

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO PROFISSIONAL EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Patrícia Alves de Oliveira

Relações de trabalho e qualificação profissional dos trabalhadores técnicos em
enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico: o caso de um hospital federal do município
do Rio

Rio de Janeiro

2021

Patrícia Alves de Oliveira

Relações de trabalho e qualificação profissional dos trabalhadores técnicos em enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico: o caso de um hospital federal do município do Rio

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Filippina Chinelli

Rio de Janeiro

2021

Catálogo na Fonte

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio

Biblioteca Emília Bustamante

Marluce Antelo CRB-7 5234

Renata Azeredo CRB-7 5207

O48r Oliveira, Patrícia Alves de
 Relações de trabalho e qualificação
 profissional dos trabalhadores técnicos em
 enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico: o caso
 de um hospital federal do município do Rio /
 Patrícia Alves de Oliveira. - Rio de Janeiro,
 2021.
 81 f.

 Orientadora: Filippina Chinelli

 Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo
 Cruz, Escola Politécnica de Saúde Joaquim
 Venâncio, Programa de Pós-graduação em Educação
 Profissional em Saúde, 2021.

 1. Qualificação Profissional. 2. Técnico de
 Enfermagem. 3. Pessoal de Saúde. 4. Trabalho.
 I. Chinelli, Filippina. II. Título.

CDD 331.11423

Patrícia Alves de Oliveira

Relações de trabalho e qualificação profissional dos trabalhadores técnicos em enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico: o caso de um hospital federal do município do Rio

Dissertação apresentada à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação Profissional em Saúde.

Aprovada em 31/03/2021

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Filippina Chinelli (FIOCRUZ/EPJIV)

Prof^a. Dr^a. Adelyne Maria Mendes Pereira (FIOCRUZ/ENSP)

Prof. Dr. Francisco José da Silveira Lobo Neto (FIOCRUZ/ESPJV)

Prof^a. Dra. Angelica Fonseca (FIOCRUZ/EPJIV)

Agradecimentos

Agradeço a toda minha ancestralidade por ter me dado forças físicas e espirituais e inspiração para concluir esta etapa de minha vida acadêmica tão difícil, porém muito desejada.

Agradeço também o exemplo de vida que me foi dado por minha mãe Aracy. Mulher que me fez ser quem sou por seus exemplos de luta e pelo apoio nos momentos de fraqueza. Minha gratidão eterna por me fazer acreditar que eu conseguiria.

Meu agradecimento aos orixás por terem me tornado mãe de Laura, meu motivo de me levantar todas as manhãs com certeza de que posso ser cada dia melhor por ela.

Não posso deixar de agradecer aos meus colegas de turma que me incentivaram durante todo o curso. Cito em especial meu amigo Paulo que esteve comigo desde o primeiro dia de aula. Grata por me ouvir e por não ter desistido.

Meus agradecimentos a meus técnicos de enfermagem que contribuíram direta e indiretamente para a elaboração desta dissertação. Todo meu respeito a esta profissão tão honrosa.

Meu muito obrigada a FIOCRUZ, a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio e aos profissionais que lá atuam sempre em prol do pleno desenvolvimento de cada discente.

Meu agradecimento especial a Professora Phillipina Chinelli pelas contribuições de valor imensurável.

Resumo

Esta pesquisa propõe analisar as implicações da reestruturação produtiva sobre as relações de trabalho e a qualificação para o trabalho dos técnicos de enfermagem que atuam em um centro cirúrgico de um hospital público da cidade do Rio de Janeiro. A aceleração do desenvolvimento tecnológico, sobretudo da microeletrônica e das tecnologias de comunicação e informação, inaugurou o chamado capitalismo flexível que têm como uma de suas características a flexibilização dos vínculos trabalhistas e precarização do trabalho e da vida. As empresas almejavam a otimização do trabalho com conseqüente redução de custos de produção e aumento da extração de mais valia. Obedecendo a lógica capitalista, a reestruturação produtiva alcança todos os campos produtivos, incluindo a saúde e a formação de seus profissionais de forma a “educa-los” em conformidade as necessidades do capital. O trabalho em saúde se dá nas relações entre profissional e indivíduo ou no coletivo, porém, hoje quase sempre intermediado por tecnologias, transformando as relações de cuidado e do fazer em saúde. A Reforma do Estado que inaugurou o gerencialismo na saúde, acabou por produzir políticas sociais focalizadas, comprometendo o acesso ao atendimento em saúde e transformando as relações de trabalho no setor se tornam cada vez mais precarizadas. Nesse quadro, a possibilidade de concretização das políticas públicas de saúde e os princípios do SUS ficam comprometidos, na medida em que os atendimentos e intervenções sofrem com a diminuição dos investimentos e a precarização do trabalho. Atualmente a necessidade de produzir cada vez mais em saúde com um quantitativo de profissionais atuantes cada vez menor. O trabalho do auxiliar/técnico de enfermagem não é alheio a esse processo. Ele vivencia em sua prática profissional os reflexos de uma crescente privatização da saúde, da flexibilização de seu trabalho e da inserção de novas tecnologias em saúde, como alternativas de tornar o SUS mais “eficiente”.

Palavras-chave: reestruturação produtiva, qualificação profissional, trabalho em saúde.

Abstract

This research proposes to analyze the implications of the productive restructuring on the labor relations and the qualification for the work of the nursing technicians who work in a surgical center of a public hospital in the city of Rio de Janeiro. The acceleration of technological development, especially in microelectronics and communication and information technologies, inaugurated the so-called flexible capitalism which has as one of its characteristics the easing of labor bonds and the precariousness of work and life. Productive restructuring occurs, then, way of redefining work and production chain relationships, based on a growing access to technical and scientific knowledge that took place after the decline of the Fordist model. The companies aimed at optimizing work with a consequent reduction in production costs and increased extraction of added value. Obeying the capitalist logic, the productive restructuring reaches all the productive fields, including the health and training of its professionals in order to “educate” them in accordance with the needs of capital. Health work takes place in the relationships between professional and individual or in the collective, however, today almost always intermediated by technologies, transforming the relationships of care and doing in health. The consequence, the political transformations that Brazil has been going through directly affect the health area and have an impact on its workers. The State Reform that inaugurated managerialism in health ended up producing focused social policies, compromising access to health care and transforming working relationships in the health sector that are becoming increasingly precarious. In this context, the possibility of implementing public health policies and the principles of SUS are compromised, as health care and interventions suffer from reduced investments and precarious work. Currently, there is a need to produce more and more in health with an ever smaller number of professionals working. The nursing assistant / technician's work is not alien to this process. He experiences in his professional practice the reflexes of an increasing privatization of health, the flexibility of his work and the insertion of new health technologies, as alternatives to make SUS more "efficient".

Keywords: productive restructuring, professional qualification, health work.

Siglas

| | |
|--------|---|
| ANVISA | Agencia Nacional de Vigilância Sanitária |
| CC | Centro Cirúrgico |
| CEB | Câmara de Educação Básica |
| CISET | Controle Interno da Presidência da República |
| COFEN | Conselho Federal de Enfermagem |
| COREN | Conselho Regional de Enfermagem |
| EJA | Educação de Jovens e Adultos |
| EPI | Equipamento de Proteção Individual |
| LDB | Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional |
| NERJ | Núcleo Estadual do Rio de Janeiro |
| OS's | Organizações Sociais |
| PROFAE | Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem |
| SO | Sala Operatória |
| TCU | Tribunal de Contas da União |

Sumário

| | |
|---|-------|
| Introdução | p.10 |
| 1. A reestruturação produtiva, neoliberalismo e a reforma do Estado brasileiro..... | p.13 |
| 1.1. A reestruturação produtiva e a era pós fordista | .p.13 |
| 1.2. A reforma do Estado brasileiro e a reestruturação produtiva na saúde | .p.17 |
| 1.3. A contrarreforma da saúde..... | p.22 |
| 1.4. A terceirização, flexibilização e precarização do trabalho em saúde | p.25 |
| 2. O Centro Cirúrgico e sua relevância no contexto hospitalar | p. 30 |
| 2.1. Os trabalhadores e a organização do trabalho no Centro Cirúrgico | p.30 |
| 2.2. O Centro Cirúrgico e a pandemia de Sars COV 2 | p. 44 |
| 3. A qualificação dos trabalhadores técnicos em saúde..... | p.48 |
| 4. Percurso metodológico | p.59 |
| 4.1. Sobre a pesquisa metodológica e as estratégias utilizadas | p.59 |
| 4.2. Obtenção de dados | p.59 |
| 4.3. Entrevistas | p.60 |
| 4.4. Resultados | p.61 |
| 4.5. Entrevistados | p.63 |
| 4.6. Organização e gerenciamento do Centro Cirúrgico | p.65 |
| 4.7. Qualificação e reconhecimento profissional | p.68 |
| 5. Considerações Finais | p.72 |
| Referências Bibliográficas | p.76 |
| Apêndice I | p.80 |
| Apêndice II | p.81 |

Introdução

Esta dissertação trata das repercussões da reestruturação produtiva sobre a organização do trabalho e os processos de qualificação de que participam os trabalhadores técnicos em enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico de um hospital federal do município do Rio de Janeiro. O estudo objetiva de forma mais específica identificar e analisar as principais mudanças na organização do trabalho no Centro Cirúrgico derivadas das transformações contemporâneas no mundo do trabalho e das políticas econômicas e sociais de corte neoliberal como a contrarreforma da saúde. Propõe ainda descrever e analisar as relações de trabalho dos trabalhadores técnicos em enfermagem que nele atuam e detectar e analisar as possíveis mudanças nos processos de qualificação profissional dos trabalhadores técnicos em enfermagem que atuam nos Centros Cirúrgicos.

A dissertação surge das inquietações derivadas de minha inserção em um Centro Cirúrgico (CC) de um hospital federal do município do Rio de Janeiro que compõe a rede pública de assistência e dos problemas que compartilho com meus colegas de trabalho. Atuo como enfermeira há 16 anos, sendo 12 deles no hospital lócus da pesquisa e, especificamente, há 10 anos no centro cirúrgico. Como enfermeira líder de equipe tenho como uma de minhas atribuições servir de referência aos profissionais que comigo atuam como trabalhadores técnicos em enfermagem, além de também incentivar e incrementar atividades que visam o aprimoramento profissional.

A equipe de saúde na qual atuo é formada por profissionais que têm diversas relações contratuais. Assim, tendo que fomentar atividades que visam a qualificação profissional, me deparo com engajamentos diferenciados nas atividades educacionais e no trabalho desenvolvido no setor, ao mesmo tempo em que vivencio o processo de privatização da saúde, contrariando a Constituição Federal que estabelece a saúde como direito de todos e dever do Estado. Torna-se, então, necessário refletir sobre princípios do cuidado que vem sendo oferecido à população brasileira, as implicações da lógica mercadológica e os ideais neoliberais presentes no capitalismo sobre a produção em saúde.

Essas inquietações permitiram formular a principal questão que orienta a dissertação: Como a reestruturação produtiva, a contrarreforma da saúde nos moldes na reconfiguração do estado brasileiro e das ideias neoliberais repercutem na saúde pública, mais especificamente sobre a organização do trabalho e os processos de qualificação de que participam os trabalhadores técnicos em enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico?

A dissertação está estruturada em 04 (quatro) capítulos. O primeiro tem como objetivo contextualizar o estudo, trazendo à discussão a reestruturação produtiva como transformação de ordem econômica internacional que se deu a partir da década de 1970 com a crise do taylorismo-fordismo, e seus desdobramentos no Brasil contemporâneo. A discussão se aprofunda em marcos específicos como a década de 1990, quando as ideias neoliberais ganham força no Brasil, com a abertura de mercado ao capital estrangeiro e a Reforma do Estado brasileiro que redefine o papel do Estado nas políticas públicas. Este capítulo descreve também a reestruturação produtiva especificamente no setor saúde, a partir da década de 1990 e suas consequências as relações de trabalho. Faz-se ainda uma discussão sobre a precarização dos vínculos, outras formas de relações de trabalho e emprego, terceirização, parceria público-privadas, crescimento das organizações sociais. Faço uma reflexão sobre as consequências impostas aos trabalhadores que estão vivenciando as transformações no mercado de trabalho e nas políticas públicas, com repercussão objetivas e subjetivas sobre esses sujeitos.

No segundo capítulo abordo a atual organização do trabalho no setor saúde e mais especificamente no centro cirúrgico de um grande hospital público. Este setor, por sua capacidade de movimentar um grande volume de investimentos/orçamento na rede pública e gerar a possibilidade de alta lucratividade na rede privada, torna-se objeto de estudo de grande relevância para a compreensão do capitalismo contemporâneo. No capítulo descreve-se de forma minuciosa o centro cirúrgico lócus desta pesquisa, suas especificidades e a de seus trabalhadores técnicos em saúde que atuam especificamente como circulantes de sala cirúrgica e/ou instrumentadores cirúrgicos. A intenção é permitir ao leitor compreender o funcionamento deste setor e posteriormente acompanhar a discussão sobre as consequências da reestruturação produtiva impostas a estes trabalhadores, através da inserção de novas tecnologias e precarização de vínculos dos profissionais que lá atuam. Tratamos ainda do funcionamento do centro cirúrgico no contexto da pandemia de COVID-19 no hospital em questão. Note-se que a unidade não é referência para tratamento da doença, mas recebeu diversos pacientes portadores do vírus SARS-Cov 2, acarretando a exposição de vários dos profissionais que atuaram em várias frentes, incluindo o centro cirúrgico.

O terceiro capítulo é destinado à discussão da qualificação dos trabalhadores técnicos em saúde. Não somente os técnicos em saúde, mas os trabalhadores em geral estão sujeitos a uma educação/qualificação que se coaduna com as ideias neoliberais que vêm orientando as políticas públicas brasileiras. Faz-se uma discussão sobre a dualidade

educacional que priva amplos segmentos da população brasileira do pleno desenvolvimento de suas capacidades intelectuais e profissionais e diminui sua possibilidade de disputar postos no mercado de trabalho. Abordo a importância do reconhecimento profissional para os trabalhadores de nível técnico que atuam como auxiliares de enfermagem, com o condicionante de que o mesmo tenha cursado o nível médio.

O quarto capítulo se destina à descrição do percurso metodológico que norteou a pesquisa. Procurou-se obter o ponto de vista dos entrevistados sobre as questões de pesquisa através de entrevistas semiestruturadas orientadas por um roteiro de com 24 perguntas, feitas a dez profissionais que atuavam no centro cirúrgico há pelo menos dez anos como circulantes de sala e instrumentadores cirúrgicos. Estes pré-requisitos foram definidos a fim de selecionar entre estes trabalhadores, aqueles que passaram pelas essas mudanças econômicas e sociais que marcam as décadas recentes da história do país.

Por fim, nas considerações finais faço uma retomada das principais questões analisadas, incluindo as informações obtidas através dos questionários, de forma a responder à questão norteadora desta dissertação.

Capítulo 1

A reestruturação produtiva, neoliberalismo e a reforma do Estado brasileiro

1.1. A reestruturação produtiva e a era pós-fordista

O trabalho é uma atividade inerente ao ser humano e indispensável à sua existência. Desde sua origem, transformar a natureza em virtude da manutenção da vida se tornou mister. Porém o homem ao longo da história desenvolveu diversas formas de organização do trabalho e mudou o objetivo do mesmo. O que antes existia para subsistência e perpetuação da espécie, ganha outra perspectiva com o advento do capitalismo. A força de trabalho humana passou a ser explorada visando a extração de mais valia para os detentores dos meios de produção, a burguesia.

O sistema taylorista de organização do trabalho surge no século XX almejando o aumento da produção das fábricas, através da extração de todo potencial produtivo dos trabalhadores. Frederick Winslow Taylor que inspirou o nome do sistema, acreditava que dividindo ao máximo as etapas da produção e calculando o tempo de execução de cada uma delas, chegaria ao tempo de trabalho real necessário para a confecção de um produto. Com essa informação poderia orientar as gerências no sentido do aumento da extração de mais valia. Segundo Pinto (2007), para Taylor:

Entrevia-lhe a idéia de que as gerências na posse desses resultados, estariam possibilitados a exigir de qualquer trabalhador o cumprimento da “quantidade ideal” de trabalho diário, ou seja: nem muito, evitando prejudicar a saúde dos trabalhadores e pô-los de licença, nem pouco, a fim de não se perder sequer um segundo do tempo e sobra do trabalho não pago (mais valia) que lhe seria extraído em cada produto. (PINTO, 2007, p.30).

Esse modelo de organização do trabalho atuava com frequência através da coerção e por isso não isento de resistência dos operários, pois lhes exigia que todo seu esforço físico, mental e habilidades motoras fossem empregadas nas atividades laborais no menor tempo possível para atender a necessidade de aumentar a produtividade e por consequência, a acumulação de capital através do melhor aproveitamento possível entre o tempo e o movimento. Era premissa de Taylor promover um aproveitamento total do tempo do trabalhador, evitando a “vadiagem” e o ato de “fazer cera”, pois muitos trabalhadores não aceitavam esse ritmo de trabalho, visto que o mesmo produzia o desemprego de outros trabalhadores. Mais que uma insatisfação com as condições de trabalho, essa atitude era um posicionamento político. Aos operários restava apenas a

repetição de tarefas, enquanto a outros poucos o estudo da gerencia dessas ações, garantindo assim a acumulação do capital.

Mais tarde, Henry Ford, com seu sonho juvenil de produzir um motor revolucionário, também despertou para esse novo modelo de organização do trabalho, o que garantiu a manutenção de uma produção em massa, padronizada, baseada na divisão de tarefas e na introdução da linha de produção e das esteiras rolantes, diminuindo de forma significativa o tempo de produção. A relação com o operário também muda. Ford entendia que:

padronizando os produtos e fabricando-os numa escala imensa, da ordem e centenas ou milhares por dia, certamente os custos de produção seriam reduzidos e contrabalançados pelo aumento do consumo, proporcionando, por sua vez, pela elevação de renda em vista dos melhores salários que poderiam ser pagos em função do aumento das vendas e, portanto, dos lucros empresariais. (PINTO, 2007, p.41)

Transforma-se assim o operário em consumidor que percebendo melhores salários, passou, a ter a perspectiva, de melhores condições de vida. O modelo fordista transcendeu o chão da fábrica, chegando às vidas das famílias, à sociedade, regulando seus hábitos e costumes. Porém, com as esteiras rolantes, o trabalho passa a ser extremamente extenuante, o que gera com o tempo uma intensa insatisfação entre os operários. No fordismo o controle da força de trabalho se dava através da coerção, mas também do convencimento, que vai além dos aumentos de salário e chega a determinar um certo comportamento social, que inclui a expressão da sexualidade e uso do álcool. (PINTO, 20007, pag.41)

Após a segunda guerra mundial nos EUA e Europa, o taylorismo/fordismo era o modelo de produção que garantia a produtividade e que mudava o padrão de vida da sociedade. Com a negociação entre patrões e empregados, aumento dos salários, do poder de compra e com a conquista de proteções sociais, iniciou-se o que chamamos de “Era de ouro do capital” expressa no Estado de Bem-Estar Social¹.

Após mais de quatro décadas de uma conjuntura política e econômica em que ocorreram a hipertrofia do capital financeiro, alta súbita do preço do petróleo, insatisfação dos operários com as tarefas executadas e o autoritarismo nos espaços de produção, gerou-se uma instabilidade econômica nos países centrais e periféricos e a diminuição dos lucros dos empresários, caindo em declínio o modelo taylorista/fordista de produção.

¹ O Estado de Bem-Estar social é aqui entendido como uma importante conquista das lutas dos trabalhadores europeus no pós-segunda guerra. O estado passa a ser o promotor de um padrão econômico e sociocultural, através de políticas públicas de proteção social que o Brasil nunca conseguiu alcançar.

Tratava-se de uma crise conjuntural que se instalou pela grande elevação da produtividade do trabalho, sem contrapartida adequada no aumento dos salários reais, dando lugar a uma crise de superacumulação: acúmulo de mercadorias, estoques e desemprego. Os sindicatos tinham uma forte representação social e cobravam por melhores condições de trabalho, manutenção dos postos de trabalho e dos salários.

Segundo Pinto (2007), houve a necessidade da reorganização dos meios de produção como forma de tentar controlar a crise provocada pela queda da taxa de lucro dos empresários, pelas limitações da produção padronizada, pela retração da qualidade dos produtos, pelo aumento do número de faltas ao trabalho, pelo alto *turnover*² nas empresas e também por não atender aos anseios dos empregados que não se contentavam mais em ser apenas meros repetidores de ações (CHINELLI, 2008).

Assistiu-se a um forte processo de fragmentação econômica, social e política, diante da qual era necessário fazer cessar as greves e restabelecer o controle da força de trabalho. Essa tentativa se deu em moldes toyotistas, através da agregação de inovações tecnológicas aos processos de trabalho, mais especificamente com o avanço da microeletrônica e das novas tecnologias de comunicação e informação: introdução gradativa de novos métodos de gestão do trabalho e organização da produção, despadronização da produção, flexibilização das relações de trabalho, etc.

Na tentativa de superar a crescente insatisfação dos trabalhadores o empresariado dos países centrais orientou seus investimentos de forma maciça para o desenvolvimento de novas tecnologias, sobretudo de informação e comunicação, e dos métodos de gestão do trabalho e organização da produção. (CHINELLI, 2008, pag. 36)

Segundo Pinto (2007, p. 51), o modelo toyotista caracteriza-se por:

- 1-Alta flexibilidade de produção, ou capacidade de produzir diferentes produtos num curto período de tempo (...);
- 2-Altos índices de qualidade do produto, o que reduziria, inclusive custos de produção (...);
- 3-Baixos preços finais, o que pode ser obtido não apenas pela redução do re-trabalho e pela flexibilidade produtiva, mas através da manutenção de uma fábrica mínima (...);
- 4-Entrega rápida e precisa, com os pedidos sendo entregues no momento exato estipulado pelo cliente (...)

A esse processo sumariamente descrito chamamos de reestruturação produtiva que na opinião de Druck (2011, pag. 41), inaugura uma nova era

² Entendemos aqui o *turnover* como uma alta rotatividade de empregados provocada pela insatisfação com o modelo de organização científica do trabalho, que afastava o trabalhador do trabalho intelectual e o aproximava da expropriação de seu trabalho.

identificada como de uma mundialização inédita do capital, apoiada num projeto político e econômico de cunho neoliberal e que se concretizou essencialmente através de uma reestruturação intensa e longa da produção e do trabalho.

