. da UFSC. Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC (1999-2001).

<sup>2</sup> Apesar do modelo de produção em massa de base taylorista/fordista influenciar todo o planeta, as conquistas sociais e políticas do conjunto da classe trabalhadora não se verificam da mesma forma nos diversos países, especialmente nos países de 3º mundo.

aos benefícios do desenvolvimento econômico.

Esse padrão de desenvolvimento não resultou de uma determinação econômica e sim de uma complexa gama de fatores que contribuíram para que esse modelo se tornasse hegemônico e garantisse o intenso dinamismo da economia capitalista, no pós segunda guerra. Para Mattoso e Singer, os interesses do capital foram limitados por uma intensa luta dos trabalhadores, que foi capaz de impor mudanças na forma de gestão econômica, no papel e estrutura do Estado, na relação salarial e no padrão de consumo (Mattoso, 1995, Singer, 1989). Constitui-se o Estado do Bem Estar Social - welfare state, que concilia a propriedade privada dos meios de produção com uma gestão mais democrática da economia e com significativa elevação do padrão de vida para a maioria da população.

No final dos anos 60 esse modelo entra em crise, especialmente nos países capitalistas centrais. Cresce a insatisfação dos operários com o modelo taylorista-fordista de execução de tarefas maçantes e repetitivas, ainda que bem pagas. Os operários rompem com a disciplina imposta pelo capital colocando em risco a taxa de mais-valia e a estabilidade do padrão produtivo. Nesta mesma época ocorrem enormes transformações culturais e explosões sociais, sindicais e extra sindicais (como o maio de 68 francês, o outono quente italiano e outras), impedindo o aumento da produtividade pela intensificação do ritmo de trabalho. As empresas aumentam os preços dos produtos gerando inflação e questionam os compromissos assumidos no welfare state, passando a assumir políticas que prejudicam as conquistas trabalhistas.

As mudanças são de tal envergadura que os estudiosos definem o processo como um novo padrão produtivo, perceptível a partir dos anos 70, nos países capitalistas desenvolvidos e, no Brasil, nos anos 90. Esse novo padrão produtivo, caracteriza-se, de um lado, pela introdução de novos materiais, pelas inovações tecnológicas e pela intensificação do uso da tecnologia microeletrônica e, de outro, pela descentralização da produção (inverte-se a tendência de verticalização das empresas, crescendo a terceirização, a complementação intersetorial, algumas vezes formando redes) e por mudanças nas formas de organização e gestão do trabalho. Esse processo tem ocorrido com maior intensidade na produção industrial e nos setores de ponta da economia mas tem afetado todos os setores da produção na sociedade.

As conseqüências destas mudanças para o trabalho são motivo de intenso debate e lutas entre capital e trabalho, bem como de muitos estudos e pesquisas. O processo está em curso e resulta da dinâmica das lutas dos diversos segmentos e classes sociais em defesa de seus interesses. Portanto, não há tendências irreversíveis. No entanto, algumas conseqüências nefastas para os trabalhadores já estão claramente colocadas como o *aumento do desemprego, da concentração de renda, da desigualdade e a da pobreza*.

Os trabalhadores de saúde, colocados neste cenário, tem que assumir o desafio de refletir sobre como este processo está afetando o setor saúde. É preciso analisar os impactos positivos e negativos, tomando como referência o já produzido em relação ao trabalho em geral e em relação ao conjunto da sociedade humana. Mas é preciso considerar as especificidades do setor saúde, o que se constitui em um profícuo campo de estudos, nas mais diversas modalidades de investigação.

Este texto foi elaborado, considerando uma pesquisa realizada sobre o trabalho em hospitais na região sul do Brasil, nos anos de 1994 a 1996, cujos resultados estão publicados no livro "Reestruturação Produtiva e Trabalho em Saúde no Brasil", de minha autoria. Além disso, conta com conclusões de estudos recentes realizados junto à rede pública de serviços de saúde em Santa Catarina por alunas do curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como *Argenta*, 1999, *Martins*, 1999; *Gaio*, 2000.

A referência para a análise do fenômeno foi a teorização sobre trabalho, com base no materialismo histórico-dialético e uma revisão crítica das reflexões da Sociologia das Profissões.

## O TRABALHO EM SERVIÇOS E O TRABALHO EM SAÚDE

### TRABALHO EM SERVIÇOS

O chamado setor de serviços, ou setor terciário da economia, cresceu durante todo o século XX. Este crescimento intensifica-se nos últimos 30 anos e tem sido apontado como uma das características do processo recente de transformações no mundo do trabalho.

Os trabalhadores deste setor têm grande diferenciação entre si, no que diz respeito a prestígio, níveis salariais e tipo de atividades desenvolvidas, mas unificam-se por executarem atividades diferentes da produção material do tipo industrial ( *Braverman*, 1981). Fazem parte este grupo desde o "office-boy" até o gerente, os funcionários públicos, profissões liberais<sup>3</sup>, os trabalhadores dos serviços privados, do setor financeiro, do comércio e nos serviços das chamadas organizações do terceiro setor.

Na sua composição, destaca-se a expressiva participação **de mulheres e de jovens** como já apontava *Mills* (1979) em estudo realizado nos EUA, nos anos 50. Essa característica mantém-se até hoje e também encontra-se, no setor, idosos e pessoas portadoras de necessidades especiais.

O resultado do trabalho em serviços pode ser um produto independente e passível de negociação no mercado - como os alimentos produzidos em um restaurante ou a produção e o consumo são indissociáveis, ocorrem simultaneamente - como a prestação de serviços de saúde ( *Braverman*, 1981, *Marx*, 1969).

O setor de serviços, apesar da imensa diversidade de atividades, de formas de produzir e de lógica organizacional, é parte da totalidade socio-histórica e modifica a sua organização e processo de trabalho no conjunto da dinâmica social que provoca mudanças na produção material industrial. Foi influenciado pelo trabalho parcelado e pela gestão taylorista-fordista, e, também, está sendo influenciado pelas inovações tecnológico-organizacionais do processo recente de reestruturação produtiva.

### CONSIDERAÇÕES SOBRE PROFISSÃO E TRABALHO EM SAÚDE

Para refletir sobre o trabalho em saúde é necessário transitar, também, pela teorização produzida pela Sociologia das Profissões.

Problemas de saúde existem desde os primórdios da humanidade e a assistência aos doentes sempre foi um trabalho diferenciado, desenvolvido por indivíduos, reconhecidos pelo grupo, como dotados de capacidade e conhecimento especial.

Ao longo da história, as concepções de saúde-doença, as práticas assistenciais, as formas de desenvolvimento do trabalho, a divisão do trabalho e, também, o processo de formação profissional e de produção de conhecimentos, modificaram-se. Porque essas práticas desenvolvem-se em sociedades específicas, sendo influenciadas pelo modo de produção hegemônico, pela cultura e pela forma de organização da produção nos setores mais dinâmicos da economia.

---

<sup>3</sup> Segundo *Mills* (1979) fazem parte do setor de serviços os profissionais liberais, como médicos, advogados e engenheiros, os quais, antigamente, eram independentes e, nos EUA, nos anos 50, já trabalhavam, predominantemente, em instituições. Diz que o trabalho médico, ao desenvolver-se em instituições, envolve o trabalho de diversos médicos especialistas assalariados que atuam em clínicas, sendo que pode estar associado a um conjunto com outros profissionais de saúde, como enfermeiros, laboratoristas, assistentes sociais, dentre outros. E que os advogados e engenheiros podem organizar-se em escritórios ou serem contratados para o trabalho dentro de empresas.

Pode-se afirmar que, de modo geral, o trabalho em saúde na Idade Média era desenvolvido por múltiplos agentes que atuavam em "ramos", em atividades específicas, da assistência em saúde. Eram boticários, físicos, práticos, cirurgiões, barbeiros, e outros. Um trabalho que identificava-se com o **TRABALHO DO TIPO ARTESANAL**. Essa designação corresponde ao trabalho desenvolvido por produtores especializados em determinado ramo de atividade, que detinham controle sobre o seu processo de trabalho. Isto é, dominavam o conhecimento necessário para a produção, responsabilizavam-se pela reprodução desses conhecimentos e pela formação de novos profissionais; eram proprietários dos instrumentos de trabalho; controlavam o ritmo da produção e o preço do produto.

As características de um trabalho **PROFISSIONAL** resgatadas pela sociologia das profissões<sup>4</sup>, tem origem naquele **TRABALHO ARTESANAL** desenvolvido na Idade Média. No entanto, para discutir profissão, hoje, é preciso considerar a historicidade do conceito, para avaliar a possibilidade de sua aplicação. É preciso considerar as profundas modificações ocorridas no trabalho, e nas profissões, com a estruturação do modo capitalista de produção, bem como as mudanças ocorridas no mundo do trabalho, nos últimos 30 anos. Isso posto, acredito que para estudar trabalho e profissão em saúde é necessário analisar o fenômeno na sua inserção histórico-social, relacionando o macro cenário com as características específicas do desenvolvimento do trabalho no setor. É preciso avaliar se a teoria existente explica a realidade. A realidade do mundo do trabalho atual é mais complexa que o instrumental teórico produzido pela sociologia das profissões é capaz de explicar. Acho que a articulação daquela vertente teórica com a teorização de Marx, sobre processo de trabalho, aliada às teorizações recentes sobre trabalho industrial e trabalho em serviços, constitui-se em um caminho profícuo para análise do trabalho em saúde, na realidade atual.

Do que existe produzido a respeito do conceito de profissão, considero útil entender "**PROFISSÃO**" como a qualificação que detém um grupo de trabalhadores, especializados na realização de determinadas atividades, e que dominam os conhecimentos que fundamentam a sua realização. Os profissionais controlam a produção e reprodução dos conhecimentos necessários ao seu trabalho, através do ensino e da pesquisa. Os membros da profissão estabelecem regras para o exercício profissional do grupo, fixadas em lei e/ou compartilhadas pelo grupo e legitimadas pela sociedade em que vivem. Organizam-se em entidades do tipo associativo, de modo a garantir o respeito às regras estabelecidas, a buscar o aprimoramento profissional e a desenvolver medidas de defesa do grupo. No que diz respeito ao "controle sobre o processo de produção", e a questão da autonomia profissional, não me parece ser mais uma característica que pode ser considerada sem contextualizar a complexidade das formas de organização do trabalho coletivo introduzidas pelo modo de produção capitalista, com o parcelamento de tarefas e a gerência científica (Pires, 1989, 1998).