Tudo isso acaba por configurar um novo modelo produtivo que Harvey denomina “acumulação flexível” que se caracteriza pela

crescente capacidade de manufatura de uma variedade de bens e preços baixos em pequenos lotes. [...] Estes sistemas de produção flexível permitiram uma aceleração do ritmo da inovação do produto, ao lado da exploração de nichos de mercado altamente especializados e de pequena escala. [...] O tempo de giro - que sempre é a chave da lucratividade capitalista - foi reduzido de modo dramático pelo uso de novas tecnologias produtivas (automação, robôs) e de novas formas organizacionais. (HARVEY, 1994, pág.148, apud GUERRA, 2000, pág. 2)

Obedecendo à lógica capitalista, a reestruturação produtiva, alcança todos os campos produtivos e os serviços, incluindo a saúde e a formação de seus profissionais de forma a “educa-los” em conformidade as necessidades do capital. Merhy e Franco (2009) definem a reestruturação produtiva em saúde não só como uma nova forma de relação e organização do trabalho, mas também como outra maneira de produzir o cuidado em saúde, tanto pela inserção de novas técnicas e tecnologias, como também na mudança de comportamento e percepção dos profissionais de saúde.

No Brasil, a reestruturação produtiva começa a surgir a partir dos anos 1980 sob o pretexto de tornar a organização e gestão do trabalho menos autoritária. Ela se instalou através dos Círculos de Controle de Qualidade (CCQ)³. Segundo Medeiros (2009, p.65), nesse sistema supõe-se “uma empresa que tenha uma gestão de força de trabalho mais democrática do que a que existia no Brasil.” Os CCQs sofreram resistência por parte dos operários e seus sindicatos e logo caíram em desuso, devido a outras formas de gestão derivadas da reestruturação e das ideias neoliberais. Essas formas de gestão preveem uma flexibilização dos vínculos contratuais de trabalho, subcontratações, remunerações individualizadas, enfraquecimento das negociações coletivas com consequentes perdas de direitos trabalhistas, instabilidade nos horários de trabalho, automatização de tarefas, redução de postos de trabalho, aumento da competição entre os trabalhadores e diminuição da capacidade de empregabilidade, com o objetivo de tornar a produção mais enxuta e aumentar a acumulação de capital.

³ É uma técnica japonesa que se difundiu no Brasil após a segunda guerra. Baseia-se na formação de um grupo de trabalhadores que se reúnem voluntariamente para avaliar os possíveis problemas na organização de trabalho e propor alternativas que possam melhorar o processo de produção almejando a melhoria da qualidade do que era produzido e o envolvimento do operário com seu trabalho com a eliminação de tempos mortos de produção e trabalho em equipe.

As terceirizações, a informalidade e a modalidade de pessoa jurídica se tornam cada vez mais presentes na vida do trabalhador brasileiro. É uma nova gestão do trabalho, que aliena cada dia mais o trabalhador da sua atividade laboral e que o mantém domesticado.

As relações de compra e venda da força de trabalho que antes se definiam formalmente através do trabalho assalariado, foram aos poucos sendo desregulamentadas principalmente na da rede privada. Nessa relação de forças, perde o trabalhador que cada dia mais se sujeita as formas mais precárias de ocupação laboral, pois a competição do mercado pelo aumento de lucratividade e acumulação do capital implica em que sua substituição se constitua em mera formalidade.

(...) contrariamente à crise dos anos de 1970, o quadro hoje é de “(...) coexistência entre a degradação da situação econômica e social de um número crescente de pessoas e um capitalismo em plena expansão e profundamente transformado.” (BOLTANSKI e CHIAPELLO, apud DRUCK, 2011, pag. 42).

Esse processo não permite um planejamento a logo prazo pelas famílias, o que antes era baseado na formalidade das relações de trabalho, pois prioriza a precarização do mesmo. O Estado tende a ser menos protetor e age desregulamentando o mercado. Essas mudanças ocorrem em ritmo acelerado, não permitindo a muitos a opção de se adequar a elas ou não. O trabalho se torna cada vez mais precário e a desigualdade social se aprofunda, gerando a ampliação do exército industrial de reserva disposto às mais precárias condições de trabalho e que reside em bairros pobres e favelas da periferia das cidades brasileiras. Muitos dos trabalhadores das camadas médias, graduados nas universidades também têm dificuldades em conseguir oportunidades no mercado de trabalho ou quando as obtêm, estão muito aquém de seus investimentos na formação ou de suas expectativas pessoais. Formam assim um exército de qualificados que não conquistam ou levam muito tempo conquistar a independência financeira.

Trata-se, portanto, do gradativo desaparecimento de relações formais de trabalho, da ampliação da informalidade, da insegurança e da precarização do trabalho e da vida. As relações de trabalho se individualizam, o que associado à terceirização, dificulta a organização sindical.

Essas mudanças nas relações de trabalho e emprego se refletem diretamente na remuneração dos trabalhadores. Mesmo aqueles inseridos relações salariais acabam tendo perda salarial gradativa.

1.2. A reforma do Estado brasileiro e a reestruturação produtiva na saúde

A década de 1990 é inaugurada no Brasil diante da necessidade de encarar um novo reordenamento da hegemonia internacional que vivia os momentos derradeiros da “guerra fria” que tiveram na queda do Muro de Berlim, em 1989, um dos seus marcos mais importantes, seguida da dissolução da União das Repúblicas Socialistas Soviéticas em 1991. O último presidente militar da república no Brasil, João Figueiredo (1978-1985), ao sair do governo em 1985, deixou como legado uma grande crise fiscal, inflação descontrolada, baixo crescimento econômico e aumento importante de dívida pública. À época, o vivia-se grave crise econômica mundial que poria fim a era conhecida como “Milagre econômico brasileiro”.

Com o fim da ditadura militar, em março de 1985, Tancredo Neves, tendo como vice o deputado José Sarney (MDB), tomaria posse na presidência da república como primeiro civil após uma sucessão de governos militares. Tancredo, acometido por graves problemas de saúde veio a falecer em abril do mesmo ano, promovendo comoção popular e atingindo a esperança nacional de encerrar os chamados anos de chumbo. Sarney toma posse um mês antes, governando o país entre 15 de março de 1985 a 15 de março de 1990. Ulisses Guimarães era o Presidente da Câmara a época e foi um dos articuladores do desfecho da chamada transição democrática que teve como garantia, sobretudo a Constituição de 1988.

Depois de um longo período de ditadura, elege-se um governo de centro-direita que tinha o desafio de reorganizar as contas públicas e conter a inflação. Foram várias tentativas como o Plano Cruzado (que mudou a moeda corrente para Cruzado), o Plano Verão e o Plano Bresser. No princípio, conseguiram segurar a alta desenfreada da inflação, mas com poucos meses fracassaram. O governo teve como ponto alto a Constituição que foi promulgada em 1988. Foi um grande avanço na conquista, pelo menos teórica, de liberdade e direitos civis. Era a materialização do fim da ditadura.

Em 1990, Fernando Collor de Mello (1990-1992) é eleito com o discurso de combate a corrupção. Era conhecido como o “caçador de marajás”, pois dizia se opor a quem exercia cargos comissionados com gordos salários pagos pelo governo. Mais um governo liberal que prometia enxugar a máquina pública e torna-la mais eficiente⁴. Para isso promoveu várias medidas impopulares como o bloqueio dos ativos financeiros (movimentações da caderneta de poupança) acima de 50 mil cruzeiros e os Planos Collor I

⁴ Vale ressaltar que estas medidas econômicas são parte das recomendações de reformas neoliberais feitas pelo Banco Mundial para a América Latina.

e Collor II. Essas medidas acarretaram um verdadeiro desastre econômico. Produtos e serviços indispensáveis como a energia elétrica, gás de cozinha e gasolina tiveram aumentos importantes, afetando diretamente as famílias. Após um grave escândalo financeiro, que aqui não cabe detalhar, FCM foi o primeiro presidente a sofrer impeachment, mesmo tendo renunciado alguns minutos antes da conclusão do processo.

Os governos seguintes de Fernando Collor de Melo (1990 a 1992) e de Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002) “abrem as portas” brasileiras ao mercado internacional e reforçam as bases da reestruturação produtiva no Brasil, com a crescente desregulamentação dos mercados internacionais. Contudo, o Brasil, como economia periférica, se enquadra no perfil ideal para investimentos internacionais de forma subalternizada. Por conta disso acaba atraindo um grande volume de capital especulativo que muito pouco contribui para o crescimento econômico e na elevação do PIB.

A partir de 1995, já no governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2003) esse processo foi orientado pela reforma do Estado brasileiro, conforme o plano diretor de Bresser Pereira de 1995 que previa uma considerável diminuição do Estado e uma mudança no processo de governança do mesmo. Mesmo sem termos alcançado um Estado mínimo, visto que o mesmo até cresceu, ele foi sim reformado e esta reforma impactou diretamente nos investimentos nas áreas sociais voltadas para os mais pobres e excluídos, diminuindo assim o acesso aos serviços públicos de saúde e educação ou, ao menos, afetando a qualidade dos serviços prestados a essa população. Há uma clara intenção de reformular o papel do Estado para adequá-los aos preceitos do neoliberalismo. Assim, mesmo intencionando a criação de políticas públicas de proteção social, na verdade o que ocorreu foi a falta de acesso e perda da qualidade dos serviços.

Um novo papel era atribuído ao Estado. Não deveria mais ser o grande produtor de bens e de serviços, mas sim usar seu poder de sinalização e de regulamentação e sua capacidade de investir para tornar viáveis empreendimentos de outras instituições que se considerem desejáveis: esferas subnacionais de governo (Estados e municípios), empresas privadas e entidades da sociedade civil e das comunidades. (TIEZZI, 2004, pag.50).

Nesse contexto, políticas públicas se retraem no sentido de realmente atender os que mais necessitavam de proteção social, sobretudo no que se refere ao acesso à qualidade dos serviços públicos, configurando um paradoxo visto que a proposta inicial era ampliá-los.

Em 1988 fora promulgada a nova Constituição Federal Brasileira que definiu a saúde e educação como direito de todos e dever do Estado e garantiu direitos específicos a

crianças e idosos. Previa-se uma mudança nos rumos políticos e sociais devido às garantias sociais estabelecidas em lei. Porém a Constituição previa direitos civis, mas não diretrizes econômicas. Vivia-se de forma global a crise econômica e suas consequências.

A reforma do estado brasileiro do governo Fernando Henrique Cardoso iniciou-se em 1995, sob a justificativa de solucionar a crise econômica e social. Encaminhada ao Congresso em 1995, a reforma não sofreu grandes resistências, graças à popularidade de FHC, conquistada durante o governo de Itamar Franco, no qual foi ministro da economia, quando teve a oportunidade de implementar uma nova moeda e plano econômico visando a estabilidade econômica diante do descontrole da inflação. Luiz Carlos Bresser-Pereira, autor do Plano Diretor da Reforma do Estado teve grande destaque neste processo. Em uma de suas publicações (1997), aponta quatro grandes problemas que justificaram essa reforma:

- a- Um problema econômico-político - a delimitação do tamanho do Estado (...);
- b- Outro problema econômico-político - a redefinição do papel regulador do Estado (...);
- c- Um econômico-administrativo – a recuperação da governança ou capacidade financeira e administrativa de implementar as decisões políticas tomadas pelo governo;
- d- Um político – o aumento da governabilidade ou capacidade política do governo de intermediar interesses, garantir legitimidade e governar. (BRASIL, 1997, p.7)

A redefinição do papel do Estado é discutida em cinco vertentes: “(1) ajustamento fiscal, (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, (3) reforma da previdência social, (4) inovação dos instrumentos de política social, (5) a reforma do aparelho do Estado, com vistas a aumentar sua governança (...)” (BRASIL, 1997, p.10).

O estabelecimento de parcerias público-privadas foi a estratégia mais utilizada para os setores considerados não exclusivos para a atuação do Estado. No plano diretor vemos definido como 4 áreas como exclusivas a atuação do Estado: o núcleo estratégico (o governo propriamente dito), as atividades exclusivas (não têm participação da iniciativa privada), serviços não exclusivos (há participação em maior ou menor grau da iniciativa privada) e a produção de bens e serviços (onde a iniciativa privada é a regra, porém não exclusiva). (BRASIL, 1997, p.7).

Essas medidas intencionavam garantir a governabilidade após a crise econômica mundial iniciada a partir de 1970. O Fundo Monetário Internacional (FMI) e o Banco Mundial recomendavam privatizações, redução dos gastos públicos, liberação comercial,

desregulamentação da economia e flexibilização das leis trabalhistas (Estado Mínimo + Reestruturação produtiva).

Como já mencionado, o que se pretendeu foi adequar a estrutura do estado brasileiro às políticas de corte neoliberal, com a justificativa de atender a população mais vulnerável em suas necessidades, tornando-o mais presente em setores de pouco ou nenhum interesse para a iniciativa privada. De fato, o que ocorreu a partir daí foi a intensificação das privatizações de empresas estatais, a terceirização de serviços públicos e implementou-se a focalização das políticas sociais.

A desregulamentação do mercado entra em discussão contra o que se considerava o excesso de interferência do governo. A proposta é desregulamentar e regular com vistas à privatização. Nesse contexto o conceito de governança administrativa, enquanto capacidade de tomar decisões, ganha destaque na suposição de que as medidas propostas tornariam:

(...) um Estado mais eficiente, que responda a quem de fato deve responder: o cidadão. Logo, será um Estado que estará agindo em parceria com a sociedade e de acordo com seus anseios. Será um Estado menos voltado para proteção e mais para a promoção da capacidade de competição. (BRASIL, 1997, p52)

A reforma previu a privatização da produção de bens e serviços para o mercado e a publicização de serviços sociais e científicos. As organizações sociais ganham protagonismo, sendo entendidas no âmbito da reforma como forma de participação social na gestão dos serviços públicos. Porém, alteram totalmente a relação do trabalhador/empregador e não vêm sendo eficazes como ferramenta de participação democrática, visto que a gestão destas Organizações Sociais fica restrita a grupos específicos e com interesse claro no lucro.

A reforma proposta por Bresser no plano diretor aponta como um dos grandes problemas o tamanho do Estado e sua limitação como solução ao problema. Mas o que se viu não foi a melhoria do atendimento dado ao cidadão com políticas públicas eficientes. Quanto às privatizações, só serviram para o a criação de grandes monopólios, concentração de renda e acúmulo de capital.

Não há protagonismo na relação da população com os setores que foram privatizados, visto que estes trabalhadores em sua maioria não podem pagar pelos serviços de que precisam. Quando podem arcar com os custos, a qualidade em boa parte das vezes não é adequada. Então há uma falsa ideia de poder de escolha, quando na verdade há uma omissão ou má distribuição dos serviços públicos que levam o trabalhador a procurá-los na rede privada.

Essa relação gera uma reação em cadeia a partir do momento em que a rede privada intenciona aumentar seus lucros. Assim, oferta-se serviços mais baratos para que trabalhadores pobres possam pagar por esses serviços quando não há garantia de emprego e remuneração, acabam por descontinuar o acesso do usuário. O trabalhador deixa de ser assistido pelo poder público em suas necessidades, o que é garantido pela Constituição Brasileira, pagando por um serviço nem sempre de qualidade satisfatória, constituindo mais uma forma de expropriação dos trabalhadores.

Esse contexto também afeta o setor saúde, trazendo as mudanças acima apontadas uma nova relação do profissional de saúde com os usuários do serviço, seja ele público ou privado, e com o mercado de trabalho.

Esses processos acabam por gerar sofrimento tanto aos cidadãos que utilizam os serviços de saúde, como aos trabalhadores destes serviços. A uma minoria que pode pagar os serviços da rede privada de saúde, fica reservado um atendimento em princípio de melhor qualidade, com a utilização maciça de tecnologia. Aos demais pacientes/clientes da rede particular que possuem planos de saúde populares ou pagam consultas e exames em pequenas clínicas e consultórios, são ofertados serviços básicos, na maioria das vezes sem hora marcada, enfrentando filas que pouco se diferem das do serviço público e quando há necessidade de procedimentos de alta complexidade, é realizado pelo sistema público, visto que apenas os planos mais custosos, fornecem essa cobertura.

Os cidadãos que utilizam exclusivamente o SUS enfrentam a incerteza do atendimento, visto que a rede não consegue dar conta do número de pacientes que precisam de atendimento. Geralmente há muito mais pacientes do que profissionais, leitos, e exames ofertados, configurando, portanto, um quadro bem diferente daquele que almejava a reforma da saúde.

1.3. A contrarreforma da saúde

Se a segunda metade da década de 1980 se constituiu na época de ouro da saúde no Brasil pela conquista de um sistema de saúde universal, público e gratuito, esse avanço, sobretudo a partir da reforma do estado, entrou em rota de desaceleração, mediante a introdução de mudanças que até hoje continuam afetando a saúde pública.

A partir de 1995, o período foi marcado pelo retrocesso das conquistas definidas pelo texto constitucional, mais especificamente nas políticas públicas de saúde e assistência social que assumiram caráter restritivo e focalizado, principalmente a partir do

primeiro governo de FH, seguindo o estabelecido no que ficou conhecido como Plano Bresser. Como se viu anteriormente, se intencionava justamente diminuir a interferência do Estado em diversas áreas, incluindo as políticas públicas em saúde, acompanhando os ditames do Banco Mundial. Mencionando Mattos (2009), Chinelli, Lacerda e Vieira (2011, pág. 45) apontam que banco utilizava da justificativa de

a realidade fiscal do país não sustentaria a concretização dos princípios norteadores do SUS, sobretudo no que se referia à universalização do acesso ao sistema de saúde (...) Em vários documentos, a instituição questiona a responsabilidade dos governos na melhoria da saúde da população e recomenda, entre outras medidas, a seletividade do acesso e a priorização do atendimento aos pobres, sugerindo que a cobrança dos serviços prestados pelo SUS daqueles que podiam pagar pelo atendimento fosse feita por meio de impostos.

As autoras pontam ainda que foi no âmbito

dessas políticas restritivas que se observa o crescimento da atenção primária seletiva nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento, em detrimento da atenção primária mais abrangente proposta em Alma-Ata. A atenção primária seletiva implicava um pacote limitado de serviços de baixa complexidade para a população empobrecida e configurava o que muitos denominaram de uma “política pobre para os pobres” (CHINELLI, LACERDA e VIEIRA, 2011, pág. 46)

Em consonância com essas diretrizes, Bresser Pereira inicia o processo do que, em uma perspectiva crítica, é chamado de contra contrarreforma do setor saúde, pois suas propostas representam uma clara intenção de privatização do SUS com a transformação de hospitais e instituições que compõem o sistema público de saúde em Fundações de direito privado, através de um processo centrado na flexibilização da gestão pública. Essa reforma, foi estruturada em dois eixos:

a contenção dos custos da assistência médica, traduzida na busca de maior eficiência; e a reestruturação do mix público/privado, a partir da descentralização de atividades e responsabilidades (operacionais e de financiamento), tanto para os níveis subnacionais de governo quanto para o setor privado, e do aumento da participação financeira do usuário no custeio dos serviços que utiliza (sejam públicos ou privados). (ALMEIDA, 1999, pag.268)

Estas propostas derivam de recomendações feitas aos países de economia periférica, pelo Banco Mundial, em contrapartida a investimentos feitos pelo Banco no país, recomendando a descentralização de responsabilidades sobre serviços não exclusivos do Estado a instancias não governamentais e contratação de serviços de terceiros.

Em consonância com a política neoliberal assumida pelas instituições financeiras nos anos 80, os argumentos destes documentos questionam a intervenção do

Estado na operacionalização dos serviços de saúde. Desta forma, o Banco Mundial entra no debate internacional sobre a saúde questionando uma premissa consensual entre os organismos que tradicionalmente trataram da questão da saúde: a responsabilidade dos governos na melhoria da saúde da população (CORREIA, s/d, pag. 3)

Bresser Pereira lançou mão do argumento da insatisfação dos usuários com a lentidão dos serviços de saúde para justificar o discurso de que o setor privado seria o lócus da eficiência e da qualidade, ao contrário do público, gastador e incapaz de garantir eficiência e resolutividade dos serviços de saúde. Note-se que à época, Fernando Henrique Cardoso se ocupava de adjetivar os servidores públicos como preguiçosos, portanto descompromissados com o atendimento da população, o que teve como consequência a demonização dos trabalhadores.

A solução apontada foi a promoção de uma reforma específica para o setor saúde:

Esta é uma proposta de reforma administrativa do sistema de atendimento hospitalar e ambulatorial de saúde do SUS. Este sistema necessita completar o processo de reforma fazendo com que as mudanças administrativas permitam conferir maior grau de resolubilidade, 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. Dada a existência de recursos sempre limitados, o objetivo da reforma é garantir um melhor atendimento ao cidadão através de um controle mais adequado do sistema, que garanta menores custos e melhor qualidade dos serviços pagos pelo Estado. Só dessa forma será possível maximizar os recursos públicos disponíveis e, ao mesmo tempo, garantir a moralidade do sistema. Visa ainda a racionalização do acesso ao atendimento hospitalar, evitando internações e exames desnecessários. (BRASIL, 1997, pág.13)

A insatisfação com a lentidão dos serviços de saúde serviu como argumento para não se investir mais dinheiro público em um serviço que não se mostrava eficaz e resolutivo. Bresser faz um discurso que enfatiza a culpabilidade e a não resolutividade dos serviços prestados pelo SUS, comparando-os aos da rede privada e apontando como saída, não o aumento de investimentos no SUS, mas aposta em mudanças na gestão do sistema público e no investimento na rede privada e na participação da população neste investimento.

Esse processo mudou a perspectiva do Estado de executor dos serviços de saúde, fortalecendo o papel de financiamento, regulação e monitoramento desses serviços através de pactuação de metas com estados e municípios, baseado em estudos epidemiológicos e na fiscalização dos serviços prestados. A descentralização de responsabilidades é defendida com repasses aos estados e municípios que passam a ser os maiores executores das ações em saúde e os maiores empregadores destes trabalhadores.

O melhor exemplo dessas relações público-privada são as Organizações Sociais (OS's), que estão presentes em quase todo o país na gestão dos serviços básicos e hospitalares. As mesmas vivem sendo alvo de investigações por falta de repasses, atraso no pagamento de funcionários, falta de médicos, entre outros problemas que nos fazem questionar essa alternativa como solução para melhoria da atenção à saúde da população.