## O TRABALHO EM SAÚDE

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

---

<sup>4</sup> Segundo Machado (1995), resgatando a produção da Sociologia das Profissões, as características de uma profissão são: domínio de um conjunto de conhecimentos esotéricos adquiridos por um longo processo de formação; oferecimento de serviços especializados ao público; ser desenvolvida por indivíduos com vocação e regidos por um código de ética; existência de regras para o controle do exercício profissional elaboradas pelo grupo através de entidades que representem a profissão na sociedade; desenvolvimento da atividade em tempo integral e sobreviver desta remuneração; autonomia profissional. Como melhores exemplos de profissão são apontados: medicina, engenharia, advocacia, cléricos e professores universitários.

As mudanças nos setores mais dinâmicos da economia, seja na indústria, seja nos serviços, influenciam o setor saúde.

Atualmente, grande parte da atenção à saúde, prestada à população urbana do planeta desenvolve-se em serviços de saúde institucionalizados, que organizam o seu funcionamento e processo de produção, dentro de determinadas sociedades e sob influências diversas, como:

a) as regras resultantes do jogo político entre interesses divergentes que determinam as políticas vitoriosas em cada momento;

b) os modelos administrativo-gerenciais hegemônicos adotados pelos setores de ponta da economia;

c) a tecnologia disponível e aplicável na área;

d) o paradigma hegemônico de produção de conhecimentos científicos e as características intrínsecas ao processo específico de produção do ato assistencial em saúde;

e) o tipo de instituição, seja pública, privada ou do chamado terceiro setor. Estas instituições funcionam segundo lógicas diferenciadas, bem como são influenciadas pelas determinações da fonte financiadora.

**O trabalho assistencial em saúde** é um trabalho essencial para a vida humana. O produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço - assistência de saúde - pode assumir formas diversas como a realização de uma consulta; uma cirurgia; um exame-diagnóstico; a aplicação de medicações; uma orientação nutricional, etc. Envolve, basicamente, a realização de uma avaliação da situação de saúde seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica / assistencial.

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

O trabalho pode ser desenvolvido de forma autônoma na relação profissional-cliente, geralmente na modalidade ambulatorial ou no domicílio do cliente. Pode, também, ser desenvolvido em instituições, como parte do trabalho coletivo, seja em hospitais, clínicas ou empresas. As instituições, sejam ambulatoriais ou hospitalares, podem desenvolver-se no âmbito público, privado ou em organizações do terceiro setor<sup>5</sup>.

**No trabalho coletivo**, os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como resultado, como produto, a assistência de saúde. São atividades diferenciadas, que estudadas nas suas especificidades, permitem identificar produtos distintos. Esses trabalhos, no conjunto, resultam na assistência à seres humanos que são totalidades complexas.

O trabalho em saúde é hoje, majoritariamente, um trabalho coletivo realizado por diversos profissionais de saúde e diversos profissionais ou trabalhadores treinados para realizar uma série de atividades necessárias para a manutenção da estrutura institucional.

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

**O médico é o elemento central do processo assistencial em saúde a nível**

---

<sup>5</sup> *Têm sido chamadas de "organizações do terceiro setor" aquelas que apresentam as seguintes características: não são públicas e também não são movidas pelo lucro; são orientadas por valores, sendo mantidas e criadas por pessoas que acreditam que mudanças sociais são necessárias e desejam tomar providências para que isso ocorra; dentre elas estão as organizações representativas de trabalhadores ou outras associações como de moradores, de voluntários, etc, e podem incluir escolas, Universidades e hospitais (Hudson, 1999).*

**institucional.** Os demais profissionais participam da assistência, subordinando-se às decisões médicas mas cada categoria profissional mantém certa autonomia de avaliação e tomada de decisões.

O **ato assistencial em saúde** envolve um conhecimento sobre o processo que não é dominado pela administração da instituição e nem existe uma equipe de técnicos e gerentes que determinem qual é a tecnologia assistencial que será empregada e qual o papel de cada trabalhador, como ocorre em empresas da produção material. Os profissionais envolvidos dominam os conhecimentos para o exercício das atividades específicas de sua qualificação profissional. Os médicos, ao mesmo tempo que dominam o processo de trabalho em saúde, delegam campos de atividades a outros profissionais de saúde como enfermagem, nutrição, fisioterapia, etc. Esses profissionais executam atividades delegadas, mas mantêm certo espaço de decisão e domínio de conhecimentos, típico do trabalho profissional. Tomam decisões, desde que elas não contradigam as decisões médicas, salvo por acordo entre as partes.

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

No espaço autônomo das diversas profissões em saúde, ao relacionarem-se com os clientes/usuários que necessitam de seu trabalho profissional, predominam as características do trabalho profissional do tipo artesanal.

## REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E O TRABALHO EM SAÚDE

### A DINÂMICA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE NO CONTEXTO ATUAL

Os serviços de saúde fazem parte das atividades imprescindíveis para a vida em sociedade, e, quando os custos envolvidos na sua produção passam a ser inviáveis economicamente, não existe "um" caminho tendencial a ser seguido e diversas saídas são possíveis.