As propostas de Bresser Pereira representaram retrocesso para o SUS e seus trabalhadores e foi muito criticada principalmente no Conselho Nacional de Saúde, 13^o Conferência Nacional de Saúde e entre sindicatos de diversas categorias de profissionais de saúde que se colocaram:

(...) contra o projeto de Fundação Estatal de Direito Privado e/ou Organização Social, e/ou OSCIPs em qualquer esfera do governo (Federal, Estadual e Municipal), tendo em vista ferir os princípios do SUS e o controle social, pondo em risco o acesso em qualidade dos serviços aos usuários. E, que o Ministério da Saúde retire do Congresso Nacional o Projeto Lei, que dá direito a contratar serviços de saúde através de Fundações Estatais e articular os atores sociais para o combate à terceirização da gestão das unidades públicas de saúde através de OSCIPs e OS (Relatório Final da 13^a Conferência Nacional de Saúde, 2007. (apud CORREIA, s/d)

Não cabe abordar aqui mais detalhadamente a proposta de Bresser para o setor saúde que foi de encontro aos princípios da reforma sanitária. Mas, não há dúvida que ela propiciou através de parcerias público-privadas o início de um processo de grandes dificuldades para SUS. O surgimento das OS's que atualmente gerem boa parte da atenção básica e dos hospitais públicos explicita a disputa entre as propostas da reforma sanitária e o projeto neoliberal na saúde que aposta na privatização e na desregulação e na ampliação do espaço dos planos de saúde que acabarão por impedir o acesso universal à saúde.

Dessa forma, não só a população perde seu direito irrestrito ao acesso ao SUS, como o trabalhador é submetido a relações de trabalho também desregulamentadas e precárias sob vários aspectos, com o argumento de melhor gestão dos gastos públicos e aumento da resolutividade no atendimento à população que, em grande parte não tem como arcar com os custos de um plano de saúde que lhe fornece apenas serviços mínimos, e não lhes garante acesso a cuidados de maior complexidade.

1.4 A terceirização, flexibilização e precarização do trabalho em saúde

Conforme se viu, ao final dos 1980, a discussão sobre o papel do Estado e sua definição ganhou relevância no cenário nacional. Ampliava-se na sociedade brasileira a

percepção de sustentar um Estado inchado e ineficiente, incapaz de promover políticas públicas de promoção da saúde, educação e segurança eficazes. Luiz Carlos Bresser defendia a necessidade de um novo modelo de administração pública no sentido da mudança da relação do Estado provedor para regulador e protetor do desenvolvimento social e econômico do país. Os serviços não exclusivos do estado passariam ser executados mediante parcerias público-privadas.

Com a reforma de 1995, a saúde passou a ser enquadrada como serviço não exclusivo, permitindo o surgimento de organizações sociais (OS) ou pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, voltadas para a prestação de serviços nas áreas de saúde, educação, pesquisa científica, desenvolvimento tecnológico, etc., conforme previsto na Lei Federal nº 9.637/98. Elas permitem ao Estado deixar de ser o provedor dos serviços para desempenhar o papel de regulador, portanto, em conformidade com a reforma de 1995.

Essas organizações são apontadas como uma alternativa vantajosa para a gestão pública pela possibilidade de aquisição de bens e serviços de forma mais rápida e sem a burocracia da gestão orçamentária. Contam com a vantagem de não estarem submetidas diretamente ao Tribunal de Contas da União (TCU), à Secretaria de Controle Interno (CISSET) e ao Sistema Integrado de Administração de Serviços Gerais, órgãos ligados diretamente a gestão orçamentária e auditoria. Essas organizações vão, portanto, ao encontro dos ideais neoliberais de diminuição do Estado e fortalecimento da iniciativa privada, passando o estado a não ter responsabilidade direta pela manutenção de vínculos com os trabalhadores contratados por essas organizações, favorecendo a precarização das relações de trabalho e da vida do trabalhador.

Com isso, muito mais facilmente se pode realizar a contratação de profissionais através dos mais diversos processos seletivos, e da mesma forma, o desligamento pode se dar sem maiores responsabilidades e burocracias, como no caso dos estatutários. Outra característica importante desta relação trabalhista é a prática de salários aquém dos praticados ao servidor público estável. Não há obrigatoriedade de uma isonomia salarial.

A implantação das OS's no Brasil se deu de forma mais enfática no Estado de São Paulo e posteriormente a experiência foi utilizada como exemplo para o país. As OS's constituem atualmente a personificação da terceirização, principal estratégia de precarização do trabalho, conforme apontam vários autores, entre os quais Antunes e Druck (2014, págs 20-21):

A terceirização é o fio condutor da precarização do trabalho no Brasil. E constitui-se num fenômeno onipresente em todos os campos e dimensões do trabalho, pois é uma prática de gestão, organização e controle que discrimina; é, ao mesmo, tempo uma forma de contrato flexível, sem proteção trabalhista, e sinônimo de riacho para a saúde e vida. Ela é responsável pela fragmentação das identidades coletivas dos trabalhadores, com a intensificação da alienação e da desvalorização humana do trabalhador, assim como um instrumento de pulverização da organização sindical, que incentiva a concorrência entre trabalhadores e seu sindicato. A terceirização, como facilitadora do descumprimento da legislação trabalhista e forma ideal os limites (regulados pelo estado) do uso da força de trabalho e de sua exploração como mercadoria, ainda põe “um manto de invisibilidade” sobre os trabalhadores em sua condição social.

A terceirização e a precarização avançam no país, chegando-se ao que hoje se denomina quarteirização do trabalho e desprotegendo cada vez mais o trabalhador.

A precarização é um processo social de conteúdo histórico-político concreto, de natureza complexa, desigual e combinada, que atinge o mundo do trabalho, principalmente setores mais organizados da classe do proletariado. (...) A precarização possui um significado concreto: ela atinge o núcleo organizado do mundo do trabalho que conseguiu instituir, a partir da luta política e social de classe, alguma forma de controle sobre suas condições de existência através de mediações jurídico-políticas. Ela atinge, portanto, a base social e política do movimento socialista que se constituiu no século XX. A precarização atinge os proletários sujeitos de direitos e que hoje são vítimas da flexibilização do trabalho, sendo usurpados pelo poder das coisas ou pelas leis de mercado. (...) A precarização não apenas desvela uma condição ontológica da força de trabalho como mercadoria, mas explicita novos modos de alienação/estranhamento e fetichismo da mercadoria no mundo social do capital. (ALVES, 2007, pag. 115)

Nos moldes da quarteirização, as OS's contratam empresas que fornecem funcionários que são entendidos como “sócios” dessa empresa e, portanto, não têm direitos básicos de um trabalhador formal como décimo terceiro salário, férias, pois os mesmos não se enquadram nas regras da CLT. É uma situação ainda mais precarizada que pode ser exemplificada pelo fenômeno da uberização.

A uberização traz consigo uma ideia/possibilidade de sustento pessoal associado a não submissão de às regras formais de cumprimento de horário, uso de roupas pouco confortáveis, horário flexível, maior possibilidade de realizar outras atividades. Enfim, há ilusão de uma qualidade de vida melhor, mais autônoma. Porém aos quarteirizados são ofertados salários menores do que os praticados anteriormente pelas OS's, visto que antes elas eram as únicas mediadoras entre o Estado e os trabalhadores. Mais uma mediação acaba por rebaixar remuneração, impondo mais horas de trabalho semanais para se atingir o salário oferecido pelas Os's.

Os gastos públicos por sua vez se elevam cada vez que se contrata uma empresa para realizar um serviço que poderia ser realizado/ofertado diretamente pelo Estado à

população. Há de se considerar ainda a dificuldade de gestão dessas empresas terceirizadas e quarteirizadas, onde os salários dos profissionais sofrem atrasos sistemáticos e a falta dos mesmos não é raro, nas mais variadas cidades brasileiras. A manutenção de condições dignas de trabalho, incluindo casos a regularidade dos proventos, vira moeda de troca durante campanhas eleitorais que precedem as eleições periódicas.

De modo geral, a população não tem acesso aos gastos públicos e muito menos aos critérios de escolha das empresas contratadas pelas OS's e as pactuações feitas de atenção aos usuários, havendo, no mais das vezes, falta de clareza e acesso as informações a respeito. Trata-se de uma relação obscura com a população e de total desequilíbrio com o trabalhador que sofre por ser a parte mais fraca dessa relação.

O hospital federal em que realizamos a pesquisa contrata seus funcionários de várias formas, mas a principal por muitos anos foi o regime jurídico único, ou seja, através de concurso público. Porém com os avanços das perspectivas da reforma do Estado, da mercantilização e financeirização da saúde, os concursos não mais aconteceram rotineiramente. Hoje temos profissionais atuando no hospital através de contratos temporários, regime de CLT e terceirizações. Dentro do corpo de enfermagem e mais especificamente em relação aos técnicos de enfermagem, a relação de trabalho se dá por regime jurídico único e contrato de trabalho temporário⁵ firmado diretamente com Núcleo Estadual do Ministério da Saúde do Rio de Janeiro/Divisão de Gestão de Pessoas (NERJ) por intermédio da lei 8745/93.

Até 2018, os contratos de trabalho eram renovados a cada dois anos. Em 2019 a renovação se deu a cada 6 meses. Em 2020, em virtude da pandemia provocada pelo vírus SARS CoV 2, os contratos foram elaborados com período previsto de dois meses. Além disso, foram impedidos de participar do novo contrato os técnicos que haviam completado o tempo estabelecido no contrato anterior e que se encontravam afastados por condição crônica de saúde e as mulheres gestantes ou nutrízes. Fica explícito que o contrato destes profissionais não oferece nenhuma proteção e que a renovação dos mesmos a cada seis meses, com possibilidade real de não renovação, faz com que estes trabalhadores se sintam coagidos a não requerer direitos e se expor a riscos, para não perder o que para muitos, é a única fonte de renda. Há previsão de abertura de um novo certame⁶ para substituir o atual

⁵ Uma cópia do contrato temporário firmado com o NERJ encontra-se em anexo para análise posterior. O contrato é o que se encontra vigente durante a pandemia causada pelo vírus SARS CoV2 para os técnicos de enfermagem da rede federal do Rio de Janeiro.

⁶ Certame se refere a uma seleção de profissionais a partir de seus currículos apresentados ao NERJ e com a anuência da chefia do hospital ou da divisão competente.

que foi elaborado especificamente para o período pandêmico. Todos os profissionais técnicos que atualmente estão trabalhando sob esse regime devem se inscrever neste novo processo seletivo para uma possível renovação de seus contratos, mas ainda não há informações sobre uma possibilidade de retorno dos profissionais que não tiveram seus contratos renovados pelos afastamentos por problemas de saúde, gestação e amamentação.

O processo de precarização do trabalho, mesmo nos contratos diretos, é progressivo, trazendo dimensões da precariedade cada vez mais prejudiciais ao trabalhador, mesmo que dentro das leis trabalhistas vigentes. Os profissionais que atuam sob este modelo contratual, exercem as mesmas funções que os trabalhadores equivalentes, admitidos através do regime único jurídico, incluindo as atividades de assessoria e gestão. Porém os proventos não obedecem ao princípio da isonomia. Os salários são muito aquém dos praticados aos funcionários efetivos, além de não terem direito as gratificações, entre outros benefícios. Ao serem desligados ou quando renovam o contrato, estes trabalhadores recebem seus proventos, o proporcional de férias, décimo terceiro e demais direitos trabalhistas, mas não podem dar entrada no seguro desemprego, pois enquanto seus contratos estão vigentes, esses trabalhadores contribuem para o plano de seguridade social e não para o Instituto Nacional de Seguridade Social. Portanto contam tempo de serviço como servidores e não têm direitos veiculados exclusivamente a CLT, como fundo de garantia e parcelas do seguro desemprego.

Esse processo de precarização no serviço público é realizado de forma organizada e planejada, visto ser comum a ocorrência de desligamentos oriundos de ambas as partes, porém com protagonismo do empregador que pode ser o NERJ ou a própria instituição. Para garantir a continuidade da assistência em enfermagem e substituição de trabalhadores, o NERJ mantinha aberto o cadastramento de currículos profissionais de forma quase ininterrupta até o ano de 2017, porém a chamada destes trabalhadores se dava de forma demorada. Portanto o quadro de profissionais foi sendo reduzido gradativamente. Desde 2018 os contratos se dão através da realização de processos seletivos que são muito questionados pelos profissionais quanto a forma obscura de pontuação sobre seus títulos acadêmicos e experiência profissional.

Capítulo 2

O Centro Cirúrgico e sua relevância no contexto hospitalar

2.1 Os trabalhadores e a organização do trabalho do Centro Cirúrgico

Com base em trabalhos publicados em periódicos como a Revista Brasileira de Enfermagem, Revista Latino-Americana de Enfermagem, publicações da Associação Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Recuperação Anestésica e Central de Material e Esterilização, entre outras de grande relevância na área da saúde, abordamos a seguir as repercussões da reestruturação produtiva e das ideais neoliberais, no atendimento em saúde promovido no hospital em questão e também no exercício das atividades pelos trabalhadores na vigência da pandemia causada pelo vírus SARS CoV2.

No contexto hospitalar, o Centro Cirúrgico (CC), sempre foi objeto de estudo de grande interesse na área da saúde e administrativa, visto ser um setor que movimenta uma grande quantia de recursos financeiros e que realiza procedimentos de grande complexidade, além de contar com uma estrutura física peculiar e específica às atividades ali desenvolvidas. Portanto, os hospitais e instituições de saúde que realizam procedimentos anestésico-cirúrgicos, dentro do contexto da reforma do Estado, na perspectiva da contrarreforma da saúde, são objetos de grande interesse no processo de acumulação de capital no setor.

Tanto na esfera pública quanto privada, o centro cirúrgico gera um grande desafio aos gestores para torná-lo mais produtivo e menos dispendioso. Por isso, os trabalhos em

revistas científicas da área de saúde enfocam com bastante frequência os procedimentos operacionais, normas e rotinas, gestão do setor, segurança do paciente e as atividades da equipe de enfermagem, pois intencionam discutir um melhor funcionamento do setor para atuar com menos demandas de financiamento, tanto em insumos, quanto em recursos humanos e mais resultados curativos, paliativos e rentáveis.

O Centro Cirúrgico (CC) é uma unidade hospitalar onde são executados procedimentos anestésico-cirúrgicos, diagnósticos e terapêuticos, tanto em caráter eletivo quanto emergencial. Esse ambiente, marcadamente de intervenções invasivas e de recursos materiais com alta precisão e eficácia, requer profissionais habilitados para atender diferentes necessidades do usuário diante da elevada densidade tecnológica e à variedade de situações que lhe conferem uma dinâmica peculiar de assistência em saúde. O CC é considerado como cenário de alto risco, onde os processos de trabalho constituem-se em práticas complexas, interdisciplinares, com forte dependência da atuação individual e da equipe em condições ambientais dominadas por pressão e estresse. (MARTINS e DALL'AGNOL, 2016, pag. 02)

A Sala de Recuperação Pós Anestésica (SRPA) é uma área reservada à recuperação do procedimento anestésico utilizado para a realização do procedimento cirúrgico e deve estar em consonância com as resoluções CFM N°1802/2006 e CREMEC 44/2012 que definem a quantidade mínima de um leito para cada sala cirúrgica acrescido de mais um para cirurgias de urgência, além da existência de monitores multiparâmetros⁷, material de consumo, medicações, ventilador pulmonar, entre outros equipamentos que atendam adultos e crianças.

O CC, a Central de Material e Esterilização (CME) e a Sala de Recuperação Pós-anestésica, quando localizados no mesmo ambiente físico, constituem o denominado bloco cirúrgico, favorecem uma atuação conjunta no ato operatório e pós-operatório imediato e no processamento de instrumentais e insumos pertinentes ao ato cirúrgico. No hospital lócus desta pesquisa, não há um bloco operatório, pois a CME e o CC estão localizados em andares diferentes e contam com chefias distintas, garantindo seu funcionamento de forma independente, apesar dos laços estreitos entre os setores devido à finalidade das ações desenvolvidas no CC.

No setor são realizados procedimentos de baixa, média e alta complexidade que têm seus custos calculados de acordo com natureza do procedimento, tempo de duração do ato anestésico-cirúrgico e da quantidade de insumos, equipamentos, recursos humanos e tecnológicos para sua realização. Uma mesma unidade hospitalar pode realizar desde uma

⁷ Equipamento que permite a visualização simultânea de parâmetros vitais como a pressão arterial, frequência cardíaca com traçado de eletrocardiograma, temperatura, pulso e capnografia.

cirurgia de hernioplastia, considerada de baixa complexidade em sua grande maioria, a um transplante de múltiplos órgãos ou uma cirurgia de transplante cardíaco, considerada de alta complexidade. Para isso a unidade de saúde deve estar de acordo com resoluções que definem desde sua planta física e procedimentos operacionais que devem ser adotados por toda a equipe cirúrgica e demais profissionais que nela atuam.

As cirurgias e procedimentos realizados no CC dependem de uma estrutura física que favoreça tanto a realização do ato cirúrgico, quanto o procedimento anestésico e a recuperação imediata do paciente/cliente. Toda a estrutura física de um CC é tratada nas portarias MS 400/77 que define as normas e padrões sobre construções e instalações de serviços de saúde; e na 1884/94 que, em consonância com a anterior, descreve as normas para projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde de forma muito mais detalhada, em observância aos princípios de segurança do paciente e equipe multidisciplinar.

Nessas portarias, encontramos ainda os critérios mínimos que definem desde a planta física até o dimensionamento de salas cirúrgicas de acordo com o porte cirúrgico, lavatórios de acordo com o quantitativo de salas cirúrgicas, vestiários, sala de recepção de paciente com um quantitativo mínimo de dois leitos, entre outros inúmeros critérios. O quantitativo de salas cirúrgicas e seu dimensionamento dependem da complexidade das cirurgias que a instituição de saúde se propõe a realizar. Além disso, pode ser necessária uma sala de dimensões diferenciadas devido aos equipamentos e inovações tecnológicas que as instituições disponham e que sejam necessários aos procedimentos a serem realizados, como microscópios e robôs para cirurgias neurocirurgias e cirurgias robóticas

Em 2002, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária publicou a RDC 50 que “dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde”. Considera claramente os princípios do SUS, com ênfase na descentralização das decisões em saúde e avança sobre o processo de definição das normas de regulamentação técnica para construção de estabelecimentos de saúde e apresenta algumas variações aceitáveis como alternativas. (ANVISA, 2002). A partir dessas portarias e da resolução mencionada, ficam definidos critérios mínimos para a construção de instalações destinadas ao processamento de instrumentais cirúrgicos (em alguns casos), procedimentos anestésico-cirúrgicos e recuperação pós-anestésica e pós-operatória imediatas.

Para seu pleno funcionamento, o CC precisa atuar em estreita relação com outros setores como as Unidades de Internação (como as enfermarias cirúrgicas e obstétricas), o

Centro de Terapia Intensiva (adulto, pediátrico e neonatal), a Unidade de pós-operatório, Emergência e Laboratórios que podem estar localizadas na mesma unidade hospitalar ou não. Isso garante a segurança dos procedimentos e a continuidade da assistência ao paciente no pós-operatório. Agregado a isso, o CC necessita de toda uma estrutura física e operacional extra-hospitalar para suprir demandas como a necessidade de hemoderivados, equipes para captação de órgão para transplante, fornecimento de gases medicinais, ambulâncias para transporte de pacientes no pré e pós-operatório quando se fizer necessário.

Atuam no CC trabalhadores das mais diversas áreas, com formações diferenciadas e com atribuições específicas, parte deles exercendo atividades diretamente com os procedimentos cirúrgicos e com os pacientes, ou dando apoio às ações e serviços do setor. Podem ser citados como exemplo desses profissionais os enfermeiros, os trabalhadores técnicos em enfermagem (entre eles circulantes e instrumentadores cirúrgicos), cirurgiões, anestesistas, técnicos em radiologia entre outros. Como apoiadores temos outros profissionais como gasistas, médicos patologistas, trabalhadores que realizam manutenção em equipamentos hospitalares, equipe de limpeza, profissionais de infraestrutura, entre muitos outros.

São necessários ainda muitos insumos específicos e exames de urgência a serem realizados durante o ato cirúrgico e a utilização de equipamentos cada vez mais precisos. A inovação tecnológica se torna cada vez mais presente na área da saúde, permitindo que no CC se realizem procedimentos mais complexos de forma menos invasiva e que reduzem as possibilidades de óbitos e infecções, o tempo de recuperação, o tempo cirúrgico e ampliam a rotatividade de leitos pré e pós-operatórios. Isso se reflete em lucratividade nas instituições particulares de saúde e maior cobertura e diminuição de filas operatórias no SUS.

O advento das cirurgias videolaparoscópicas é o exemplo mais claro de introdução de novas tecnologias no setor saúde, mais especificamente no CC. Hoje essa tecnologia é amplamente difundida, mas foi um verdadeiro marco nos atos anestésico-cirúrgicos, tornando-os minimamente invasivos. Essa possibilidade cirúrgica avançou e desde 2008 são realizadas no Brasil as cirurgias robóticas que é uma evolução da cirurgia videocirurgia. A videocirurgia é ainda mais precisa e torna possível uma menor agressão a órgãos e sistemas, promove a facilitação de suturas difíceis e redução de trauma operatório em pacientes com comorbidades e obesos.

A primeira cirurgia robótica foi realizada no Brasil em 2008 no Hospital Sírío Libanês da rede privada de atenção à saúde, que atende a população das classes A e B, nos estados do Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília. (Pinto et al, 2018). Apesar de mais de uma década de sua chegada ao Brasil, durante muito tempo o preço desses robôs e a dificuldade de capacitar médicos, enfermeiros e técnicos, não permitiram que essa tecnologia estivesse presente nos hospitais públicos e nos hospitais particulares que atendem a classe C. Durante a manutenção da patente, a capacitação dos profissionais era feita fora do Brasil, o que era muito dispendioso. Hoje temos poucos hospitais públicos que ofertam essa tecnologia à população em geral. Os primeiros hospitais públicos a realizar cirurgia robótica foram Hospital Universitário Pedro Ernesto (Rio de Janeiro) e o Hospital de Clinicas de Porto Alegre, ambos em 2013.