Considerando a teorização de *Offe* (1991), a respeito da dinâmica do setor de serviços e confrontando com os dados das pesquisas e a bibliografia disponível sobre a dinâmica dos serviços de saúde, encontrei que, em situações de crise, as alternativas utilizadas para sobrevivência dos serviços de saúde podem ser: a introdução de inovações tecnológico-organizacionais; a redução da força de trabalho; a redução da força de trabalho qualificada; a introdução de medidas para o aumento do rendimento do trabalho; o congelamento ou redução de salários; a precarização das relações de trabalho; a externalização, dentre outras. A implementação, de uma ou outra medida, ou de um conjunto delas, depende de diversos fatores, especialmente da capacidade dos diversos grupos e classes sociais fazerem valer os seus interesses.

Quando essas medidas não são suficientes, no caso dos serviços privados, se não houver outras formas de injeção de recursos públicos ou privados, os serviços podem simplesmente fechar, como ocorre nas demais empresas capitalistas. Os serviços rentáveis são mantidos e a responsabilidade sobre o oferecimento dos serviços não rentáveis, mas que são essenciais, passa para a sociedade em geral e para os governos, em particular.

Se o problema da elevação dos custos de produção e manutenção, está ocorrendo nos serviços públicos, a opção por uma ou outra estratégia de racionalização, bem como, as decisões sobre investimentos e rumo dos investimentos, dependem de múltiplos fatores como, a visão política da instituição, a política governamental relativa à saúde, os interesses das diversas categorias profissionais, considerando o peso político das mesmas e a capacidade de suas organizações em influenciar decisões. Dependem, também, da capacidade das organizações sindicais e políticas, dos trabalhadores em geral, e das organizações representativas dos clientes fazerem valer as suas demandas.

Se a elevação dos custos ocorre em instituições do chamado terceiro setor, podemos

encontrar diferenças, uma vez que a "orientação para valores" mobiliza uma capacidade "extra" de doação das pessoas ao trabalho, inclusive aceitando períodos ou horas de trabalho não pago. A opção para a saída da crise pode ser a busca de novos financiadores, estabelecer um consórcio de financiadores ou trocar de financiador. Pode ocorrer repasse do ônus financeiro ao usuário; podem ser elaboradas medidas para controle da demanda.

## O IMPACTO DA REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NO TRABALHO EM SAÚDE

Apesar dos poucos estudos existentes sobre como o processo de transformações do mundo do trabalho está influenciando o setor saúde, é possível apontar que características do processo de reestruturação produtiva estão presentes no setor, e fazer considerações sobre o impacto do mesmo nas diversas dimensões do processo de trabalho em saúde.

### Características do processo de reestruturação produtiva no setor saúde

- O setor saúde usa intensivamente as chamadas novas tecnologias.

Equipamentos de tecnologia de ponta, os chamados novos materiais e os avanços da bio-engenharia e da engenharia genética estão presentes no setor. Mudam os instrumentos de trabalho e as tecnologias empregadas para exames diagnóstico e, também para tratamentos. Encontra-se, por exemplo, bombas de infusão; tomógrafo computadorizado; laser em cirurgias; experiências para aplicação de medicamentos por meio de adesivos elétricos; terapias genéticas e tantos outros. A disponibilidade desses equipamentos e o uso de tecnologia diagnóstica e terapêutica, no caso brasileiro, tem uma distribuição absolutamente desigual, se considerarmos o conjunto dos serviços de saúde<sup>6</sup>.

- Em relação as inovações tecnológico-organizacionais pode-se dizer que uma tendência, bastante significativa é a ampliação da terceirização.

Esta tendência verifica-se especialmente nos hospitais. Sendo possível encontrar uma mudança na estrutura verticalizada dos hospitais. Encontra-se, até, uma estrutura física e organizacional semelhante a de "redes" encontrada nas empresas da produção material. No Brasil, esta estrutura "em rede" é mais visível nos hospitais privados considerados de ponta e que existem nos grandes centros urbanos.

- Em relação a organização do trabalho e modelo assistencial.

O setor saúde usa, intensivamente, equipamentos considerados de tecnologia de ponta e muito pouco as novas tecnologias de organização do trabalho. O trabalho em saúde, seja em instituições públicas ou privadas, quando realizado por múltiplos exercentes mantém fortes características da lógica taylorista e do paradigma positivista de ciência, concomitantemente com características do trabalho profissional. Majoritariamente, pode-se identificar as seguintes características:

**a)** inexistência de coordenação da assistência prestada pelos diversos grupos de profissionais de saúde, bem como de instâncias de planejamento coletivo e de espaços conjuntos de avaliação da assistência prestada;

**b)** compartimentalização / fragmentação do trabalho assistencial, onde cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas

---

<sup>6</sup> No Brasil, o processo de introdução de novas tecnologias no setor saúde intensifica-se nos anos 90, e verifica-se, mais claramente, nos hospitais de ponta, ou de referência, localizados nas regiões mais desenvolvidas do país ( Pires, 1998).

vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias;

c) convivência de características do trabalho parcelado com características do trabalho do tipo artesanal; inexistência de práticas interdisciplinares no processo assistencial em saúde, de modo que a especialização do conhecimento ao invés de possibilitar avanço, gera fragmentação e alienação

d) identificação de quem recebe a assistência de saúde como "paciente" e não como um ser humano que tem características individuais e direito de decidir sobre a sua vida<sup>7</sup>.