Pinto et al (2010), citam ainda no ano de 2018, a dificuldade de capacitação de equipe como principal desafio à enfermagem na cirurgia robótica. Contudo, sendo essa tecnologia capaz de alterar os padrões cirúrgicos de uma instituição, mas com o valor da cirurgia robótica muito maior do que uma convencional, a instituição que consegue implantar a rotina de cirurgia robótica tem a acesso a uma ferramenta significativa de aumento de lucratividade.

A cirurgia robótica é importante tanto no aumento na segurança dos procedimentos cirúrgicos, como instrumento de otimização do tempo de cirurgia. Porém, este não é o único recurso promovido pela aceleração tecnológica e pela reorganização do processo de trabalho que possibilita aproximar a gestão da saúde, inclusive no setor público, aos moldes gerenciais. Na verdade, esse é o exemplo mais contundente, mas inúmeras outras tecnologias, de menor impacto são utilizadas que, de forma conjunta, fazem uma grande diferença na rotina deste setor. Um simples cateter intravenoso com o bisel biangulado, agulha siliconizada, asas que estabilizem a empunhadura e dispositivo de segurança, permitem a realização de uma punção venosa com maior facilidade e previne acidentes com perfuro cortantes.

Diante do exposto até aqui, pode-se observar o quão complexo é o cotidiano deste setor que, para funcionar plenamente, necessita de inúmeros profissionais atuando de forma integrada e com dimensionamento⁸ definido por seus respectivos conselhos e uma

⁸ Entende-se aqui dimensionamento como o número mínimo de profissionais, por categoria, necessários ao cuidado em saúde, de acordo com as determinações de seus respectivos conselhos. Os profissionais de enfermagem seguem as determinações do Conselho Federal de Enfermagem, que determina quantas horas são necessárias aos cuidados prestados ao paciente e/ou setor, de forma direta ou indireta, de acordo com a complexidade e nível de assistência e seu nível de responsabilidade assistencial.

estrutura física que obedeça a critérios de segurança e favoreça seu funcionamento, com equipamentos e tecnologias específicas a procedimentos realizados.

Entendemos que os trabalhadores técnicos em enfermagem são profissionais indispensáveis em qualquer unidade ou setor hospitalar e com o CC não é diferente. Em um hospital, seja de grande, médio ou pequeno porte ou até em hospitais especializados, o maior quantitativo de profissionais é composto por esses trabalhadores. Proporcionalmente, se compararmos a quantidade de horas necessárias ao cuidado dos pacientes, a relação é a mesma. Isso quer dizer que em números reais ou proporcionais, o profissional de saúde que se apresenta em maior quantitativo para o cuidado é o trabalhador técnico em enfermagem. De acordo com os últimos levantamentos do DATASUS, atuavam no Rio de Janeiro 109.360 técnicos de enfermagem, 69.902 auxiliares de enfermagem e 33.831 enfermeiros. A relação de técnicos por 1000 habitantes é de 6.84, o de auxiliares é de 4.37 e de enfermeiros de 2.12. (DATASUS, 2010).

O Conselho Federal de Enfermagem, através do decreto 543/2017, que “Atualiza e estabelece parâmetros para o Dimensionamento do Quadro de Profissionais de Enfermagem nos serviços/locais em que são realizadas atividades de enfermagem” determina hoje que o quantitativo de trabalhadores técnicos em enfermagem por sala cirúrgica seja estabelecido de acordo com a necessidade, levando em consideração o porte e duração de cirurgia, porém com o quantitativo mínimo de um profissional de enfermagem atuando como circulante de sala e outro como instrumentador. De acordo com a resolução de 543/2017, fica definido que:

Art. 6º O referencial mínimo para o quadro dos profissionais de enfermagem em Centro Cirúrgico (CC) considera a Classificação da Cirurgia, as horas de assistência segundo o porte cirúrgico, o tempo de limpeza das salas e o tempo de espera das cirurgias, conforme indicado no estudo de POSSARI (pag. 6 e 7). Para efeito de cálculo devem ser considerados:

I – Como horas de enfermagem, por cirurgia no período eletivo:

- 1) 1,4 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 1;
- 2) 2,9 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 2;
- 3) 4,9 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 3;
- 4) 8,4 horas de enfermagem, por cirurgia de Porte 4.

II – Para cirurgias de urgência/emergência, e outras demandas do bloco cirúrgico (transporte do paciente, arsenal/farmácia, RPA entre outros), utilizar o Espelho Semanal Padrão.

III – Como tempo de limpeza, por cirurgia:

- 1) Cirurgias eletivas – 0,5 horas;
- 2) Cirurgias de urgência e emergência – 0,6 horas.

IV – Como tempo de espera, por cirurgia:

1) 0,2 horas por cirurgia.

V – Como proporção profissional/categoria, nas 24 horas:

- a) Relação de 1 enfermeiro para cada três salas cirúrgicas (eletivas);
- b) Enfermeiro exclusivo nas salas de cirurgias eletivas e de urgência/emergência de acordo com o grau de complexidade e porte cirúrgico;
- c) Relação de 1 profissional técnico/auxiliar de enfermagem para cada sala como circulante (de acordo com o porte cirúrgico);
- d) Relação de 1 profissional técnico/auxiliar de enfermagem para a instrumentação (de acordo com o porte cirúrgico). (COFEN 2017)

A atividade do trabalhador técnico de enfermagem que atua como instrumentador cirúrgico é de elevada importância no contexto cirúrgico, principalmente por ser um dos pré-requisitos para a garantia de um procedimento seguro, aumento da qualidade do procedimento com a diminuição de infecções hospitalares, garantindo maior segurança. Ele também se encarrega da abertura da mesa cirúrgica, disposição dos instrumentais, contagens de compressas cirúrgicas, instrumentais utilizados no procedimento e separação e desprezo de materiais perfuro cortantes e contaminados.

Esta atividade não era regulamentada e era exercida por pessoas que poderiam ter ou não a formação em um curso técnico de enfermagem, sem que houvesse a fiscalização de um Conselho. Porém desde 2016 a profissão foi regulamentada e a instrumentação cirúrgica passou a ser uma atividade de enfermagem, entretanto não exclusiva da classe (Lei n.º 7.498/86). Para instrumentar uma cirurgia, é necessário ser profissional de saúde, ter o curso de instrumentação cirúrgica e o registro no Conselho de Enfermagem como Instrumentador Cirúrgico. Aos profissionais que atuavam como instrumentadores antes de 2016, foi exigida a comprovação de atuação na área de pelo menos dois anos. A estes profissionais foi garantido o direito de se registrar junto ao COREN de sua base territorial.

O instrumentador cirúrgico tem atribuições específicas, elencadas a seguir de acordo com o exposto pelo Conselho de Regional de Enfermagem de Goiás:

- Prever, solicitar, registrar e avaliar os materiais e equipamentos necessários a realização do ato cirúrgico e promover a segurança do procedimento cirúrgico;
- Identificar os instrumentais de acordo com cada especialidade cirúrgica;
- Instrumentar cirurgias, inclusive aquelas que utilizam tecnologias diferenciadas, dispor o instrumental em sua mesa e do auxiliar de acordo com o tempo cirúrgico mantendo-o sempre limpo e no local adequado e organizar e manter organizadas mesas de instrumentais cirúrgicos desde o início até o fim da cirurgia;
- Aplicar as normas de biossegurança, de forma a garantir que os instrumentais e materiais disponíveis estejam de acordo com a especialidade e o porte cirúrgico;
- Fornecer os instrumentais solicitados pelo cirurgião ou seu auxiliar, durante o ato cirúrgico, conforme técnica cirúrgica e asséptica;
- Auxiliar o cirurgião e o assistente na colocação dos campos que delimitam a área operatória;
- Contar número de compressas, materiais e instrumental pós-cirurgia;

- Identificar e encaminhar material biológico;
- Conferir, encaminhar e/ou realizar para a limpeza e esterilização os instrumentais, conforme técnicas da instrumentação cirúrgica;
- Atuar dentro dos limites de sua competência profissional, respeitando os limites e interfaces do contexto multiprofissional em conformidade com a legislação profissional vigente. (Colégio Oswaldo Cruz; SENAC; Sociedade Brasileira de Instrumentação Cirúrgica, 2015).

Cabem ao circulante de sala cirúrgica as atividades de enfermagem de menor complexidade, conforme determina o COFEN em seu Código de Deontologia, como o provimento de material de consumo necessário a realização da cirurgia; o preenchimento de impressos de rotina da sala cirúrgica; o auxílio à paramentação da equipe cirúrgica; e o atendimento de demandas que surgem durante o ato cirúrgico. Além disso, esse trabalhador tem outras atribuições que não lhe são privativas, mas podem ser desempenhadas por ele enquanto integrante da equipe de saúde, como o traslado de pacientes.

Em procedimentos mais complexos, os trabalhadores técnicos podem ainda operar equipamentos como o oxigenador e a bomba arterial que compõem o equipamento de circulação extracorpórea necessário às cirurgias cardíacas. Em outros casos, para tornar mais seguras as cirurgias realizadas por vídeo, o técnico em enfermagem pode ser responsável pela montagem e desmontagem de pinças e tesouras específicas à videocirurgia.

Portanto, os trabalhadores técnicos em enfermagem são profissionais que atuam em todos os procedimentos realizados em salas cirúrgicas enquanto circulantes de sala, sejam as cirurgias de natureza eletiva ou emergencial, independente do porte cirúrgico. A presença e atuação de mais de um circulante e de um instrumentador se dá com base na complexidade do procedimento a ser realizado e ao tempo de duração do mesmo. Porém, hoje entendemos como indispensável à promoção de uma cirurgia segura⁹ a atuação de um instrumentador, mesmo nos atos anestésico-cirúrgicos de menor complexidade.

Esses trabalhadores técnicos em enfermagem são liderados por um profissional enfermeiro que, por sua vez é subordinado a outro profissional também enfermeiro denominado supervisor. A chefia das ações de enfermagem no CC fica a cargo do enfermeiro coordenador. Portanto, em um CC se necessita minimamente de um enfermeiro coordenador, um enfermeiro supervisor e os demais integrantes da equipe, de acordo com

⁹ O conceito de cirurgia segura está relacionado à adoção de medidas preventivas para redução de danos causados a pacientes em virtude da atuação de profissionais de saúde no pré, trans e pós-operatório. A OMS lançou em 2009 um manual com orientações para uma abordagem cirúrgica segura chamado “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”, onde se aborda a importância da contagem e manuseio do instrumental cirúrgico, atribuição específica do instrumentador.

o quantitativo de salas cirúrgicas, complexidade das cirurgias realizadas e movimentação cirúrgica.

No caso específico do hospital em questão, existe ainda uma equipe que atua na Sala de Recuperação Pós-anestésica (SRPA), composta por um enfermeiro e um trabalhador técnico em enfermagem no período diurno. No período noturno atuam na SRPA dois trabalhadores técnicos, além do enfermeiro.

Com tantos trabalhadores atuando em um mesmo setor engajados em atividades complexas que podem interferir diretamente no tratamento e recuperação da saúde de pacientes e dos próprios trabalhadores, é necessário que este setor tenha suas ações planejadas e organizadas dentro de critérios técnicos que podem ser descritos de acordo com normas e rotinas da instituição. Cabe ao enfermeiro supervisor atuar capacitando a equipe técnica em enfermagem de acordo com as normas e rotinas do setor, padronizando procedimentos e diminuindo as falhas, quase erros e erros cometidos durante a atividade laboral, além de evitar acidentes que exponham o trabalhador a comprometimentos ergonômicos e a contaminação por material biológico.

Essas normas, rotinas e procedimentos têm o objetivo de padronizar procedimentos, com base em critérios técnicos que visam prevenir acidentes biológicos, riscos ergonômicos e ocupacionais, otimização do setor com o aumento da taxa de ocupação e segurança dos procedimentos com a diminuição de erros e quase erros. Eles variam de acordo com a instituição de saúde e podem influenciar diretamente na taxa de ocupação do CC e na movimentação cirúrgica, conseqüentemente no quanto uma instituição consegue movimentar em recursos financeiros com a otimização do funcionamento do CC.

Cabe aqui a reflexão sobre o cerceamento das atividades exercidas pela equipe técnica de enfermagem, visto que as normas, rotinas e procedimentos operacionais personalizam o atendimento em saúde de uma instituição, garantindo um funcionamento mais adequado e livre de imperícias, também é responsável pela alienação do trabalhador de suas atividades.

No contexto da enfermagem a questão hierárquica é bem clara e baseada em diferentes níveis de escolaridade e define suas ações dentro da equipe e que restringem ao enfermeiro a tomada de decisões. Aos profissionais de nível médio são atribuídos em geral os cuidados diretos ao paciente e aos enfermeiros, as questões administrativas, gerenciais e procedimentos de maior complexidade técnica, corroborando a separação entre o trabalho manual e o intelectual.

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

Vale lembrar que o trabalho em enfermagem, mais especificamente no CC, tem um viés subjetivo que é a relação com outro ser humano, geralmente em um momento frágil da vida. Ao aplicar diretamente o conceito taylorista/fordista ao trabalho em enfermagem, deixamos de considerar a relação social que atravessa as atividades dos trabalhadores da área da saúde. Um paciente pode demorar muito mais que o previsto para entrar em sala operatória (SO) por sentir medo, chorar e demorar a se acalmar, mesmo tendo sido orientado e tendo feito um pré-anestésico, podendo até mesmo desistir do ato cirúrgico. Questões emocionais, familiares, religiosas e até a comoção de uma equipe ao se deparar com a interrupção de uma vida jovem tanto em cirurgias eletivas, quanto em uma cirurgia de urgência, podem interferir diretamente no ato operatório e nos cuidados prestados pela equipe cirúrgica no pré, trans e pós-operatório. Além disso, podem ocorrer imprevistos como atraso na entrega de órteses e próteses cirúrgicas e isso vai ter impacto direto na programação cirúrgica.

Cada vez mais o profissional enfermeiro está envolvido na qualificação de profissionais, na contratação dos mesmos, além decidir sobre recursos financeiros e aquisição de material permanente e de consumo para instituições de saúde. Por isso, é cada vez mais requisitada sua participação na formulação de protocolos que possam otimizar o funcionamento de setores de um hospital e capacitar profissionais de forma a exercerem sua atividade laboral de forma padronizada e engajada, aumentando por consequência a eficiência dos serviços ofertados pelo CC, ampliando a taxa de ocupação e diminuindo os indicadores de resistência dos profissionais envolvidos nos atos anestésico-cirúrgicos.

Isso se deve a migração de conceitos e critérios empresariais para o setor saúde que provocam a intensificação do fluxo de trabalho, nem sempre alinhada à manutenção da qualidade do mesmo. Cabe considerar aqui a mercantilização do setor que não tem como característica a preocupação com o que se produz ou com a forma de produção, mas com o quanto se produz e por um valor cada vez menor. Souza (2016) argumenta que para além

da sobrecarga de trabalho, o fluxo de atendimento em enfermagem se dá hoje em um modelo pós-fordista que é reativo à demanda, ou seja, sob um fluxo tensionado.

Conceitos como índice de sobrecarga positiva, sobrecarga negativa, otimização e índice de resistência, permitem um melhor entendimento do funcionamento do CC e da relação dos mesmos com a reestruturação produtiva do setor saúde que se percebe não só na fragilidade e precarização de vínculos com os profissionais que nele atuam, mas pelo incremento das inovações tecnológicas e também nas novas formas de gestão do trabalho. Nepote, Monteiro e Hardy conceituam (2009, pag. 03):

- Taxa de ocupação: uso efetivo da capacidade operacional do CC. Calculado pelo tempo (em minutos) total de uso da sala de operação + tempo gasto na limpeza e preparo da SO, dividido pelo total de horas que o CC estava disponível (7-18horas=660 minutos) multiplicado por 100.

- Índice de sobrecarga: mede o uso excessivo (índice de sobrecarga positiva) ou reduzido (índice de sobrecarga negativa) da capacidade operacional da SO. Foram consideradas como variáveis: o tempo real de duração da cirurgia e o tempo reservado da SO na marcação da cirurgia pelo cirurgião.

- Índice de otimização: ganho de capacidade operacional ocasionado por aspectos facilitadores do movimento cirúrgico que se contrapõem às situações de resistência. Foram consideradas como variáveis: a pontualidade, tempo de adiantamento das cirurgias; taxa de cirurgias extras, remanejamento cirúrgico; tempo de limpeza e preparo da SO \leq a 20 minutos.

- Indicadores de resistência: perda da capacidade operacional, ocasionada por obstáculos que interferiram na capacidade de produção de serviços. Foram consideradas como variáveis: atrasos para o início das cirurgias (\geq a 16 minutos), cancelamentos, tempo de limpeza e preparo da SO \geq a 21 minutos.

Além desses índices operacionais que nos ajudam analisar o desempenho de um CC, outro conceito importante que devemos dominar é o e giro de sala. Com a otimização do mesmo, diminui-se o intervalo entre as cirurgias, o que pode aumentar o índice de sobrecarga, a extração de mais valia dos trabalhadores técnicos em enfermagem e da limpeza e aumentar a fidelização do cliente interno da instituição de saúde (cirurgião). Entende-se como giro de sala o período de tempo compreendido entre a retirada de material e instrumental de uma SO após uma cirurgia e a sua limpeza.

“O ‘Giro de Sala’ nada mais é do que a presença de uma equipe de profissionais responsável pela retirada e pelo encaminhamento de todo o material e equipamento ao final de um procedimento, bem como pela limpeza concorrente da SO, deixando-a pronta para ser montada para a cirurgia seguinte” (LOPES e CARVALHO, 2014, p 174)

Contudo, apesar de internacionalmente 20 minutos serem considerados como tempo ideal para o giro de sala, a grande discussão que se estabelece se refere à forma de se

calcular esse tempo. Em alguns trabalhos científicos encontramos essa medida de tempo a partir do momento em que o paciente sai da SO, sem considerar que o mesmo profissional responsável pela retirada dos instrumentais cirúrgicos é o mesmo que retira o paciente de sala e o leva até a SRPA (circulante de sala/instrumentador). Somente após o encaminhamento do paciente é que se inicia a retirada do material contaminado e o encaminhamento de possíveis amostras de material biológico para realização de exames laboratoriais. Esses procedimentos requerem alguns minutos que influenciam diretamente no cálculo do tempo de giro de sala. Em artigos internacionais encontramos também o circulante como colaborador da equipe de limpeza, agilizando, assim, o giro de sala, procedimento que, entretanto, não é amplamente difundido e aceito em todas as instituições de saúde, independente da sua natureza.

Percebemos, então, duas formas de medir o tempo de giro de sala. Um avalia esse tempo desde a saída do paciente de sala cirúrgica e o outro somente a partir do momento em que exista um profissional realizando a limpeza da sala operatória até a conclusão da sua limpeza concorrente. Isso quer dizer que não entra na medida de giro o tempo em que o circulante retira o paciente de sala, junto à equipe cirúrgica e o tempo de retirada de material de sala. Além disso, inúmeros outros fatores podem interferir no giro de sala como o atraso na preparação do leito pós-operatório, que pode ser CTI, coronária, unidade pós-operatória, SRPA, enfermarias ou unidade intermediária e que podem impedir uma rápida saída do paciente de SO. Portanto o giro de sala superior a 20 min, dependendo da forma como calculamos esse tempo, pode ser perfeitamente aceitável como dentro dos padrões.

Considerando-se as novas perspectivas gerenciais de inspiração neoliberais, a taxa de ocupação de um CC é de relevância extrema para a análise quantitativa do setor. Ou seja, o que de fato interessa é o aumento da produtividade favorecendo a taxa de lucro da empresa ou instituição. No caso do CC, isso se dá pelo aumento do número de procedimentos cirúrgicos realizados dentro do tempo disponibilizado ao cliente interno (cirurgião).

O índice de sobrecarga (positivo) se refere a um tempo que não foi utilizado pela equipe cirúrgica e que pode ser destinado a outras cirurgias (extras). Os motivos que geram a sobrecarga positiva são os mais diversos e que vão desde uma constatação de impossibilidade de sucesso com a técnica cirúrgica escolhida, inviabilizando a continuidade do ato cirúrgico, até a utilização de recursos tecnológicos que diminuam consideravelmente o tempo cirúrgico previsto. Com esse tempo que sobra, outras cirurgias podem ser iniciadas antes do previsto ou outras podem ser encaixadas. O inverso também

acontece quando o índice de sobrecarga é negativo. Por motivos também diversos alguns procedimentos cirúrgicos têm seu tempo estendido para além do programado pela equipe cirúrgica. Nesse caso, o desempenho quantitativo do setor fica comprometido, pois outros procedimentos podem ser cancelados e cirurgias extras deixam de ser encaixadas.

O índice de otimização é um conceito muito relevante na avaliação da qualidade de um CC, visto que é considerado ótimo o CC que consegue realizar um maior número de procedimentos (eletivos e emergenciais) no mesmo período (plantão), com o mesmo quantitativo de SO's levando ao entendimento de que foi utilizado todo o tempo possível das SO's e que não há tempo ocioso para os profissionais que lá atuam. É preciso entender que o tempo ocioso ao qual nos referimos é o tempo não trabalhado pela equipe que tem vínculo com a instituição. Na rede pública esses profissionais são técnicos, médicos, anestesistas, enfermeiros, gasistas, etc. Porém, na rede particular, em geral, os cirurgiões, anestesistas e instrumentadores são considerados clientes, portanto não se considera o tempo ocioso ou de espera dos mesmos. Há uma resistência quanto a demora do procedimento que pode impedir que outros sejam realizados em sequência.

Para que esse nível de satisfação com o desempenho do CC seja alcançado, é necessário que se combata a perda da capacidade operacional do setor. As normas e rotina implantadas no CC atuam nesse sentido, como anteriormente mencionamos, com o objetivo de padronizar a atuação dos profissionais, evitar acidentes ocupacionais e otimizar o funcionamento do setor.

O índice de resistência tem o objetivo de avaliar exatamente os fatores que podem comprometer a capacidade funcional do CC, ou seja, a capacidade de operar em seu nível máximo de ocupação, desde o atraso no traslado do paciente ao atraso do profissional ao seu local de trabalho. Portanto, o índice de resistência avalia todo e qualquer fator, de natureza humana que possa tornar o tempo de uma SO improdutivo, e pode servir de subsídio para avaliação do próprio profissional que atua no CC e/ou dos que prestam serviço às empresas e/ou fornecedores de insumos. Cabe aqui ressaltar que a avaliação destes indicadores ocorre quase sempre nas instituições da rede privada de saúde, visto que na rede pública estes índices sofrem variações por fatores diversos dos que apresentamos a seguir.