### **Impacto das mudanças nas diversas dimensões do processo de trabalho**

- Em relação ao emprego.

O aumento do desemprego é uma das conseqüências negativas mais significativas do processo de reestruturação produtiva. Segundo *Mattoso* (1995), nos países da OCDE<sup>8</sup>, em 1993, já existiam 30 milhões de desempregados e, considerando-se o planeta, em 1998, os desempregados somavam 800 milhões (*Rossi*, 1998). Infelizmente, chegamos ao ano 2000, sem qualquer mudança nessa tendência de crescimento.

No Brasil, em 1997, segundo o IBGE, a taxa de desemprego, era de 7,30% da PEA (percentual da População Economicamente Ativa), correspondendo a 5,08 milhões de trabalhadores sem emprego (*Toledo*, 1998)<sup>9</sup>. O desemprego, no Brasil, aumentou muito na década que fechou o milênio, e várias causas tem sido apontadas. Primeira, a abertura da economia sem preparo das empresas, as quais acabaram quebrando no processo de concorrência com os produtos produzidos em outros países. Segunda, o aumento da taxa de juros, remunerando o capital financeiro internacional e com poucos incentivos para o crescimento econômico. Terceira, a intensificação da reestruturação do processo de produção, com investimento em tecnologia poupadora de mão de obra - bastante visível no setor industrial e em setores de ponta dos serviços como o setor bancário<sup>10</sup>.

No entanto, **na saúde**, os estudos realizados, até hoje, não mostram um aumento do desemprego (*Nogueira*, 1987, *Pires*, 1998). Ao contrário, alguns estudos apontam que há um

---

<sup>7</sup> Estou utilizando o termo "cliente", especialmente para fazer oposição a visão de "paciente". Este último caracteriza a relação de passividade, a perda de autonomia e a dependência imposta ao ser humano que precisa de assistência. Ao entrar numa instituição assistencial em saúde as pessoas ficam sujeitas às determinações institucionais e dos profissionais de saúde. O termo "cliente" também é criticado por caracterizar uma relação de consumidor, que nos demais campos da economia tem relação com a capacidade econômica do indivíduo consumir no mercado de bens e serviços. Essa relação de cliente consumidor, não garante o direito a saúde como inalienável dos seres humanos, o que ultrapassa a sua capacidade de consumidor. Na minha concepção os usuários dos serviços de saúde são sujeitos, seres humanos com vontade própria, com individualidade, que tem direitos de cidadania e, ao mesmo tempo, participam de grupos sociais.

<sup>8</sup> OCDE - Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Econômico, entidade que congrega as principais economias capitalistas do mundo.

<sup>9</sup> No Brasil, existem dois indicadores que medem desemprego. Um é o do IBGE que identificou a menor taxa e que está sendo reformulado, no que diz respeito ao modo de calcular o desemprego, pois o próprio órgão reconheceu que o método utilizado sub-avalia o fenômeno. O outro indicador é o do SEADE/DIEESE ( e Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio Econômicos) que identificou a taxa de desemprego, no mesmo período (1997) como 15,50% da PEA, mais que o dobro.

<sup>10</sup> Com a intensificação do uso de computadores, de 1990 a 1997, 349 mil bancários perderam o emprego, correspondendo uma queda de 43% da força de trabalho bancária. Além disso, os bancos dizem que a diminuição do quadro não terminou (*Carvalho*, 1998).



acréscimo de postos de trabalho no setor<sup>11</sup>, com perspectiva de continuar crescendo (Drucker, 1995, Dimenstein, 1998).

Apesar da provisoriedade destes dados, pode-se sistematizar algumas explicações de porque, ao contrário dos outros setores, não se verifica, atualmente, um aumento do desemprego em saúde:

a) A utilização de equipamentos de tecnologia de ponta, no campo da saúde, não substituiu o trabalho humano de investigação, avaliação e decisão sobre a terapêutica, nem o trabalho humano nos tratamentos de forma geral. Não substitui os cuidados, bem como, para a utilização de qualquer equipamento é preciso decisão humana, programação para o funcionamento da máquina, definição de parâmetros e avaliação constante das informações fornecidas pelas mesmas. Os equipamentos são utilizados no tratamento de seres humanos que têm reações individuais e precisam ser tratados e avaliados como individualidades;

b) Parte significativa dos equipamentos de tecnologia de ponta são utilizados para investigação diagnóstica e não substituem o trabalho de investigação clínica, de modo que são acrescentados novos instrumentos ao trabalho assistencial, os quais, muitas vezes, requerem locais especiais, com pessoal preparado para manuseio (Nogueira, 1987a, 1987b);

c) O desemprego mais significativo tem ocorrido no setor industrial, sendo que o setor de serviços tem aumentado o número de empregos durante todo este século (Mattoso, 1995, Saboia, 1992). Apesar disso, existem setores dentro dos serviços que têm perdido postos de trabalho com a reestruturação produtiva, como é o exemplo dos bancos.

No entanto, o uso de equipamentos de tecnologia de ponta aumentou o rendimento do trabalho nas instituições assistenciais, permitindo uma ampliação dos serviços com o mesmo contingente de força de trabalho (Pires, 1998). Com o mesmo número de trabalhadores, foi possível atender mais pessoas, correspondendo a uma das funções da mecanização citadas por Offe (1991), de que a mecanização possibilita a manutenção do serviço com um menor contingente numérico de força de trabalho.

Associando estes fatores ao aumento da externalização (terceirização) e do auto-serviço, a médio prazo pode ocorrer uma redistribuição do emprego em serviços e a longo prazo poderá ocorrer mudanças na tendência atual de crescimento do emprego em saúde.

No que diz respeito a relações contratuais, condições de trabalho e segurança no emprego.

Encontra-se diversas formas de relações contratuais no conjunto do trabalho em saúde. Também existem diferenças entre as categorias profissionais em saúde. No entanto, é possível afirmar o predomínio do trabalho assalariado e o aumento das formas de precarização do trabalho.

a) **Trabalho autônomo** - o profissional desenvolve atividades na instituição sem vínculo empregatício e sem contrato de prestação de serviços. Dispõe de autorização da instituição para utilizar os serviços e equipamentos da mesma no atendimento de seus clientes. O profissional tem controle sobre o ritmo e preço do seu trabalho, apesar dos constrangimentos legais e institucionais causados pela legislação e normatização vigente, relativa a sua atuação profissional e às regras estabelecidas pela instituição. A remuneração do trabalho do profissional autônomo é feita pelo cliente. Esse tipo de relação de trabalho é mais encontrada entre os médicos de hospitais privados e, também, no trabalho de médicos, odontólogos, psicólogos, e outros, que oferecem serviços em consultórios particulares (relação profissional X cliente). Na enfermagem é mais rara a atuação em consultórios particulares mas a relação de trabalho autônomo tende

<sup>11</sup> Drucker (1995), aponta que o mercado de serviços de saúde é um dos que está em expansão. Gilberto Dimenstein, utilizando dados do Bureau of Labour Statistics, dos EUA, de estimativa de oferta de vagas para o período de 1996 - 2006, destaca que as profissões que mais tendem a crescer são, em primeiro lugar, o analista de sistemas e, em segundo lugar, a enfermagem domiciliar. Os dois autores estudam a realidade dos EUA.

a crescer na modalidade de enfermagem domiciliar.

**b) Prestação de serviço** - profissionais, grupos cooperativos ou empresas podem ter contrato de prestação de serviço com as instituições como anestesistas, fonoaudiólogos, e outros. O indivíduo ou grupo tem um contrato com a instituição que o obriga a cumprir determinadas regras, horários e prestar determinados serviços. A remuneração pode ser feita pela instituição ou o profissional pode receber uma taxa básica da instituição acrescida de remuneração direta pelos clientes ou através das empresas de convênios de saúde. Esse trabalho pode ter-se originado de setores da "instituição mãe" que foram terceirizados.

**c) Assalariamento** - caracteriza-se pela venda da força de trabalho por um salário. É a relação de trabalho majoritária, com diferenciações entre as diversas categorias profissionais. Há grandes diferenciações em relação a salário, garantia de emprego e jornada de trabalho. Pode ocorrer empresariamento dentro de uma profissão - um profissional é proprietário da instituição e assalaria o trabalho de colegas.

**d) Precarização do trabalho** - a multiplicidade de relações contratuais e de trabalho encontradas neste processo recente de reestruturação produtiva, tem sido chamadas, pelos defensores, de **flexibilização** e, pelos críticos, de **precarização das relações de trabalho**. Na saúde, apesar de não dispormos de pesquisas com dados nacionais que permitam estudos comparativos sobre a força de trabalho em saúde, podemos apontar a existência crescente de trabalhadores com contratos temporários, ou contratados para realizar atividades especiais, sem as garantias trabalhistas que gozam os demais trabalhadores assalariados da instituição. Como nos demais setores da produção, a terceirização na saúde tem sido utilizada pelos empregadores, tanto do setor público quanto do privado, para diminuir os custos com a remuneração da força de trabalho e para fugir das conquistas salariais e direitos trabalhistas dos trabalhadores efetivos da empresa-mãe (instituição-original) (DIEESE, 1993, Pires, 1998).

- Em relação a qualificação dos trabalhadores.

Tanto pode ser utilizado um trabalho mais qualificado para permitir a realização de um trabalho mais criativo e eficiente e não apenas mecânico, quanto pode aumentar o parcelamento do trabalho e a utilização de trabalho desqualificado (cumprir tarefas delegadas, por exemplo, apenas verificar e registrar os dados fornecidos pela máquina sem entender o seu funcionamento nem o significado dos dados obtidos).