As instituições particulares, principalmente as que atendem às classes socialmente favorecidas, não sofrem com problemas estruturais como a falta de leitos em enfermarias cirúrgicas, CTI's e Unidades Intermediárias, que geralmente recebem o paciente no pós-operatório imediato. Ao contrário disso, os hospitais públicos têm uma demanda reprimida

significativa por conta da enorme demanda à rede. A atenção básica e intermediária que podem atuar dando suporte às necessidades pré-operatórias como a realização de exames laboratoriais, de imagem e de risco cirúrgico, estão sobrecarregadas. Com isso o paciente tem a necessidade de se internar muito antes da data prevista para a cirurgia para a realização dos exames pré-operatórios. Isso diminui a quantidade de leitos disponíveis e por consequência sua rotatividade. Em uma sequência quase inevitável de acontecimentos, não há como realizar mais cirurgias pela impossibilidade de internar pacientes e de acomodá-los em leitos específicos no pós-operatório.

Outro fator que influencia diretamente a capacidade ocupacional do CC da rede pública é a falta de leitos em unidade intensiva/semi-intensiva/coronariana. Alguns procedimentos necessitam de um pós-operatório imediato e mediato em leitos intensivos, seja pela natureza da cirurgia, seja pela própria condição clínica do paciente ou o porte cirúrgico. Os pacientes SUS têm como características condições socioeconômicas em geral precárias. Pacientes que têm planos de saúde que não cobrem procedimentos de alta complexidade e internações longas, muito comuns a pacientes idosos e com comorbidades crônicas ou os que deixaram de poder pagar um plano de saúde (por mudança na condição financeira ou pelo avanço da idade, passam a ser preteridos pelos planos de saúde), acabam por depender de tratamentos que só existem no SUS. Quando esses pacientes necessitam de cirurgias, são atendidos os que necessitam dos procedimentos de maior complexidade e os que têm condições agudas de intervenções anestésico-cirúrgicas¹⁰. Isso gera a necessidade de uma quantidade de leitos em unidades intensivas que não conseguem ser atendidas. As cirurgias de pequeno porte ou de menor complexidade também são motivo de filas cirúrgicas no SUS e sofrem pela demora na realização, não tanto pela natureza do procedimento, mas pela falta de leitos hospitalares. Portanto, entende-se que a otimização do CC no SUS depende de fatores bem diferentes dos da rede privada que obedecem a lógica de atender conforme demanda. Também vale registrar que os hospitais da rede privada têm acesso mais fácil e rápido a inovações tecnológicas. Mencionamos anteriormente que a cirurgia robótica começou a ser realizada anos antes na rede privada como exemplo de acesso a tecnologias pela rede privada de atenção à saúde.

Quanto ao investimento feito pelo governo, de forma variável no setor saúde, o que se nota é um intenso fomento a iniciativa privada. A princípio, esses investimentos

¹⁰ Nos casos urgência e emergência em via pública, os socorristas levam as vítimas para a o atendimento de emergência da rede pública de assistência mais próxima do local do evento. Se o caso for cirúrgico e houver risco de morte, leva-se o paciente para realizar o procedimento imediatamente, independente dele ter um plano ou seguro saúde ou não.

deveriam ter caráter complementar. Porém, a falta de leitos, equipamentos e serviços do SUS, tem sido sistematicamente coberta pela incitativa privada com financiamento público. Em maior ou menor escala, essa é uma alternativa comum aos governos e que dão amplitude a ao que deveria existir sem caráter prioritário. Isso significa que fortalecer uma prática que incentiva a entrada do dinheiro público na iniciativa privada, só corrobora a tese de mercantilização da saúde.

Em relação aos trabalhadores, no SUS, a maioria dos hospitais não tem uma equipe em número suficiente para manter o CC funcionando em toda sua capacidade, verificando-se, contudo, uma sobrecarga laboral. Os salários da equipe técnica em enfermagem são mais altos na rede pública e a carga horária também é menor. Portanto, é mais oneroso manter um CC da rede pública funcionando 24 horas por dia. Mesmo que fosse possível manter as SO's em pleno funcionamento no período noturno, voltamos à falta de leitos para receber os pacientes. São problemas que se relacionam e se retroalimentam afetando diretamente a capacidade operacional do CC.

Diante de tantos problemas, a necessidade de aumentar a produtividade de um CC é um desafio para a gestão do setor e para a instituição que precisa fazer a fila cirúrgica andar, mesmo com a carência de leitos, equipamentos e insumos. A pressão se intensifica na equipe técnica e na equipe de limpeza, instadas a diminuir tempo de giro de sala, a atuar em várias cirurgias em sequência, exaurindo-se fisicamente e manuseando equipamentos que nem sempre são do seu domínio ou para os quais não receberam treinamento específico. Esse é o panorama mais comum dos efeitos da reestruturação produtiva e da imposição da financeirização no setor saúde, bem como das políticas de recorte neoliberal que têm como objetivo ampliar a acumulação de capital, através da extração da mais valia ao nível máximo suportado pelo trabalhador. Toda esta sobrecarga de trabalho físico e intelectual em um fluxo contínuo atendendo a uma demanda (fluxo tensionado), especificamente na área da saúde, tem como justificativa a assistência à vida e alívio do sofrimento. Essas “causas nobres” favorecem a expropriação do trabalhador, pois os contém sem amarras físicas, apelando a sentimentos como empatia e solidariedade.

2.2 O Centro Cirúrgico durante a pandemia de SARS-CoV 2

Este subcapítulo nasce da necessidade de abordar a pandemia no contexto do CC, visto que esta dissertação foi escrita em grande parte durante sua vigência.

Logo que foi anunciado pelo Ministério da Saúde o estado de pandemia no Brasil, as instituições de saúde, independente se privadas ou públicas, fizeram adequações

importantes para atenderem a população alvo e ao mesmo tempo mobilizar todos os esforços para conter a disseminação do vírus e o consequente colapso do sistema de saúde. No CC do hospital alvo desta pesquisa, foram suspensos os tratamentos eletivos e sem urgência, como cirurgias plásticas, intervenções de pequeno porte da otorrinolaringologia e demais intervenções eletivas. Foram mantidas apenas as cirurgias de urgência/emergência e oncológicas.

No início da epidemia vivenciamos no CC o fato de que nem a equipe, nem a cadeia hierárquica estava preparada para lidar com o agravo; com uma patologia ainda em pesquisa quanto a seus possíveis danos à saúde, tratamentos, cura e reabilitação; com os pacientes e com tratamentos ainda desconhecidos. O resultado disso foi a necessidade de muita dedicação dos trabalhadores envolvidos no atendimento a população, obtendo-se, porém com poucos resultados práticos.

Eram muitas as limitações. Com uso inadequado dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI) e baixo investimento no setor saúde da rede pública durante a pandemia, esses insumos começaram a faltar, não só nas instituições federais, mas em todo o sistema. Foram adquiridos os EPI's disponíveis no mercado a época que apresentavam qualidade questionável. A consequência foi um número enorme de profissionais infectados. Até a data de entrega desta dissertação, perdemos a vida de três técnicos de enfermagem, duas enfermeiras, um médico e um vigilante.

Com aproximadamente 2 meses de pandemia, conseguiu-se estabelecer uma divisão espacial do CC, isolando-se 40% das salas como área restrita para atendimento cirúrgico de pacientes com resultado positivo ou suspeito para COVID-19 em situação de emergência/urgência. Até aquele momento os atendimentos eram feitos sem esse tipo de isolamento. Mesmo com esse pequeno avanço, o atendimento no CC se mantinha precário, pois eram muitos os afastamentos de profissionais. Vivenciamos um alto índice de absenteísmo, culminando com um dia em que se chegou ao limite, o que impossibilitou o funcionamento do setor. Era inviável até mesmo o remanejamento, visto que os demais setores também foram afetados pelo adoecimento de trabalhadores pertencentes a de grupos de risco e pelos afastamentos de profissionais por apresentarem sintomas respiratórios ou por estarem com a COVID-19.

Como mencionei anteriormente, a rede federal não realiza concursos desde 2005 e há um enorme déficit de profissionais. Durante a pandemia este quadro se agravou em virtude do envelhecimento de seus trabalhadores que em número considerável são idosos e/ou portadores de doenças crônicas.

O auge da pandemia trouxe desafios ainda maiores aos profissionais de enfermagem do CC, uma vez que além de atender as cirurgias de urgência e emergência, o setor também funcionou com seis leitos de terapia intensiva dentro da Sala de Recuperação Pós-Anestésica. Esta condição se deu sem a contratação de mais profissionais e durante um período de muitos absenteísmos, conforme acima mencionado.

Foram muitos esforços dos profissionais envolvidos para atenderem os doentes que lutavam pela vida. Mesmo afastados da assistência que chamamos de “beira do leito”, fomos lembrar o que fazíamos para dar continuidade à assistência de pacientes sofrendo com COVID-19. A inauguração dos hospitais de campanha fez com que os pacientes fossem escoados para esses leitos e os leitos de terapia intensiva na Sala de Recuperação Pós-Anestésica foram fechados.

Neste terceiro momento em que vivenciamos uma segunda onda do COVID-19 no segundo semestre de 2019, o número de trabalhadores foi restabelecido e já há certa habilidade no uso consciente de EPI's e insumos. Os protocolos estão bem estabelecidos e os testes são feitos em pacientes e trabalhadores com maior regularidade e agilidade. Não podemos afirmar como dado técnico, pois não foi feita uma pesquisa específica, mas empiricamente podemos associar a menor percepção da elevação do número de casos a uma maior habilidade em manuseá-los.

Não podemos deixar de mencionar que em meio à falta de EPI's e trabalhadores, era veiculada em todas as mídias uma desconexão entre as orientações do Ministério da Saúde à população para tentar evitar o colapso do Sistema de Saúde e o que o chefe do Executivo declarava. Essa falta de simetria entre os discursos deixava claro o tamanho do despreparo do governo para lidar com uma pandemia, o que consequentemente repercutia nos hospitais federais com gestão direta do órgão federal.

A preocupação pouco razoável em salvar a economia em meio a uma pandemia com alta índice de letalidade entre a população idosa e com comorbidades, não permitiu o investimento dos recursos existentes e necessários para combater a doença, a preservação da integridade dos trabalhadores e a manutenção do quadro de recursos humanos durante a pandemia.

Com isso o executivo federal se alienou da atenção à saúde prestada pelos hospitais federais em uma clara adesão às ideias neoliberais a respeito da saúde. Com o discurso de salvar a economia, o governo deixa claro que não vai retroceder no processo de precarização do trabalho e na promoção de políticas que favoreçam o setor privado, mesmo que isso custe vidas. O alinhamento às pautas neoliberais nunca foi tão evidente e com

consequências tão perversas para população. Há um claro prejuízo aos usuários do SUS acarretado pela falta de investimentos em insumos, ações e recursos humanos. O número de mortes por COVID-19 é inversamente proporcional ao IDH e a renda, e desde dezembro de 2020 vem aumentando exponencialmente. As mortes por COVID-19 são maiores entre as populações de baixa renda e que são quase na totalidade, usuários do SUS. Segundo Santos et al:

A pandemia da Covid-19 está revelando que os grupos populacionais que historicamente foram negligenciados, aqueles com baixa proteção ao emprego e as populações sem acesso adequado a cuidados de saúde acessíveis estão entre os mais atingidos, especialmente ao maior risco de óbito. (SANTOS et al, 2020, pag. 236)

Note-se que os profissionais que faziam parte do grupo de risco e mulheres gestantes ou nutrizes para evitar mais vítimas do COVID-19, tiveram ao arrepio das regulamentações vigentes, seus frágeis contratos de trabalho revogados. A maioria dos desligamentos foi de mulheres, principalmente mães. Os demais profissionais afastados que têm vínculo efetivo, foram chamados para retornar ao trabalho mesmo com a pandemia em curso. Toda essa situação é exemplo claro da expropriação do trabalho e desproteção social do trabalhador. Trabalhador esse que manteve a instituição em saúde funcionando por tempos variados e que, mais do que nunca, precisa ser protegida.

O Estado neoliberal que personifica uma das faces das mais perversas do capitalismo contemporâneo que só vislumbra a acumulação de capital e a extração da mais valia através da superexploração do trabalho e que não conseguiu ter ações organizadas e efetivas durante a pandemia, findou os contratos temporários ao final de 2020, sem ter antes feito a convocação de novos profissionais que garantissem a continuidade da assistência a população usuária do sistema de saúde. Como notícia pública, foi veiculado na mídia a interrupção de atendimentos e a falta de funcionários no final de dezembro de 2020. Após muita pressão popular o ministério da saúde chamou parte desses profissionais de volta a atividade laboral, estendendo seus contratos por mais dois meses. Uma ação visivelmente descoordenada e muito prejudicial as pessoas convalescentes que necessitavam de uma atenção em saúde livre desse tipo de tensionamento.

Como já se apontou, um processo seletivo já havia sido iniciado, mas os profissionais que já atuavam no hospital federal e que trabalharam arduamente durante pandemia de forma incansável, muitos adoecidos, não foram aproveitados na sua maioria. Estão aguardando o resultado do recurso impetrado no sentido de lhes ser permitido

renovar seus contratos e, enquanto isso não acontece, vem sendo substituídos por profissionais em geral mais jovens e recém-formados.

A situação dos trabalhadores do hospital federal lócus da pesquisa evidencia claramente os rumos que se pretende dar ao setor saúde e seus trabalhadores, através da extração do sobretrabalho, característica incontestável das ações políticas que coadunam com uma reforma estatal que tem viés mercadológico ao setor. Além disso, a perpetuação das políticas que favorecem o processo de precarização, permitem que a precariedade se estabeleça sem perspectivas de mudança. Nesse cenário marcado pela radicalização do neoliberalismo, apresenta-se a possibilidade de privatização, se não de todo o SUS, ao menos da atenção básica, objeto de enorme interesse do setor privado da saúde. Mais do que nunca, é preciso lutar por um SUS universal, equânime, integral e gratuito.

Capítulo 3

A qualificação dos trabalhadores técnicos em saúde

A qualificação do trabalhador técnico de enfermagem é atravessada pelo entendimento dessa profissão como uma oportunidade de entrada no mercado de trabalho formal de sujeitos oriundos com frequência, sobretudo no caso dos técnicos em enfermagem, de estratos sociais mais baixos.

A formação dos técnicos é pós-média, com custo relativamente acessível à classe trabalhadora. É, em geral, realizada em cursos privados, comumente oferecidos nos finais de semana. Essa formação vem permitindo a essa parcela da população e com bastante dificuldade, oportunizar a entrada no mercado de trabalho e alguma melhora nas suas condições de vida. Durante décadas, a inserção desses profissionais se deu, em grande parte, através dos concursos públicos periódicos que hoje já não ocorrem mais.

Vale acrescentar que, diante da financeirização/mercantilização da saúde, a assistência em enfermagem se baseia atualmente em um processo formativo que visa atender as atuais exigências do mercado de trabalho, orientado cada vez mais pelas políticas de corte neoliberal, portanto limitadoras das possibilidades crítica e emancipatórias dos trabalhadores.

Na enfermagem especificamente temos alguns níveis de formação: parteiras, atendentes de enfermagem, auxiliares de enfermagem, técnicos de enfermagem e enfermeiros que passaremos a expor de forma resumida para a compreensão das atribuições específicas a cada profissional e o papel da educação formal e não formal dos mesmos.

Para as parteiras não há exigência de uma formação específica, mas um conhecimento tácito sobre gestar, parir e cuidados imediatos à puérpera e recém-nascido. Ainda hoje, em locais longínquos, a única forma de assistência ao parto se dá pelas parteiras locais. Atualmente com o parto humanizado, nos locais de maior atuação do Estado, o procedimento pode ser realizado por enfermeiras obstétricas que têm uma atuação bem semelhante a das parteiras, mas que contam com suporte para atender em tempo hábil, os casos onde o parto natural não ocorre sem distócia¹¹. Assim as enfermeiras obstétricas podem transferir a parturiente para uma unidade de saúde com recursos para a

¹¹ Distócia refere-se a qualquer perturbação no bom andamento do parto natural que pode impedir ou dificultar severamente o nascimento do feto por via natural. Essas alterações podem estar relacionadas ao tamanho do feto, posição fetal, contratilidade uterina.

realização de uma cesariana. A formação dessas enfermeiras é de nível superior com especialização em obstetrícia.

Desde 1996, não se formam mais atendentes e auxiliares de enfermagem¹². Esses profissionais cursavam apenas o ensino fundamental e posteriormente o curso de auxiliar de enfermagem. Tinham como atribuição as ações menos complexas de atenção ao paciente, como higiene, alimentação, aferição de sinais vitais, etc. Atualmente os trabalhadores que têm o curso de auxiliar podem continuar exercendo a profissão, mas não são mais emitidos novos números de inscrição no Conselho de Enfermagem para esta categoria.

Em abril de 2000 foi aprovado o parecer CEB 10/2000 pelo Conselho Nacional de Educação que intencionava implantar o Projeto de Profissionalização de Trabalhadores da área de Enfermagem (PROFAE). O projeto objetivava a capacitação técnica de mais de 250.000 trabalhadores que atuavam sem a devida qualificação profissional (de acordo com as orientações da LDB), entre os anos 2000 e 2003. Aos que se encontravam no mercado de trabalho atuando como auxiliares de enfermagem sem a conclusão do ensino fundamental (fator impeditivo para a realização da complementação do curso técnico) foi ofertada a modalidade de Educação para Jovens e Adultos (EJA). Assim, ao concluir o ensino fundamental, o trabalhador estaria apto a cursar a complementação do curso técnico. Aos trabalhadores que já possuíam a formação do nível média, foi ofertada a qualificação técnica através do PROFAE, mas somente àqueles que estivessem atuando na área de enfermagem ou desempregados, porém com experiência mínima de 18 meses. (CEB 10/2000) Com isso, hoje todos os profissionais de enfermagem têm o nível médio.

Historicamente não se encontra um marco relevante que defina a entrada do antigo atendente em enfermagem, auxiliar ou técnico de enfermagem e enfermeiras no ambiente operatório. Mas há de se considerar momentos da história em que as cirurgias foram impulsionadas, como nas grandes guerras. Esses acontecimentos geraram um grande número de feridos e conseqüentemente uma grande atuação dos profissionais de saúde, mais especificamente no tratamento cirúrgico em casos de amputações e doenças infecciosas. As cirurgias, em geral, não tinham sucesso devido à dor, grandes perdas volêmicas e infecções. Com advento da anestesia, os procedimentos cirúrgicos foram

¹² Aos auxiliares de enfermagem que obtiveram diploma até junho de 2003 foi permitido permanecer na sua categoria de origem. Porém aos que obtiveram o certificado após junho de 2003 foi dado um prazo de cinco anos para a realização da complementação do curso técnico de enfermagem.

impulsionados, pois poderiam ser feitos sem dor, sem pressa, garantindo um melhor prognóstico.

Com o avanço da ciência e introdução de inovações tecnológicas na área da saúde passou-se a realizar procedimentos cirúrgicos por especialidades, em ambientes adequados, com novas técnicas de assepsia e antisepsia e envolvendo um número cada vez maior de profissionais para torna-las mais seguras e eficazes. Como consequência desse momento de avanço nos cuidados em saúde, a partir da década de 1950, avançam também a expansão dos serviços médicos e a necessidade de se formar trabalhadores na área. Com isso a atuação do auxiliar/técnico de enfermagem se tornou indispensável, não somente ao ato cirúrgico, como no manuseio de instrumentais e equipamentos necessários ao ato operatório. Mesmo com tanto tempo de atuação no auxílio às cirurgias, desde 2016 o projeto de lei nº 3.869 está arquivado, impedindo assim o reconhecimento legal desta profissão.

Dentre os profissionais de saúde, os auxiliares e técnicos de enfermagem são os que cumprem a maior carga horária (na rede privada). Na rede pública, a exceção dos técnicos de raio x, as cargas horárias cumpridas pelos profissionais técnicos são equivalentes na maioria das instituições, independente da esfera. As mulheres constituem a maioria entre os trabalhadores técnicos em saúde, tanto em termos percentuais como absolutos. São, portanto, indispensáveis a qualquer serviço de saúde e para exercerem suas atividades necessitam de uma qualificação profissional que atenda as demandas específicas do setor em que atuam, dentro de uma instituição de saúde.

Esses profissionais, na opinião de Pires, Gelbcke e Matos, (2004), possuem conhecimento técnico que na maioria das vezes não é considerado, havendo uma clara separação entre o fazer e o pensar, onde o fazer fica a cargo dos trabalhadores técnicos e o pensar dos profissionais enfermeiros.

Note-se, entretanto, que as normas, rotinas e procedimentos operacionais que regulam as atividades em enfermagem, sem dúvida garantem mais segurança nas intervenções cirúrgicas. Mas também expressam a forte hierarquia que caracteriza a área, podendo se constituir em uma forma de normatizar os procedimentos e afastar o trabalhador da atuação baseada em seus conhecimentos científicos e experiência profissional, Souza (2016), em seu artigo sobre o processo de trabalho em enfermagem, questiona a exclusão do trabalhador técnico em enfermagem dos planejamentos de ações em enfermagem, visto que, organizado em bases taylorista, realizado de forma fragmentada, com a subdivisão de tarefas e verticalizada, o que deixa as decisões

centralizadas apenas nas chefias, negando, portanto, as qualificações técnicas e científicas desses profissionais.

Nesse contexto, precisamos entender a qualificação profissional, como uma relação histórica e social, conceito surgido da luta entre empresários e trabalhadores sob o slogan “para trabalhos iguais, salários iguais” (CHINELLI et al, 2013) na Europa do pós-guerra mundial, sobretudo na França. Compreendia-se que havia a necessidade de se estabelecer salários equivalentes para trabalhadores que exercessem atividades iguais. Através da discussão do valor social da qualificação que se realiza no mercado de trabalho, estabeleceram-se critérios de remuneração do trabalhador conforme seu nível de qualificação e a atividade exercida.

Essa discussão se aprofunda no Brasil, sobretudo a partir da década de 1990, com a entrada mais enfática da reestruturação produtiva consequente das ideias neoliberais que avançam nas relações de trabalho. Mais ou menos ao mesmo tempo, começa a se difundir a partir do ambiente empresarial o conceito de competências que estabelece requisitos para a ocupação de postos de trabalho, inclusive de caráter subjetivo, tidos como adequados à organização flexível do trabalho. Não basta apenas ser qualificado formalmente. O mercado exige não só formação escolar, mas também características subjetivas, além do conhecimento tácito do trabalhador. Procura-se dar conta dessas novas exigências através do conceito de competências, ou seja, o mercado de trabalho cada vez mais seletivo, demanda dos trabalhadores:

(...) não apenas conhecimentos formais e explícitos objetivados pelo diploma, mas também amplas habilidades cognitivas e comportamentais, tais como iniciativa, responsabilidade, autonomia, criatividade, cooperação, liderança, flexibilidade etc., para lidar com tarefas cada vez mais abstratas e complexas. Em uma palavra, as referidas mudanças estariam colocando em xeque o posto de trabalho e o trabalhador especializado e exigindo um trabalhador polivalente. A ênfase na "polivalência", entendida como um conjunto de capacidades que possam enfrentar a complexidade e a imprevisibilidade do "novo" modo de produzir, significa a passagem do conceito de "qualificação" para o de "competência". (TARTUCE, 2004, pag. 359-360)

Cresce a precarização do trabalho, pois se prioriza o vínculo de trabalho através de terceirizações e contratos temporários. Ao mesmo tempo, fomenta-se a qualificação de técnicos de enfermagem em um contexto alienante a passivador através de cursos de qualificação que não apresentam a perspectiva de contribuir para a formação de um sujeito crítico, capaz de exercer sua cidadania de forma plena. O objetivo é atender uma crescente demanda por profissionais que atendam às necessidades do mercado.

(...) predominava a concepção, vigente até hoje, de que as escolas de enfermagem existem para prover os hospitais, de forma imediata, com pessoal de enfermagem necessário a manutenção da assistência médico-hospitalar, por meio de cursos rápidos de treinamento e/ou atualização (...) (LIMA et al, 2002)

Gadotti (2012), no Fórum sobre Educação Profissional e Tecnológica, em 2012, faz uma reflexão sobre a capacidade de uma educação emancipadora de formar cidadãos críticos, capazes de questionar sua realidade e problemas sociais que o cercam e de se constituir em um indivíduo autônomo, promotor de justiça social e solidário. Por perspectiva emancipatória da educação entende-se a perspectiva de que os processos educativos precisam estar comprometidos com uma visão de mundo transformadora, inconformada com o mundo injusto e insustentável em que vivemos. Por isso uma perspectiva emancipatória da educação e do trabalho deve estar fundada na ética e no respeito à dignidade e autonomia do educando.

Porém, a perspectiva emancipatória, está longe de se tornar realidade no contexto de formação de um técnico de enfermagem, sobretudo hoje em que se vive no país um grande retrocesso ético-político e o avanço de políticas ultraliberais que ampliam o processo a precarização do trabalho e da vida.

Cabe ressaltar que devido às características da própria formação em enfermagem, não há espaço para uma relação horizontal entre os trabalhadores. As determinações emanadas do COFEN fortalecem a hierarquia e alienação do trabalhador técnico, segregando-o no fazer e distanciando-o do pensar sobre sua prática e possíveis formas de atuação. Nesse sentido, a possibilidade emancipatória tem como objetivo:

para se realizar no presente da opressão a que estão submetidos os trabalhadores com o propósito de a eles responder. A politécnia não almeja alcançar a formação plena do homem livre, mas a formação técnica e política, prática e teórica dos trabalhadores no sentido de elevá-los na busca da sua autotransformação em classe-para-si. (JUNIOR, 2009, pag. 284)

É através do ensino politécnico que se vislumbra a possibilidade da formação de um sujeito de direitos. Moura et al, (2015, pág. 1061) consideram que “pela formação politécnica se daria a formação intelectual, física e tecnológica, o que sugere que o conceito de politécnia pode abarcar a ideia de formação humana integral.” Porém, os cursos de curta duração, frequentados apenas nos finais de semana por sujeitos aflitos por uma formação rápida para logo ingressarem/reingressarem no mercado de trabalho e obterem uma remuneração que não corresponde à relevância de suas atribuições, com

salários na maioria das vezes aquém de suas expectativas, os afasta da possibilidade de uma formação humana integral.

A polivalência é uma característica contemporaneamente presente nas mais diversas atividades laborais, não por consequência de uma educação que permitiu ao trabalhador desenvolver suas aptidões de forma plena, mas por imposição do próprio capitalismo flexível. Muitas vezes, os auxiliares e técnicos em enfermagem acabam por acumular funções alheias às suas atribuições específicas, como o traslado de usuários, guarda e controle de medicações e provimento de insumos, limpeza de sala cirúrgica e/ou setor atendendo as imposições do mercado, de expropriação extrema. A polivalência não corresponde à perspectiva de trabalho em equipe ou à solidariedade e colaboração entre os trabalhadores para o bem comum (bem-estar do paciente/cliente), mas se enquadra na perspectiva neoliberal de concentrar o capital através da expropriação do trabalhador ao máximo suportável, pelo menor valor possível.

Apesar de o Centro Cirúrgico, lócus da pesquisa, ser um setor com inúmeras especificidades, os profissionais que ali são lotados fazem um treinamento em serviço para se adequar às suas necessidades, sobretudo a especificidade do trabalho como instrumentador cirúrgico, visto que o Ministério da Saúde nunca realizou concurso de provimento deste cargo. Os auxiliares e técnicos não chegam, em sua maioria, aptos a realizar a atividade de circulante e de instrumentador cirúrgico ao setor. A capacitação é realizada ao longo da jornada de trabalho e com acompanhamento dos profissionais mais experientes e das enfermeiras líderes de equipe.

Nota-se que os processos de qualificação do profissional que atua no CC da rede pública e daquele que atua na rede privada, apresentam uma diferença importante. Enquanto nos hospitais públicos não há exigência de formação específica em instrumentação cirúrgica, somente a qualificação formal como técnico de enfermagem, na rede privada é um requisito indispensável. A remuneração também é feita de forma bem diferenciada. Os profissionais da rede pública compõem o quadro de funcionário da instituição e recebem seus proventos mensalmente, independentemente de produção cirúrgica. Na quase totalidade da rede privada, os instrumentadores cirúrgicos fazem parte da equipe cirúrgica e não têm vínculo com a instituição, sendo assim também caracterizado como um cliente externo, assim como os cirurgiões e anestesistas.

Lima et al (2010) trazem à luz uma discussão pertinente à qualificação profissional por parte das instituições privadas para as quais não basta apenas a formação técnica. Nessas unidades de saúde é cada vez mais comum um enfermeiro como instrumentador

cirúrgico, quando anteriormente esse trabalho era realizado por um auxiliar ou técnico e enfermagem, configurando precarização do enfermeiro que possui curso superior e a perda de campo para o técnico.

Nas instituições que realizam cirurgias robóticas, ao técnico se reservam apenas as atividades de desinfecção e esterilização do material. Fica a cargo das enfermeiras robóticas, a guarda e manuseio do material, além da avaliação a capacitação dos cirurgiões que operam por robôs.

(...) a progressiva extinção das atendentes de enfermagem decorre da própria concorrência entre as empresas médicas, principalmente entre aquelas que oferecem serviços considerados de ponta e que, ao incentivar outras estratégias empresariais que não implicam aumento de custos ou risco para sua margem de lucro (como a terceirização, o uso de equipamentos de alta tecnologia etc.), permitem contratar pessoal de enfermagem com qualificação escolar mais elevada. A utilização desses mecanismos credencia o hospital a auferir maiores rendimentos ao promover e incentivar o uso de novas tecnologias e mão-de-obra com reconhecida qualificação em serviços, projetando uma boa imagem de assistência oferecida. (LIMA et al, 2002, pag. 11)

A formação profissional em saúde, principalmente a partir de meados dos anos de 1990, acompanha um movimento que ocorre em todo o campo da educação brasileira, qual seja, o deslocamento da noção de qualificação (aspecto da formação tradicional) para a de competências técnicas e comportamentais em correspondência a organização flexível do trabalho. Isso significa que o conceito de competência indica as necessidades geradas pelos novos padrões de competitividade e pelas maiores exigências de qualidade dos produtos e serviços que, portanto, demandam novos atributos e habilidades por parte dos trabalhadores (...) (VIEIRA e CHINELLI, 2013, p.1595). O não atendimento às competências exigidas pode implicar na perda do emprego, o que amplia as perdas de direitos sociais e a precarização do trabalho e da qualidade de vida. Literalmente muda sua percepção de dignidade no contexto social do trabalho.

Cabe ressaltar aqui a formação escolar oferecida em nossa sociedade reproduz historicamente a formação para o mercado de trabalho, destinada às classes menos favorecidas economicamente, enquanto aos sujeitos pertencentes aos demais estratos sociais, ofertam-se as escolas preparatórias para o ensino superior. A enfermagem não atrai mais cidadãos oriundos das camadas socialmente mais favorecidas, ao contrário da construção histórica da profissão. É buscada pelas classes menos favorecidas da sociedade, sobretudo o nível técnico, visto que o quantitativo de vagas de emprego na área ainda é

considerável, o que atrai muitos jovens que almejam seu primeiro emprego através de uma formação técnica acessível.

A abertura do mercado brasileiro ao capital internacional e a diminuição da presença do Estado na economia e as políticas sociais recessivas, principalmente na educação, permitiram que ano a ano crescesse número de escolas particulares frequentadas por famílias socialmente bem posicionadas e se tornassem cada vez mais competitivas diante do progressivo sucateamento do sistema público de ensino. Vive-se hoje a perversidade da mercantilização da educação. Aos pobres e desvalidos fica reservada uma escola muito aquém das suas necessidades educacionais e longe do perfil de uma formação humana integral ou emancipatória. A educação, como mercado, atrai vultosos investimentos nacionais e estrangeiros. Para o governo federal, trata-se de gasto sem retorno financeiro imediato.

O nível médio é requisito mínimo para ingresso no mercado de trabalho, na maior parte das ocupações formais. Contudo é bastante comum sua interrupção, mesmo que temporária, diante da necessidade de se obter alguma renda para que o jovem possa prover sua subsistência e/ou ajudar financeiramente a família. O ensino técnico supre essa necessidade e ao mesmo tempo reproduz as classes sociais e seus valores de exploração nas relações de mercado. Portanto a escola brasileira cumpre o papel de manter cada indivíduo em sua classe social originária, perpetuando a relação de exploração das camadas sociais subalternas.

Nessa perspectiva, os cursos técnicos como os de auxiliar e técnico de enfermagem entre outros, são muitas vezes a única alternativa possível a jovens que não podem vislumbrar a perspectiva de seus provedores continuarem a arcar com as despesas escolares dando despesas a seus provedores, aumentando seu padrão de empregabilidade.

Durante os governos de Luís Inácio Lula da Silva (2003-2011) e de Dilma Rousseff (2011-2016), houve um estímulo à entrada da classe trabalhadora nas universidades públicas, sendo fundadas instituições federais de ensino superior e também novas escolas técnicas federais. De acordo com o Ministério da Educação foram construídas entre 2003 e 2016 mais de 500 novas unidades de nível médio mediante o plano de expansão da educação profissional. Isso garantiu o acesso a milhares de brasileiros ao ensino técnico em todo o Brasil e por consequência aumentou a número de trabalhadores que vislumbravam a possibilidade de ingresso no mercado de trabalho e até frequentar uma graduação, com ampliação do acesso às minorias. De alguma forma, onde antes era improvável o acesso à educação formal, foram abertas oportunidades que levaram os menos favorecidos a ter

mais anos de estudos, possibilitando a uma parcela da população pobre o ingresso nas universidades de onde era até então excluída. A ampliação no número de vagas nas instituições de nível superior público foi sem precedentes a outros governos, assim como os programas de acesso direcionados a população mais pobre e às minorias.

Dentro do corpo de enfermagem há uma hierarquia desde o nível básico (auxiliar de enfermagem), nível médio (técnico de enfermagem) até o nível superior (enfermeiro). Note-se que alguns desses profissionais de nível médio estão frequentando, já obtiveram uma graduação ou estão e vias de obtê-la, o que é favorecido pelo fato de alguns terem uma relação estável de trabalho – os estatutários em sua maioria.

Nota-se que, para quase todos os trabalhadores entrevistados, independentemente da região estudada, gênero e faixa etária, a formação técnica não é mais suficiente. A obtenção de um diploma de nível superior é um anseio quase sempre associado à melhoria das condições de vida para si próprios e suas famílias. Mais da metade cursou, está cursando ou pretende cursar uma faculdade, com destaque para a enfermagem, seguida do serviço social. (CHINELLI et al, 2017)

Isso em tese pode representar a possibilidade de galgar postos de trabalho mais qualificados e/ou a melhoria de sua remuneração, o que não necessariamente não ocorre. A busca por uma realização financeira é legítima e os auxiliares e técnicos de enfermagem não lhe são alheios. Especificamente no centro cirúrgico, com o advento das cirurgias robóticas, exige-se atualização constante para que o técnico se mantenha no mercado de trabalho. Ao mesmo tempo, as relações de trabalho se tornam cada vez mais precárias. A necessidade de se qualificar vista como potencializador da empregabilidade, implica em desgaste físico e ônus financeiro para o trabalhador, obrigado a articular qualificação e trabalho, mas também significa uma esperança de ascender socialmente, aos mais desfavorecidos.

Os técnicos de enfermagem estão sujeitos à mesma lógica de mercado com o agravante de lidar diariamente com o sofrimento humano e a inevitável finitude da vida. Em se tratando dos profissionais que atuam em centro cirúrgico, a constante necessidade de lidar com novas tecnologias enfatizam a necessidade de qualificação para o exercício da atividade laboral e de sua permanência no mercado de trabalho. O mercado exige tanto o conhecimento formal, evidenciado pela formação escolar e acadêmica, como requisitos de caráter subjetivo. Exige ainda e cada vez mais habilidades para a operação de novas tecnologias, cuja utilização é cada vez em todos os setores da economia, inclusive nos serviços.

O setor saúde por sua natureza já é permeado por inúmeros recursos tecnológicos e que se atualizam constantemente, desde um simples raio-x, até a bioengenharia e a engenharia genética que fazem com que esses avanços estejam disponíveis cada vez mais a um número cada maior de indivíduos, com maior disponibilidade aos que podem pagar.

Os trabalhadores em saúde também têm que estar preparados para conviver com essas tecnologias, seja operando novos equipamentos, capacitando-se para administrar novos fármacos ou até mesmo sendo substituídos por robôs que podem fazer seu trabalho de forma mais precisa, inclusive à distância. Contudo, o que se verifica é pouca ocorrência da qualificação para operar essas tecnologias, restando aos trabalhadores frequentar curso específicos e/ou aprender com seus companheiros e superiores hierárquicos ao longo da jornada de trabalho.

A introdução de novas tecnologias no setor tem o objetivo de fazer com que um mesmo profissional ou uma mesma instituição de saúde atenda um número cada vez maior de pessoas e/ou realize um número cada vez maior de exames e procedimentos. No SUS isso se traduz em maior possibilidade de cobertura das unidades de saúde e, na rede privada, por uma maior abrangência de pacientes/clientes. Para o profissional pode significar uma sobrecarga de trabalho, visto que a maioria dos trabalhadores de hospitais e centros de atenção à saúde, de forma independente do vínculo contratual, têm suas remunerações pagas por plantões e não por pacientes atendidos, ou seja, por produção. Isso significa que é favorável à instituição a manutenção de todos os leitos ocupados e a agenda de seus profissionais cheias para que o mesmo possa atender tantos pacientes quanto for possível, eliminando tempos ociosos.

As tecnologias incorporadas ao setor saúde, sem dúvida, ajudam na precisão diagnóstica, tornam os procedimentos mais seguros, menos invasivos, menos dolorosos, diminuem o tempo de reabilitação, otimizam o tempo de atendimento e aumentam a rotatividade de leitos. Isso faz com muitas unidades de saúde da rede particular possam aumentar sua lucratividade. Além disso, a dinâmica de atualização tecnológica faz com que pacientes e profissionais fiquem sujeitos a exames e procedimentos, por vezes desnecessários, visto que o profissional se rende à pressão de fechar um diagnóstico e seguir um protocolo, não tendo o paciente conhecimento para discernir e nem decidir sobre sua saúde e possíveis condutas terapêuticas. Quanto ao SUS, esse cenário, que utiliza de métodos que se aproximam da filosofia taylorista, faz com que uma unidade atenda um número cada vez maior de pessoas e isso se traduz em metas atingidas pelos gestores da rede. Não há lucratividade direta, mas um uso intensivo e exaustivo da força de trabalho.

A organização do trabalho e do modelo assistencial também é um tipo de tecnologia que é amplamente utilizada pela rede privada de saúde, porém ainda pouco presente na rede pública. Esse tipo de tecnologia ainda encontra entraves no serviço público, mas com alguma mudança, principalmente durante a expansão da Estratégia de Saúde da Família, muito relacionado à forma de vínculo que é terceirizado para a maioria dos trabalhadores da saúde de muitos municípios brasileiros.

Vale destacar que esses trabalhadores técnicos constituem, em minha opinião o proletariado da assistência, pois exercem o maior número de atividades de ligadas ao cuidado humano, são os que têm menor grau de instrução dentro das profissões ligadas ao cuidado em saúde (pois ainda atuam auxiliares de enfermagem sem complementação, visto terem obtido o diploma antes de junho de 2003), são em sua maioria incontestável mulheres, recebem o menor salário dentre os profissionais de saúde e têm a maior carga horária de trabalho, considerando-se a carga horária regulamentada e as atividades de instrumentação ou duplo vínculo, muito comum na enfermagem. Além de sua qualificação profissional ser aquém das necessidades do trabalho e não possuírem uma formação humana integral capaz de permitir o exercício pleno de sua cidadania.

Ao contrário, preconiza-se a necessidade de adequação ao mercado e às ideias neoliberais, à exigência polivalência, e de competências técnicas e subjetivas para a conquista e manutenção de um emprego formal ou da empregabilidade. Portanto, a formação profissional do técnico de enfermagem, em demérito de uma educação emancipatória, politécnica e com viés libertador, fortalece aspectos da dualidade educacional, na medida em que é dificultado o acesso a postos de trabalho qualificados e melhor remunerados à população pobre, favorecendo inserções laborais cada vez mais precarizadas e desprotegidas. exemplo, ocorre com a uberização e quarteirização do trabalho, processos esses que cada vez mais informam o avanço da privatização da saúde.

Capítulo 4

Percurso metodológico e resultados

4.1 Sobre a perspectiva qualitativa e a estratégias utilizadas

A pesquisa na qual se baseia esta dissertação tem caráter qualitativo. Acredito que a análise qualitativa é a que mais se adequa ao presente estudo, visto que se pretendeu realizar não só uma observação direta dos processos de trabalho, o que foi viabilizado, sobretudo pelo fato de que ocupo a função de líder de uma equipe de enfermagem cirúrgica; e ainda, como já mencionado, através das falas dos entrevistados, interpretar e analisar as relações do trabalhador com sua atividade laboral, os processos de qualificação no contexto histórico, político e socioeconômico a que estão submetidos. Considero que essas questões são impactadas pelas políticas neoliberais, pela nova gestão pública e pelo avanço da precarização do trabalho. Conforme Minayo et al (1994, pag.21):

“A pesquisa qualitativa responde a questões muito peculiares. Ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes. (...) O universo da produção humana que pode ser resumido no mundo das relações, das representações e da intencionalidade e é objeto da pesquisa qualitativa dificilmente pode ser traduzido em números e indicadores quantitativos.”

Na opinião dos autores, a pesquisa qualitativa não se opõe à pesquisa quantitativa e a depender do seu objeto e objetivos, podem ser complementares, enriquecendo a investigação. Ou seja, para esses pensadores e pesquisadores a linguagem, os símbolos, as práticas, as relações e as coisas são inseparáveis. “Se partirmos de um desses elementos, temos que chegar aos outros, mas todos passam pela subjetividade humana.” Nessa perspectiva, os autores afirmam que:

O pesquisador que trabalha com estratégias qualitativas atua com a matéria-prima das vivências das experiências, da cotidianidade e também analisa as estruturas e as instituições, mas entendem-nas como ação humana objetivada”. (MINAYO et al,2013)

4.2 Obtenção de dados

Este estudo iniciou-se com uma pesquisa bibliográfica. A literatura abordada foi composta de autores que fazem crítica à formação profissional voltada à manutenção do capitalismo contemporâneo, quanto por publicações que adotam uma perspectiva crítica à reestruturação e à diminuição do Estado em consonância com as ideais neoliberais. Isso permitiu à pesquisadora se munir de dados que fundamentam a discussão empreendida na

dissertação. Foram levantados artigos científicos publicados tanto em livros quanto em periódicos da área que forneceram informações relevantes sobre o contexto hospitalar e o trabalho em Centro Cirúrgico.

Também foi realizado levantamento e leitura minuciosa de documentos como leis, publicações oficiais do Conselho Federal de Enfermagem e de entidades governamentais que serviram para aprofundar a análise as informações obtidas.

4.3 Entrevistas

Além da observação direta, conforme mencionado, foram realizadas dez entrevistas semiestruturadas com trabalhadores do hospital em questão, com a devida aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica Joaquim Venâncio e da Divisão de Enfermagem do hospital lócus da pesquisa e ainda da chefia de enfermagem do Centro Cirúrgico.

Para tanto, em uma reunião com os trabalhadores, foram-lhes apresentados de forma clara os objetivos da pesquisa e a importância da participação dos técnicos. Obtido seu consentimento, logo após, demos início às entrevistas realizadas individualmente e em local reservado. A participação foi voluntária e muito bem recebida pela maioria dos técnicos contatados que alegaram grande satisfação por saberem que uma enfermeira estaria disposta a ouvi-los e captar suas impressões sobre o trabalho que executam e as condições em que é exercido. Não houve qualquer tipo de cerceamento à pesquisa pelos gestores do hospital e nem do CC.

As entrevistas foram orientadas por um roteiro de vinte e quatro questões, conformando quatro grandes eixos. As mesmas foram gravadas e depois transcritas e organizadas em quadros que permitiram uma melhor visualização das respostas e análise das mesmas. Vale registrar que em alguns momentos das entrevistas se fez necessário estimular o entrevistado a dar mais detalhes sobre o tema proposto, deixando assim suas impressões mais claras a respeito da questão abordada.

As entrevistas foram iniciadas com uma série de perguntas objetivas como idade, gênero, escolaridade, composição familiar, salário médio, etc., com a intenção de traçar um perfil dos trabalhadores participantes da pesquisa.