**No que diz respeito a qualificação da força de trabalho em saúde**, os dados sobre a força de trabalho em enfermagem, que representa mais de 50% da força de trabalho em saúde, apontam uma melhora. Aumentou o percentual de enfermeiros em relação à equipe de enfermagem. Na última pesquisa nacional ABEn/COFEN, de 1983 (publicada em 1985), os enfermeiros eram 8,5% da equipe de enfermagem. Em 1997, analisando os dados do COFEN, verifica-se que os enfermeiros correspondem a 12,55% da equipe de enfermagem (considerando-se um total que não inclui os agentes comunitários de saúde<sup>12</sup>). Em 1983, os atendentes de enfermagem<sup>13</sup> eram 63,8% da equipe de enfermagem e, em 1997, são 25,45% da equipe. No entanto, acredito que essa modificação resultou, principalmente, das lutas desenvolvidas pela enfermagem organizada nos anos 80. Os profissionais de enfermagem passaram a intervir no cenário político em saúde e a fazer campanhas pela valorização da profissão, conseguindo atualizar a Lei do Exercício Profissional, conquistando a aprovação da Lei 7498/86. Esta nova

<sup>12</sup> - O número de Agentes Comunitários de Saúde no Brasil tem aumentado progressivamente desde a criação do Projeto em 1994, sendo que em outubro de 1999, já totalizavam 101.878, segundo informações do Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Social.

<sup>13</sup> - Estou usando a designação "atendente de enfermagem" em sentido genérico para identificar o conjunto dos trabalhadores que atuam na enfermagem sem qualificação formal, segundo o estabelecido na Lei do Exercício Profissional - LEP 7498/86.

Lei, apesar de suas imperfeições, foi um incentivo para a mobilização (de parte da categoria) pela profissionalização dos atendentes de enfermagem, bem como forçou o reconhecimento das autoridades sanitárias da importância do trabalho profissional da enfermagem. Essa situação está em intenso processo de mudança, pois, com a criação da categoria do agente comunitário de saúde, o governo está, novamente, investindo na estratégia de diminuição de custos, colocando, aceleradamente, no mercado de trabalho um enorme contingente de trabalhadores treinados para o exercício de ações específicas de saúde. Trata-se de trabalho precário, no sentido dos direitos trabalhistas, ao mesmo tempo que o governo sinaliza que para cuidar em saúde não é necessário um trabalho profissional.

- No que diz respeito as vantagens e desvantagens da utilização de equipamentos de tecnologia de ponta para os clientes.

Pode-se perceber que alguns procedimentos ficaram menos invasivos, propiciando uma recuperação mais rápida dos clientes e com menos complicações. Alguns tratamentos tornaram-se menos dolorosos e alguns diagnósticos puderam ser feitos mais rápidos e com maior precisão. No entanto, os equipamentos de tecnologia de ponta podem trazer prejuízos aos pacientes/clientes porque, como os clientes não dominam os conhecimentos relativos aos equipamentos e aos quadros clínicos, ficam sem elementos para avaliar as decisões médicas, podendo ser lesados com gastos adicionais que beneficiarão a instituição e/ou o médico.

- Em relação a saúde dos trabalhadores.

O uso de equipamentos de tecnologia de ponta tem facilitado o trabalho provocando menos desgaste da força de trabalho mas pode haver, também, conseqüências nefastas para a saúde dos mesmos, como, por exemplo, as conseqüências dos ruídos dos equipamentos nas unidades de terapia intensiva.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário para os trabalhadores em geral e para os de saúde é extremamente adverso, complexo, e exige de nós grande capacidade de reflexão teórica para entender os problemas atuais. Exige, fundamentalmente, capacitação política dos trabalhadores para estabelecer formas de luta que enfrentem as ofensivas do capital e as políticas neoliberais na busca da valorização do seu trabalho e de respeito às suas necessidades. Exige, ainda, a coragem para superar a fragmentação e pulverização das entidades representativas fortalecendo iniciativas de organização profissional em entidades unitárias, que representem sindicalmente e profissionalmente os diversos grupos especializados de trabalhadores. Uma organização profissional para pensar a necessidade de formação, de conhecimentos, de formas éticas de ação, com vistas a mostrar para a sociedade a sua importância e utilidade. Mas é fundamental, também, a organização horizontal classista que articula as diversas entidades representativas de trabalhadores em uma central sindical, com vistas ao desenvolvimento de lutas conjuntas, no âmbito das políticas globais. Enfim, são fundamentais a organização profissional e a organização classista.

É preciso refletir sobre o conjunto das profissões de saúde, suas especificidades e onde se articulam, contextualizando o debate na complexa realidade atual. É preciso refletir sobre o processo de reestruturação produtiva e como ele se expressa no setor saúde, especialmente as suas conseqüências para a qualidade da assistência e para os trabalhadores em saúde.

O campo é vasto para pesquisas, seja as de cunho local que podem fornecer uma visão mais detalhada da complexidade do fenômeno, quanto podem contribuir para análises comparativas. São relevantes os estudos históricos que permitem entender o fenômeno ao longo do tempo e, também, são necessários estudos sobre o perfil da força de trabalho, que

caracterize, dentre outros aspectos, o quadro das relações contratuais no setor saúde e da situação do emprego e desemprego no setor.

---

**ABSTRACT:** This paper describes health care work in the context of the service sector and the current production restructuring process occurring in the world. It shows that the intensive use of high-end technological equipment and outsourcing are the main features of this process in the health area and that there are few innovations in terms of organization and work management. Concerning the impacts of the implantation of the production process in this area, it shows that, although unemployment is one of the most negative impacts, it has not yet affected the health sector. The paper also deals with the effects of production restructuring on work conditions, on the outcome of this work and on workers' health conditions. It indicates that this process does not result from economic determinism and that organized action among different social groups can influence the consequences for workers and users of the health care services. Finally, the paper concludes that there is a need for further studies on this area in order to achieve a better understanding of this process.