No segundo eixo, as perguntas foram voltadas para a organização do trabalho, ocupações anteriores ao ingresso no hospital, funções desempenhadas na instituição e aspectos destinados a tentar captar suas percepções sobre a precarização do trabalho. Foram, então, abordados o contexto da formação e o início do trabalho como técnico e suas

motivações para o ingresso na saúde pública e a permanência ou não no exercício da profissão, entre outros.

As relações e condições de trabalho compõem o terceiro eixo de perguntas que procuram detectar as repercussões sobre o trabalho e os trabalhadores, o dimensionamento de pessoal e gerenciamento do setor, e ainda as repercussões das políticas de recorte neoliberal não só sobre os trabalhadores como na qualidade da capacidade de atendimento aos usuários.

No quarto e último eixo encontram-se as questões relacionadas ao ponto de vista dos trabalhadores sobre as atividades que desempenham no Centro Cirúrgico, as dificuldades e facilidades que encontram, o que pensam a respeito das instâncias de gestão do CC, além de tentar captar como percebem o reconhecimento ou não do seu trabalho por seus pares e gestores e suas perspectivas futuras.

Cabe ressaltar que o fato de atuar como enfermeira e líder de equipe no hospital em questão poderia se constituir em problema para os resultados da pesquisa. A respeito, Minayo (2002) observa que: “Quanto maior for a familiaridade que o pesquisador tenha em relação àquilo que ele está pesquisando, maior poderá ser sua ilusão de que os resultados sejam óbvios numa primeira visão”.

Outra possível dificuldade na análise dos dados, em um contexto onde o pesquisador convive de forma próxima ao objeto de estudo, é uma possível sobreposição de suas impressões e perspectivas às manifestadas pelos entrevistados.

Para tentar evitar essas dificuldades que poderiam afetar a interpretação das informações foram escolhidos dez entrevistados que não pertenciam diretamente à equipe da pesquisadora e não trabalhavam diariamente com a mesma, procurando-se diversificar os sujeitos conforme os turnos de trabalho.

Houve preocupação em não gerar nenhum constrangimento aos entrevistados nas perguntas sobre ao gerenciamento do setor e do serviço, principalmente em relação a aqueles trabalhadores com vínculo precário. Com isso, tentou-se captar a expressão mais sincera acerca das perguntas realizadas sem que os entrevistados temessem futuras indisposições e retaliações no local de trabalho. Todos assinaram o termo consentimento, sendo-lhes assegurado o sigilo do nome e do conteúdo das entrevistas.

4.4 Resultados

Cabe assinalar inicialmente que as entrevistas foram tratadas com base na análise temática visto que ela permite através da organização das informações organizadas, a

interpretação detalhada do tema proposto, observando-se todo o contexto subjetivo que não poderia ser considerado em uma análise quantitativa. Segundo Minayo (2011, pág. 623)

O verbo principal da análise qualitativa é compreender. Compreender é exercer a capacidade de colocar-se no lugar do outro, tendo em vista que, como seres humanos, temos condições de exercitar esse entendimento. Para compreender, é preciso levar em conta a singularidade do indivíduo, porque sua subjetividade é uma manifestação do viver total. Mas também é preciso saber que a experiência e a vivência de uma pessoa ocorrem no âmbito da história coletiva e são contextualizadas e envolvidas pela cultura do grupo em que ela se insere. Toda compreensão é parcial e inacabada, tanto a do nosso entrevistado, que tem um entendimento contingente e incompleto de sua vida e de seu mundo, como a dos pesquisadores, pois também somos limitados no que compreendemos e interpretamos.

Silva e Assis (2010, págs. 150-151), com base em Bardin e Minayo, apontam as três fases da análise temática:

a) Pré-análise: É a fase de organização [que] tem por objetivo operacionalizar e sistematizar as ideias iniciais de maneira a conduzir a um esquema preciso de desenvolvimento da pesquisa (BARDIN, 2009). Retomam-se as hipóteses e os objetivos iniciais da pesquisa, reformulando-os frente ao material coletado, e na elaboração de indicadores que orientem a interpretação final (MINAYO, 2007). Esta fase se compõe em três tarefas (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007): **leitura flutuante**, constituição do corpus e reformulação de hipóteses e objetivos. Leitura flutuante consiste em tomar contato exaustivo com o material para conhecer seu conteúdo (MINAYO, 2007). [...] pouco a pouco a leitura se torna mais precisa, em função de hipóteses, e das teorias que sustentam o material. (BARDIN, 2009). **Constituição do corpus:** organização do material de forma que se possa responder a algumas normas de validade: exaustividade (todos os aspectos do roteiro devem ser contemplados, deve-se esgotar a totalidade do texto); representatividade (que represente de forma fidedigna o universo estudado); homogeneidade (deve obedecer com precisão aos temas) e pertinência (os conteúdos devem ser adequados aos objetivos do trabalho) (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007). **Reformulação de hipóteses e objetivos:** determinam-se a unidade de registro (palavra ou frase), a unidade de contexto (a delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 2007). **b) Exploração do material:** É a operação de analisar o texto sistematicamente em função das categorias formadas anteriormente (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007). **c) Tratamento dos resultados, inferência e a interpretação:** Os resultados brutos, ou seja, as categorias que serão utilizadas como unidades de análise ou submetidas a operações estatísticas simples ou complexas dependendo do caso, de maneira que permitam ressaltar as informações obtidas. Após isto são feitas inferências e as interpretações previstas no quadro teórico e/ou sugerindo outras possibilidades teóricas (BARDIN, 2009; MINAYO, 2007).

Esses procedimentos foram seguidos. A única exceção foram as operações estatísticas que não foram realizadas. Em seu lugar, foram confeccionados quadros baseados nas questões que pretendia tratar que resumiram as falas dos entrevistados. Esse procedimento permitiu estabelecer 4 eixos assim denominados: Caracterização dos

entrevistados; Organização do Centro Cirúrgico; Relações de trabalho dos técnicos de enfermagem, Qualificação e reconhecimento profissional.

4.5 Os entrevistados

O grupo de 10 trabalhadores entrevistados foi composto por 2 homens e 8 mulheres, cujas idade variam entre 41 e 55 anos. Destes, 8 são servidores públicos e 2 têm vínculos temporários mediante contrato de trabalho temporário. Entre esses profissionais, 4 se identificam como pessoas pretas, 1 se diz miscigenada¹³, 1 é de ascendência indígena, duas pardas e um branco.

Quanto à escolaridade, observamos que entre os 10 entrevistados, quatro têm nível superior completo e um superior incompleto. São graduadas em enfermagem entrevistadas; uma em fisioterapia; e outro entrevistado em direito. A entrevistada que não concluiu a graduação cursava o quinto período de enfermagem (entrevistada 8). Todas as graduações foram cursadas em instituições particulares. Dois entrevistados, além da graduação, têm especialização *latu sensu*, sendo uma em enfermagem neonatal (entrevistada 2) e o outro em direito civil e tributário (entrevistado 10). Os outros cinco participantes da pesquisa possuem nível médio técnico em enfermagem. Nesse grupo, duas entrevistadas frequentaram outros cursos técnicos antes de cursar enfermagem: uma em contabilidade e outra em instrumentação cirúrgica. Somente uma cursou o técnico de enfermagem em instituição pública, os outros nove cursaram o técnico em instituições particulares sem bolsa.

| | Idade | Sexo | Etnia | Estado civil | Renda familiar | Escolaridade |
|----------|--------------|-------------|--------------|---------------------|-----------------------|------------------------------------|
| Entdo 1 | 50 | Fem | Negro | Casado | R\$5000,00 | Nível técnico |
| Entdo 2 | 42 | Fem | Negro | Divorciado | R\$6000,00 | Nível superior + especialização |
| Entdo 3 | 42 | Fem | Pardo | Casado | R\$8000,00 | Nível técnico |
| Entdo 4 | 48 | Mas | Negro | Solteiro | R\$3000,00 | Nível técnico |
| Entdo 5 | 42 | Fem | Negro | Solteiro | R\$6000,00 | Nível técnico |
| Entdo 6 | 51 | Fem | Pardo | Solteiro | R\$10000,00 | Nível superior |
| Entdo 7 | 45 | Fem | Pardo | Solteiro | R\$3500,00 | Nível superior |
| Entdo 8 | 43 | Fem | Índio | União estável | R\$8000,00 | Nível superior incompleto |
| Entdo 9 | 55 | Fem | Miscigenado | Divorciado | R\$3500,00 | Nível técnico |
| Entdo 10 | 41 | Mas | Branco | Casado | R\$8000,00 | Nível superior + especialização |

¹³ Expressão utilizada pela entrevistada 9, se referindo a ser descendente de pais de etnias diferentes, não a deixando reconhecer-se como pertencente a uma única etnia dentre branca e negra.

Todos são profissionais que participaram da entrevista atuam como circulantes de sala e instrumentadores cirúrgicos há pelo menos dez anos, período que coincide com o último concurso realizado pelo ministério da saúde para o provimento de cargos efetivos na rede federal.

A carga horária de todos os profissionais é de trinta horas semanais em plantões que podem ser 12X36h somente em dias úteis ou 12X60h considerando todos os dias. Ao mês são totalizados de 10 a 12 plantões. Dois entrevistados trabalham no turno da noite.

A renda mensal familiar aponta para uma faixa entre R\$ 3.000 a R\$10.000, mesmo considerando os que têm mais de um vínculo de trabalho. Cabe ressaltar que os profissionais com vínculo efetivo se encontram nos níveis superiores dessa faixa.

O início da vida laboral dos entrevistados se encontra em uma faixa que vai dos 14 aos 21 anos, sendo que somente três iniciaram sua vida laboral com emprego na área da enfermagem. Os outros entrevistados exerceram anteriormente outras atividades como vendedores de loja, recepcionista, auxiliar de serviços gerais e representante comercial. Depois fizeram o curso profissionalizante em enfermagem com o intuito de ter um emprego formal, uma carreira mais estável e de melhorarem suas condições de vida, até então ainda mais precárias do que atualmente.

Com o ingresso na área buscavam uma alternativa para precariedade das inserções anteriores no mercado de trabalho. Por isso, procuraram frequentar cursos profissionalizantes para auxiliar/técnico/instrumentador cirúrgico quando ainda jovens influenciados por amigos e familiares. À época, ainda eram abertas vagas a serem providas através de concursos públicos que possibilitavam emprego estável, visto que ainda não haviam sido praticamente suspensos pela aceleração da investida neoliberal.

Aos 14 anos trabalhei como representante comercial, em lava-jato, em aviário, trabalhei como motorista particular. Aos 23 comecei a trabalhar com instrumentação cirúrgica no banco de ossos, passei por processo seletivo interno e fui aproveitada como técnica de enfermagem na mesma instituição. (ENTREVISTADA 8, 2020)

As condições de trabalho atuais são apontadas como ruins ou que podem melhorar por cinco profissionais, um aponta “que não é das piores”, apenas três as consideram boas e um não tem parâmetro para avaliar, pois não tem experiências anteriores.

Os dez entrevistados consideram que deveriam ser oferecidos pela instituição cursos de capacitação para o manuseio das novas tecnologias e para atualização profissional. Destes, seis frequentaram cursos por conta própria, arcando com os custos dos

mesmos. Cinco deles referem nunca ter recebido treinamento adequado para lidar com as novas tecnologias e equipamentos adquiridos pela instituição ao longo dos anos e dizem que o aprendizado se deu por curiosidade e auxílio de outros profissionais. Um dos entrevistados relata: “Acredito que deveria ter uma preparação maior, não só minha, mas de todas as pessoas que trabalham aqui, para o manuseio dos equipamentos, pois não fui capacitada a nenhum deles. Aprendi com os colegas mais experientes.” (Entrevistada 4, 2020)

A polivalência é uma característica comum no contexto da nova gestão do trabalho e seis profissionais referem realizar atribuições alheias às suas funções de técnico de enfermagem. Nesse aspecto somente um dos que referiram realizar atividades alheias as suas funções têm contrato temporário de trabalho, os demais são funcionários efetivos.

Os entrevistados consideram que a instrumentação cirúrgica não é uma função dos técnicos em enfermagem sem que tenha sido ofertado antes o curso específico. Como mencionado anteriormente, desde 2016 a instrumentação cirúrgica é tida legalmente como profissão. Aos profissionais que já exerciam a profissão há pelo menos dois anos antes dessa data, não é exigido o curso, pois o direito a continuar instrumentando está garantido. Também consta do Código de Ética e Legislação de Enfermagem que cabe ao técnico de enfermagem “circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar”. (COREN/RJ 2017). Porém, o mesmo código não estabelece essa função como exclusiva do profissional de enfermagem, podendo ser exercida por qualquer profissional de saúde qualificado para tanto.

4.6 Organização do Centro Cirúrgico

Este eixo se destina à avaliação dos técnicos sobre as consequências advindas do dimensionamento de pessoal no CC. Como já mencionei anteriormente, quase todos os entrevistados são funcionários efetivos e desempenham as funções de circulantes de sala e instrumentadores cirúrgicos. Estas funções são descritas legalmente como atribuições do técnico de enfermagem. Porém, há uma nítida insatisfação pela realização da instrumentação cirúrgica, mesmo pelos entrevistados que desempenham a função na rede particular, onde recebem uma remuneração específica, enquanto na instituição a que estão vinculados, não têm qualquer incentivo financeiro. Note-se que profissionais que não foram entrevistados, mas que não se identificam com a instrumentação cirúrgica, têm a opção de não instrumentar, o que redundaria em ausência de isonomia entre os técnicos do setor. Uma das entrevistadas relata sua insatisfação com o exercício da instrumentação

cirúrgica: “Acredito que atuar em videocirurgia não seja minha função e eventualmente atuo como cirurgiã auxiliar.” (ENTREVISTADA 6). Outra faz menção a polivalência muito presente na vida dos profissionais de enfermagem:

Acaba sobrecarregando os que estão. A gente acaba trabalhando mais, entrando mais em cirurgia, ficando muito mais em cirurgias do que deveria pela falta do pessoal. E em uma emergência, hoje mesmo, só tem duas pessoas, na urgência. Se precisasse de alguém na Instrumentação, não ficaria mais ninguém na emergência. E tem também APH¹⁴. E se não tivesse APH hoje? (ENTREVISTADA 3, 2020)

Quando questionados sobre as condições de trabalho no CC, relacionada ao dimensionamento de pessoal, todos os dez entrevistados acreditam que o quantitativo de recursos humanos é insuficiente para realização plena de suas funções. A à sobrecarga de trabalho aparece na fala de nove dos entrevistados que relataram, além da dificuldade de rendição por outro técnico para o almoço, outras necessidades básicas, comprometendo-lhes com frequência a saúde psicológica.

Assim, eu acho que é muito sobrecarregado. Assim, eu acho que seria perfeito se fossem três profissionais em cada sala. Entendeu? E assim, horário de almoço, ser respeitado. Muitas vezes a gente está em uma cirurgia grande e vai almoçar... Eu estou citando exemplos sobre a questão da sobrecarga. As cirurgias começam muito tarde. A questão de material, eu acho que, assim, o plantão anterior já tem que deixar o material todo aqui em cima. Muitas vezes a gente vai pegar a primeira cirurgia e o material não está na sala, os pacientes já estão todos aí, desde cedo, com um frio danado e tal, e os materiais não estão na sala. Eu acho que as cirurgias começam muito tarde e que poderia acontecer mais cedo. E a sobrecarga também, por falta de profissional, o profissional é remanejado e não colocam no lugar, substituição. Saíram vários profissionais daqui do setor e não colocam substituição. É mais a questão da sobrecarga mesmo. (ENTREVISTADA 2, 2020)

Outra entrevistada relata:

Às vezes, eu deixo de fazer um serviço que é destino a mim, porque está faltando um colega e tem que fazer a parte do colega. Então é isso que acontece. E isso deixa a equipe um pouco estressada, a falta de pessoal. Sobrecarrega muito. Muito, muito, muito. (ENTREVISTADA 4, 2020)

De acordo com o Conselho de Enfermagem, o número de profissionais que devem compor uma equipe cirúrgica varia de acordo com o tempo de cirurgia e complexidade da mesma. Isso se deve tanto à necessidade de atender as normas de cirurgia segura, como

¹⁴ APH se refere ao adicional de plantão hospitalar. É uma estratégia para tentar suprir a falta de recursos humanos no setor. É oferecido ao profissional efetivo plantões extras que são pagos em folha após a realização do mesmo.

para preservar a saúde do profissional, evitando assim erros advindos de imprudências e imperícias profissionais, ou até mesmo negligências¹⁵.

Os procedimentos cirúrgicos com mais de quatro horas de duração entre a entrada do paciente em sala e sua saída, devem contar com ao menos dois profissionais. A partir de seis horas de duração, a necessidade aumenta para três profissionais de enfermagem, conforme o COFEN. No entanto pela falta de profissionais, agravada com o término do contrato dos profissionais temporários, essa realidade é bem diferente. Cirurgias com duração de oito horas contam apenas com dois profissionais e outras de menor porte, às vezes apenas com um profissional. Isso leva à exaustão física e insatisfação do profissional, além de contrariar recomendações explícitas do Conselho Federal de Enfermagem.

Nos anos que se seguiram ao último concurso realizado em 2005, com chamada de profissionais até 2010, houve uma diminuição do quadro de profissionais aptos a realizar as funções do CC de forma plena devido ao envelhecimento do quadro de profissionais, afastamentos por adoecimento, morte, aposentadoria e exonerações. As contratações não são equivalentes as perdas progressivas que o setor sofre. Em consequência desse quadro aumenta a insatisfação dos que ainda se encontram em fase produtiva, mas exauridos pela sobrecarga de trabalho. Como mencionado anteriormente, os profissionais contratados, em sua grande maioria, não chegam ao setor preparados para as atividades ali desempenhadas. É necessário tempo até que um técnico adquira autonomia para atuar em cirurgias de grande porte. Este é mais um motivo de sobrecarga aos profissionais mais antigos, visto que além de suas funções, ainda contribuem de forma indispensável no treinamento dos profissionais que são alocados no setor sem capacitação prévia.

Outra prática que se tornou comum, sobretudo no turno noturno, é o remanejamento de pessoal do CC para outros setores. Em alguns plantões específicos, esses profissionais já têm uma escala para suprir a falta de pessoal em outros setores do hospital.

A falta de profissionais não atinge somente o CC. Contudo, as especificidades das funções nele desenvolvidas, não permitem que o contrário seja feito. Ou seja, outros setores não têm, em geral, seus profissionais remanejados para o CC, pois não estão aptos a realizar as funções de circulante de sala e menos ainda a de instrumentação cirúrgica.

¹⁵ Descrevo aqui de forma simplificada o dimensionamento de pessoal preconizado pelo Conselho Federal de Enfermagem, porém este cálculo é feito sob diversas características da cirurgia realizada que aqui não tenho como explicar de forma detalhada. Este resumo é para o entendimento do leitor leigo no assunto.

Essas são alternativas utilizadas pela gerência de enfermagem para o enfrentamento da limitação de trabalhadores afetam a continuidade da assistência de fato humanizada. Mas a reestruturação da gestão do trabalho objetiva maximizar a produtividade do trabalho, ainda que isso não se reflita em um atendimento livre de intercorrências evitáveis.

Essa percepção da saúde como uma cadeia de produção e de trabalhadores generalistas é ao mesmo tempo uma exigência do capitalismo e um enorme retrocesso aos princípios básicos de atenção a saúde.

Os entrevistados referem insatisfação com o gerenciamento do setor em relação a questões como o dimensionamento insuficiente, o que não é uma situação pontual, como também à falta de diálogo com a chefia. Somente dois entrevistados referiram alguma mudança no gerenciamento do setor com a implantação de novas rotinas e maior acesso a diálogos com seus superiores hierárquicos. Mas os demais profissionais ouvidos apontam em comum de que nada ou quase nada mudou e que suas necessidades não são ouvidas. Dois entrevistados acreditam que os instrumentais cirúrgicos estão mais organizados, mas que a chefia exige determinadas habilidades, como para as videocirurgias, para as quais não foram capacitados; um referiu à necessidade de substituição de bisturis elétricos obsoletos. De modo geral, os entrevistados se referiram ao fato de que as insatisfações apontadas estão sendo ouvidas ou que haja um movimento para solucioná-las em algum momento.

4.7 Qualificação e reconhecimento profissional

A qualificação de todos os profissionais que atuam no CC e participaram da pesquisa foi realizada dentro de uma lógica que não coaduna com uma educação politécnica e tão pouco com uma perspectiva emancipadora, como já apontado.

A qualificação formal hoje exigida para o exercício da enfermagem no CC é técnica e aponta para a padronização de atuação, não permitindo que o profissional se desenvolva para além do que foi programado a fazer. Não são considerados seus conhecimentos tácitos e nem mesmo seu desenvolvimento acadêmico.

Nessa perspectiva, duas das entrevistadas relataram que concluir a graduação teve essencialmente o sentido de realização pessoal, pois tem certeza que não será aproveitado o conhecimento adquirido, nem implicará em reconhecimento da instituição, nem mesmo financeiro. (Entrevistadas 2 e 7)

A entrevistada que não concluiu a graduação não vê motivos para voltar a estudar, pois tem convicção que a formação/qualificação não está diretamente ligada à ocupação de cargos mais qualificados, nem trará retorno financeiro.

Não, porque aqui nós não somos aproveitados. Se eu tivesse terminado minha faculdade de Enfermagem, que só faltavam três períodos quando eu tranquei, eu não seria aproveitada como enfermeira, a não ser que eu saísse por contrato, mas não tem outro meio da gente que é concursado para o incentivo de você terminar uma faculdade e fazer uma Pós Graduação, alguma coisa, outros cursos, até de curativos, que seja... Aí acaba que você não pratica, fica meio que obsoleto o curso. Não que, assim, o saber não ocupa espaço, mas se você não praticar você acaba perdendo a mão e fica na gavetinha, não é? (ENTREVISTADA 8, 2020)

Mas isso não quer dizer que não haja o aproveitamento deste profissional, desde que baseado na sua aptidão de realizar várias funções de forma concomitante, configurando polivalência e desvio de função, o que significa aumento da exploração do trabalhador a demérito da valorização deste profissional que revestido de resiliência, aceita condições de trabalho que podem ser piores ainda na iniciativa privada.