---

**KEYWORDS:** health care work, production restructuring process, technology and health

---

**RESUMEN :** El estudio caracteriza el trabajo en salud en el escenario del trabajo en los servicios y en el proceso actual de reestructuración productiva en el mundo globalizado. Muestra que el uso intensivo de equipamientos de tecnología de punta y la tercerización son las principales características del proceso de reestructuración productiva identificadas en el sector salud y apunta que existen muy pocas innovaciones respecto a la organización y gestión del trabajo. Sobre los impactos de la implantación del proceso de reestructuración productiva en el sector, muestra que el desempleo, a pesar de ser uno de los más importantes impactos negativos de la reestructuración productiva sobre el trabajo, aún no es visible en la salud. Se hacen consideraciones sobre el impacto del proceso en las condiciones de trabajo, en el resultado del trabajo y en la salud de los trabajadores. Apunta que el proceso no resulta de un determinismo económico y que la acción organizada de los diversos grupos sociales puede influir en los servicios de salud para los trabajadores y usuarios. Se concluye que, para una mejor comprensión del proceso, es necesario intensificar los estudios en el área.

---

**PALABRAS CLAVE:** Trabajo en salud, reestructuración productiva y trabajo en salud, tecnología y salud

## BIBLIOGRAFIA

- ARGENTA, Maritê Inez. *Refletindo sobre o processo de trabalho em enfermagem em um hospital público*. Florianópolis, 1999. (Relatório de conclusão da Disciplina Prática Assistencial do Mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC).
- BRAVERMAN, Harry. *Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1981.
- CARVALHO, Mário César. A tecnologia está roubando o emprego dos trabalhadores? *Folha de São Paulo*, 1 maio 1998. O colapso do trabalho, Suplemento Especial.
- DIEESE. *Os Trabalhadores frente à terceirização*. São Paulo, maio 1993. (Pesquisa DIEESE. n. 7).

- DIMENSTEIN, Gilberto. Qual será o perfil do trabalhador empregado do futuro? *Folha de São Paulo*, 1 maio 1998. O colapso do trabalho, Suplemento Especial.
- DRUCKER, Peter. Conheça quem não é seu cliente e descubra os novos mercados. *Folha de São Paulo*, 14 ago. 1995. *Folha Management*, Suplemento Especial, p.2.
- GAIO, Teresa Cristina. *Políticas públicas e o agente comunitário de saúde*. Florianópolis, 2000. (Projeto de Dissertação de Mestrado, apresentado ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, do Programa de Pós- Graduação em Enfermagem da (UFSC).
- HUDSON, Mike. *Administrando organizações do terceiro setor: o desafio de administrar sem receita*. São Paulo: Makron Books, 1999.
- MACHADO, Maria Helena. (Org.) *Profissões de saúde: uma abordagem sociológica*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- MARX, Karl. *Capítulo VI inédito de o capital*. São Paulo: Moraes, 1969.
- MARTINS, Josiane de Jesus. *O cotidiano do trabalho da enfermagem em UTI: prazer ou sofrimento?* Florianópolis, 1999. (Projeto de Dissertação de Mestrado).
- MATTOSO, Jorge Eduardo L. *A desordem do trabalho*. São Paulo: Página Aberta / Escrita, 1995.
- MILLS, Wright. *A nova classe média*. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. . A força de trabalho em saúde. In: MÉDICE, André Cezar (Org.) *Textos de apoio: Planejamento I. Recursos humanos em saúde*. 1. ed. Rio de Janeiro: PEC / ENSP - ABRASCO, 1987a. p. 13-18.
- \_\_\_\_\_. Mercado de trabalho em saúde: conceitos e medidas. In: MÉDICE, André Cezar (Org.). *Textos de apoio: Planejamento I. Recursos humanos em saúde*. 1 ed. Rio de Janeiro: PEC / ENSP - ABRASCO, 1987b. p. 19-23.
- OFFE, Claus. *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991. 2 v. v.2: Perspectivas.
- PIRES, Denise. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.
- PIRES, Denise. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Anna Blume, 1998.
- ROSSI, Clovis. *Por que os empregos estão diminuindo no mundo?* *Folha de São Paulo*, 1 maio 1998. O colapso do trabalho, Suplemento Especial.
- TOLEDO, José Roberto. *Por que o desemprego está crescendo tão rápido no Brasil?* *Folha de São Paulo*, 1 maio 1998. O colapso do trabalho, Suplemento Especial.
- SABOIA, João. O terciário: um setor em crescimento no Brasil. São Paulo em Perspectiva - *Revista da Fundação SEADE - Setor terciário*. São Paulo, v. 6, n. 3, p. 25-26, jul./set. 1992.
- SINGER, Paul. *O capitalismo - sua evolução, sua lógica e sua dinâmica*. 3. ed. São Paulo: Moderna, 1989.

---

*Recebido em maio de 2000*  
*Aprovado em setembro de 2000*