Quando questionamos os entrevistados sobre as características que um profissional deve ter para exercer as atividades de técnico de enfermagem em CC, as respostas vieram carregadas de subjetividade, tendo sido mencionados requisitos como amor pelo ser humano; amor pela profissão; empatia; respeito ao ser humano, conforme apontado pela entrevistada:

Tem que ter muito amor. Ela tem que ter, muito, uma visão lógica da coisa, que não é tudo muito bonito. Tem que ter empatia mesmo pelo próximo. Ver que as pessoas lutam pra chegar até ali e o que elas passam dia a dia e às vezes não consegue operar, às vezes não consegue uma consulta. O Técnico de Enfermagem tem que estar ali pra acolher, pra dar uma palavra e pra ajudar, também, além de exercer sua parte de: “Ah, o médico prescreve e você executa”, você também ter o seu apoio pra dar ali pro cliente quando chega, né? Na hora da dor, acho que você tem que tá ali também, ter essa condição de dar uma palavra pra eles, né? (ENTREVISTADA 1, 2020).

Isso demonstra o quanto a enfermagem ainda se encontra ligada a seus processos históricos que valorizam a abnegação, a caridade, a fraternidade que deveriam ser professados pelos profissionais da área. Somente três entrevistados se referiram a requisitos de ordem técnica, como aprimoramento profissional, capacidade para o trabalho em equipe e ética profissional.

Em se tratando de reconhecimento profissional, os entrevistados referem se sentirem respeitados por seus pares, chefia e outros profissionais de maneira geral. Porém, dois deles associaram a falta de diálogo com a chefia ao desrespeito pelos superiores hierárquicos. Dois profissionais explicitaram que se sentem desrespeitados pelos médicos

que atuam no setor e os tratam como empregados, mesmo sem haver legalmente uma relação de subordinação entre as equipes médica e de enfermagem.

Assim, eu, pessoalmente, eu sei que tem, mas eu não sinto muito em relação a mim. Não sei se eu não vejo ou se realmente não tem. Se eu que não sinto ou se realmente não tem esse respeito. A gente sabe que o médico não valoriza, ele acha que somos empregados deles, a gente sente muito isso. Acha que a gente tem que fazer tudo para servir ele, que a gente tem que ser o empregado, o esparro dele, fazer todo o serviço para ele. Enfermagem, às vezes, são coisas que a gente acha que não deveria ser uma cobrança para a gente, especificamente. E a falta de diálogo, nem sempre a gente consegue conversar. Muitas vezes você não consegue conversar com o enfermeiro. Você chega com uma proposta, a pessoa já te corta. A gente percebe que a parte da enfermagem é: “Ah, é assim, pronto e acabou”, já tem aquela opinião e ele não te escuta. (ENTREVISTADA 3, 2020)

No Brasil, há forte relação entre medicina e classe social. O curso de medicina é socialmente visto como uma graduação de elite e de acesso bem restrito. Obviamente essa leitura é demasiado mecânica porque pobres e negros constituam a minoria mínima entre os profissionais médicos. Essa é a base da conformação de uma cultura historicamente constituída que coloca o médico no topo da hierarquia social das profissões. Isso acaba por se refletir no estabelecimento de relações de subalternidade entre médicos e demais trabalhadores da saúde, aí incluídos os demais profissionais com formação superior. Foram inúmeras as vezes em que presenciamos atitudes de menosprezo dirigidas aos profissionais que realizam as tarefas consideradas menos nobres. Trata-se, na verdade, do histórico processo que conformou a sociedade brasileira, profundamente marcado pela herança escravocrata e pelo patriarcalismo, pelo racismo, exclusão social, xenofobia, entre outros processos que não daremos conta de analisar no âmbito dessa dissertação.

Indagados sobre a intenção de continuarem trabalhando como técnicos de enfermagem, os entrevistados afirmaram de forma unanime que sim, mesmo os profissionais que têm graduação fora da área de formação, o que é compartilhado pela entrevistada 2 que atua como enfermeira em outra instituição de saúde. O motivo relatado é a estabilidade profissional adquirida através da efetivação no serviço público, tendo em vista que não há perspectiva de concurso público para outros cargos na enfermagem. Apontaram ainda que os proventos que recebem como técnicos dificilmente seriam iguais e até superados em outra inserção profissional. Mesmo a técnica que atua em outra instituição (entrevistada 2) como enfermeira, relata receber menos como enfermeira (CLT) do que como técnica na esfera federal.

5 Considerações Finais

Esta dissertação teve o propósito de realizar a análise das condições de trabalho dos profissionais técnicos de enfermagem que atuam em CC, sob a perspectiva da reestruturação produtiva impulsionada pelas ideias neoliberais que estão presentes na Reforma do estado, com enfoque no campo da saúde. O estudo faz também uma análise sobre a qualificação ofertada a estes profissionais no contexto capitalista.

Com o intuito de gerar essa discussão, o processo teórico se deu no campo histórico da construção da organização científica do trabalho, de publicações técnicas quanto a atuação do profissional técnico em enfermagem e sua qualificação.

Com este aporte teórico corroboramos a interferência da Reforma do Estado nas políticas públicas de Estado, voltado a diminuição do mesmo e ao processo de mudança para uma perspectiva reguladora e menos protetiva. Desenha-se um processo político e econômico que viabiliza um contexto voltado a mercantilização da saúde e progressiva precarização do trabalho. O hospital no qual se deu o estudo, pudemos identificar que não há exceção a expropriação do trabalho e a progressiva estabilidade da precariedade.

Ao serem realizadas as entrevistas percebe-se que os profissionais estão totalmente inseridos nas perspectivas neoliberais e que não manifestam nenhuma resistência ao avanço de tal magnitude do capitalismo. Durante as entrevistas foi observada a indignação pelas condições de precariedade, pela sobrecarga de trabalho, pela polivalência, mas não se demonstra qualquer tipo de iniciativa a mudança deste contexto. Instituições como os sindicatos não são mencionados como alternativa a organização de classe, pois os mesmos também não conseguem oferecer resistência aos avanços das investidas neoliberais. O enfraquecimento dessas instituições foi progressivo e hoje pouco se consegue oferecer resistência e menos ainda a conquista de uma outra perspectiva aos profissionais de saúde. É observada uma passividade, uma romantização e adesão as características mercadológicas imputadas na área da saúde, identificada na fala dos entrevistados de que profissionais de enfermagem devem ser altruístas, polivalentes e que as novas gerações de trabalhadores devem estar preparadas para enfrentar estas dificuldades e que precisam estar buscando qualificação profissional formal constantemente. A exemplo desse quadro, a enfermagem vem buscando incansavelmente o reconhecimento de suas trinta horas semanais de trabalho e muito pouco foi conquistado. Algumas raras instituições privadas oferecem esta carga horária, mas predominância absoluta de quarenta horas semanais.

A relação com a qualificação dos profissionais técnicos de enfermagem não tem perfil emancipatório e crítico e isso interfere de maneira direta na forma de existir do próprio indivíduo e por consequência de seus descendentes. Portanto é necessário refletir sobre que profissionais estão sendo formados e de que forma esse discurso que coaduna com as ideias neoliberais de atender ao mercado pode ser quebrado, pois a permanência deste sistema só tem a função de atender aos anseios mercadológicos e perpetua a manutenção de cada indivíduo em sua devida classe social.

Essa fala coletiva de que é necessário se qualificar cada vez mais, pois é isso que o mercado exige é emanada de uma amostra de profissionais de maioria absoluta feminina e de origem de classes sociais desfavorecidas. A enfermagem historicamente é entendida como uma atividade caritativa e que era exercida no Brasil por religiosos, porém com o passar do tempo e profissionalização desta atividade as mulheres prevaleceram neste ofício, pois a elas cabia a tarefa de cuidar, principalmente de gestantes, puérperas, recém-nascidos e acamados. Em um contexto de entrada da mulher no mercado de trabalho, porém com a manutenção de uma sociedade patriarcal, podemos considerar que a enfermagem tem arraigados conceitos ligados a caridade e benevolência, dos quais uma educação voltada a manutenção do capitalismo se favorece. É incentivado a resiliência e polivalência como alternativas a manutenção no mercado de trabalho, cada vez mais competitivo e excludente. Mesmo sendo profissionais qualificados, para garantir o mínimo de dignidade a si e aos seus estes profissionais aceitam condições de trabalho cada vez mais expropriantes. Como parte mais fraca dessa relação no campo do trabalho, vence o capitalismo e sua superexploração. Porém o trabalho em CC é muito específico e de exaustividade particular, portanto precisa ser analisada desta forma e não comparada a outra atividade laboral que não exija tanto esforço ergonômico e conhecimento técnico, dentro da própria categoria.

A reestruturação produtiva do setor é evidenciada pela impossibilidade de lidar com o avanço das novas tecnologias para as quais, em geral, não estão preparados para lidar, com o envelhecimento dos profissionais efetivos, progressiva substituição por profissionais mais jovens com vínculos cada vez precários e com o processo de mercantilização da saúde. É um quadro de indignificação dos profissionais que pouco tem o que fazer, pois estão mais ocupados nesse momento em sobreviver a este processo de perda progressiva de direitos e precariedade do trabalho.

Percebe-se que nosso momento político-social não é o mais favorável a mudança deste contexto, porém acredito que em instância local algumas mudanças poderiam

ocorrer, como uma maior inteiração das chefias com os profissionais que estão atuando na ponta, com a adequação do dimensionamento de pessoal, baseado nas recomendações do conselho da categoria profissional e com argumentações plausíveis das condições de trabalho expropriantes. É imprescindível que se ouçam estes profissionais. Porém também se faz mister, mesmo que diante da exaustão da categoria, se perceber como trabalhador dentro de um contexto de progressiva exploração e do contexto sócio-político no qual estão inseridos. Esta consciência é primordial a qualquer mudança que se objetive. As indignações com a situação de trabalho não se transformam em ações quando se identificam falas de conformismo, pois poderíamos estar situação pior (rede privada).

A maioria dos trabalhadores desta instituição ainda é regido pelo regime jurídico único, ou seja, são efetivos, o que lhes permite argumentar por condições menos expropriantes de trabalho com possibilidade quase remota de ser desligado do seu vínculo. É preciso mudar as relações, mesmo que em instância local, através de diálogos e adequações que são possíveis ao gestor da instituição e da categoria. Há anos não se escolhe uma chefia de enfermagem no hospital através de consulta aos profissionais. Existe um revezamento que limita o acesso a outros profissionais que poderiam contribuir e exercer essa função de maneira mais dialógica, tornando os impactos da reestruturação produtiva, da entrada de novas tecnologias e da sobrecarga de trabalho menos indignificantes aos trabalhadores. Essa dissertação busca trazer o percurso dos avanços das ideias neoliberais sobre o setor saúde e mais especificamente sobre os trabalhadores da saúde que atuam no CC, com a perspectiva de provocar uma discussão e posterior pertencimento a esses trabalhadores de suas condições de trabalho e possíveis mudanças, mesmo que ainda distantes do apoio de instituições como os sindicatos que hoje estão deveras enfraquecidos. E também como fonte de acesso as falas desses técnicos as suas chefias, provocando também reflexões quanto a gestão do trabalho destes profissionais.

Proponho também o retorno as reuniões periódicas entre trabalhadores técnicos e chefias que há muito se perdeu, tornando o acesso aos mesmos muito mais difícil, aumentando um perfil hierárquico verticalizado que não contribui com o processo de trabalho.

Referências bibliográficas

ALVES, Giovanni. Dimensões da reestruturação produtiva. Ensaios de sociologia do trabalho. São Paulo, Editora Práxis, 2007.

ALVES, Giovanni. Trabalho e reestruturação produtiva no Brasil neoliberal – Precarização do trabalho e redundância salarial. Ver Katál. Florianópolis, vol 12, n° 2, p.188 – 197, jul/dez 2009.

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, 1998. 33 p. (Cadernos MARE da reforma do estado; c. 13)

Brasil. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Reforma do estado nos anos 90: lógica e mecanismos de controle: MARE, 1997. (Caderno MARE da reforma do estado, v.1)

CAMPELLO, Ana Margarida. Dualidade Educacional. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. In PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Julio César França (orgs).2ed. Rev. ampl. Rio de Janeiro, 2009.

CHINELLI, Filippina. Trabalhadores ou “colaboradores”? Estudo sobre as transformações no treinamento para o trabalho. Tese de doutorado. Universidade Federal Fluminense. Mar. 2008.

CHINELLI, Filippina, VIEIRA, Monica, DELUIZ, Neise. O conceito de qualificação e a formação para o trabalho em saúde. Trabalhadores técnicos em saúde: aspectos da qualificação profissional no SUS. In MAROSINI et al (orgs). incompleta Rio de Janeiro: EPSJV, 2013.

Conselho Regional de Enfermagem de Goiás. Código de Ética e Legislação. Disponível em <http://www.corengo.org.br/wpcontent/uploads/2016/06/Parecern%C2%BA050.2015Instrumentador-Cirurgico.pdf>

Conselho Regional de Enfermagem do Rio de Janeiro. Código de legislação e ética. Rio de Janeiro. 2017.

CORDÃO, Francisco Aparecido. Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação. Parecer CEB 10/2000. Processo n° 23001.000059/2000-00. Brasília, 2000. Ver Manual TCC da Escola

CURY, Carlos Roberto Jamil, Parte I – O ensino médio na perspectiva da educação básica. O ensino médio e a reforma da educação básica. In ZIBAS, Dagmar, AGUIAR, Marcia, BUENO Marias (orgs.). Brasília. Plano Editora, 2002.

DIEESE. A Situação do trabalho no Brasil na primeira década dos anos 2000. Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos. -- São Paulo: 2012.

DRUCK, Graça. Trabalho, Precarização e resistências: novos e velhos desafios? Caderno CRH, Vol 24, p. 37 – 57. Salvador. 2011.

FRANÇA, Julio César. Trabalho e saúde no capitalismo contemporâneo: enfermagem em foco. Helton Saragor de Souza e Áquilas Mendes (orgs.). Rio de Janeiro: DOC Content, 2016, 116 p. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 15 n. 3, p. 951-956, set./dez. 2017 (Refazer nas normas da ABNT). Ver Manual TCC da Escola

GADOTTI, Moacir. Trabalho e educação numa perspectiva emancipatória. Trabalho apresentado no II Fórum Mundial de Educação Profissional e Tecnológica. Democratização, emancipação e sustentabilidade. Florianópolis, SC. 2012.

Deixei de procurar (questão de tempo) “Referências” não citadas no texto. Talvez, quando peço referências à margem, estes textos serviram de apoio às ideias da Mestranda.

GUERRA, Elaine Linhares de Assis. Do fordismo à acumulação flexível: uma análise sobre as mudanças nos papéis dos atores sociais relevantes. Educação Tecnológica, Belo Horizonte, vo l. 5, no.2, 71-75, julho/dezembro, 2000.

GUIMARÃES, Nadya de Araújo. Qualificação como relação social. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. In PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Julio César França (orgs).2ed. Rev. ampl. Rio de Janeiro, 2009.

JERICÓ, Marli de Carvalho, PERROCA, Marcia Galan, PENHA, Vivian Colombo da, Rev. Latino-Am. Enfermagem vol.19 no.5 Ribeirão Preto set./ out. 2011.

JUNIOR, Justino de Sousa. Omnilateralidade. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. In PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Julio César França (orgs).2ed. Rev. ampl. Rio de Janeiro, 2009.

LIMA, Júlio César França, et al. Análise da oferta de educação profissional de nível médio técnico em enfermagem no Brasil. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos em Saúde. Rio de Janeiro, 2002.

LIMA, Júlio César França. Política de saúde e formação dos trabalhadores técnicos de enfermagem. Tese Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2010.

LOPES, Janice de Oliveira e Rachel de Carvalho. Criação e implantação do processo de “Giro de Sala”: relato de experiência. Rev. SOBECC, São Paulo. jul./set. 2014; 19(3): 173-177

MARTINS, Fabiana Zerbieri e DALL’AGNOL, Clarisse Maria. Centro cirúrgico: desafios e estratégias do enfermeiro nas atividades gerenciais. Rev Gaúcha Enferm. 2016 dez;37(4) (Rever a autoria)

MARTINS, Maria Inês Carsalade e MOLINARO, Alex. Reestruturação produtiva e seu impacto nas relações de trabalho nos serviços públicos de saúde no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. [on line], 2013, vol.18, n.6, pp.1667.

MERBY, Emerson Elias e FRANCO, Túlio Batista. Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. In PEREIRA, Isabel Brasil e LIMA, Julio César França (orgs).2ed. Rev. ampl. Rio de Janeiro, 2009.

MEDEIROS. Marília Salles Falci. Abordagem histórica da reestruturação produtiva no Brasil. *Latitude*, vol 3, n°1, p. 55 – 75, 2009

MERLO, Alvaro Roberto Crespo. Trabalho Globalizado. Patologias da Solidão e atenção a saúde mental. In Braga, Ialê et al (orgs). Debates e síntese do seminário O trabalho no mundo contemporâneo: contradições e desafios para a saúde. Mesa 5. A saúde do trabalhador e a saúde do trabalhador da saúde. *Caderno de debates* 5. Ago. 2013

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRU. Rio de Janeiro, 2011.

MINAYO. Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 8° ed. Hucitec. São Paulo. 2004.

MINAYO. Maria Cecília de Souza, org. Teoria, método e criatividade. 7° ed. Vozes. Petrópolis, 1994.

MINAYO. Maria Cecília de Souza, org. Teoria, método e criatividade. 7° ed. Vozes. Petrópolis, 2013.

MINISTÉRIO da Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Formação. Vol1, N°1. Brasília, 2001

MOURA, Dante Henrique, FILHO, Domingos Leite Lima e SILVA, Mônica Ribeiro. Politécnica e formação integrada: confrontos conceituais, projetos políticos e contradições históricas da educação brasileira. 35° Reunião Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação. PE, 2012.

NEPOTE, Maria Helena Aoki, MONTEIRO, Ilza Urbano, HARDY, Ellen. Associação entre os índices operacionais e a taxa de ocupação de um Centro Cirúrgico. *Rev Latino-americana de Enfermagem*. Jul-Ago; 17(4). 2009.

PEREIRA, Luiz Carlos Bresser. A reforma do estado dos anos 90: lógica e mecanismos de controle. *Cadernos MARE da reforma do estado*. Vol 1. Brasília. 1997.

PINTO, Geraldo Augusto. A organização do trabalho no século 20. Taylorismo, Fordismo e Toyotismo. Editora Expressão Popular. São Paulo. 2010.

PIRES, Denise, GELBCKE, Francine Lima e MATOS, Eliane. Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. *Trabalho, Educação e Saúde*, v. 2 n. 2, p. 311-325, 2004

PIRES, Denise. Reestruturação produtiva e consequências para o trabalho em saúde. Rev. bras. enferm. [online]. 2000, vol.53, n.2, pp.251-263. ISSN 0034-7167.

RAMOS, João e COSTA, Maria Adélia. Formação profissional dos técnicos em enfermagem frente a reforma do ensino médio: tecnicista ou poltecnia?. IV Colóquio nacional e I Colóquio internacional: a produção do conhecimento em educação profissional. RN, Jul/2017.

RAMOS, Marise Nogueira. O Trabalho no mundo contemporâneo: fundamentos e desafios para a saúde. Rio de Janeiro. 2016. In Braga, Ialê et al (orgs).

Rede Federal de Educação Profissional, Científica e Tecnológica. Disponível em: <http://redefederal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal>. Acessado em 28/01/2019.

RIBEIRO, Andressa de Freitas. Taylorismo, fordismo e Toyotismo. Lutas sociais, São Paulo, vol 19, n° 35, p. 65 – 79, jul/dez 2015.

SANO, Hironobu e ABRUCIO, Fernando Luiz. Promessas e resultados da nova gestão pública no Brasil: o caso das organizações sociais de saúde em São Paulo. Rev. adm. empres. [online]. 2008, vol.48, n.3, pp.64-80.

SANTOS, Marcia Pereira Alves dos et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. ESTUDOS AVANÇADOS 34 (99), 2020. Pag. 225 – 243.

SILVA, João Roberto de Souza e ASSIS, Silvana Maria Bloscovi . Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do DesenvolvimentoS. São Paulo, Universidade Presbiteriana Mackenze, n.1, p.146-152, 2010,

SHIROMA, Eneida; MORAES, Maria Célia Marcondes de; EVANGELISTA, Olinda. Política educacional.Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

TARTUCE, Gisela Lobo Baptista Pereira. Algumas reflexões sobre a qualificação do trabalho a partir da sociologia francesa do pós-guerra. Educ. Soc., Campinas, vol. 25, n° 87, p. 353-382, maio/ago 2004.

TIEZZI, Sergio. A organização político social do governo Fernando Henrique Cardoso. São Paulo em Perspectiva,18(2): 49-56, 2004.

VIEIRA, Monica e CHINELLI, Filipina. Relação contemporânea entre trabalho, qualificação e reconhecimento: repercussões sobre os trabalhadores técnicos do SUS. Saúde em debate. Revista do Centro Brasileiro de Estudos. Vol. 41. Rio de Janeiro. Jun. 2017.

VIEIRA, Monica el al. Trajetórias educacionais e ocupacionais de trabalhadores do Sistema Único de Saúde, e suas expectativas educacionais. Saúde Debate. Vol 41. N° especial, p. 92 – 103. Jun/2017.

Apêndice I

Roteiro de Entrevista

1. Idade
2. Etnia
3. Gênero
4. Estado civil
5. Renda familiar (contexto socio econômico)
6. Escolaridade atual
7. Você frequentou o ensino fundamental em escola pública, privada ou nas duas? E o ensino médio? Com quantos anos ingressou? Quando concluiu? Era profissionalizante?
8. Com que idade começou a trabalhar? Em quê?
9. Quais atividades laborais você exerceu antes de ser técnico de enfermagem? (Perguntar pela outra profissão se houver)
10. Quando iniciou o trabalho como técnico de enfermagem? Por quê? Como foi o processo seletivo?
11. Trabalhar como técnico de enfermagem é hoje sua atividade principal? (Se não for, perguntar sobre a outra atividade)
12. Quando iniciou seu trabalho como técnico nesta unidade de saúde? Com que vínculo à época? E atualmente?
13. Fale sobre suas condições de trabalho neste hospital.
14. Além do curso técnico de enfermagem o seu trabalho exige que se façam outros cursos? Quais você já fez? Quais deveriam ser ofertados?
15. Quais tecnologias e equipamentos foram incorporados ao serviço desde que começou a trabalhar aqui? Você os reconhece? Você se sente preparado(a) para utilizá-los?
16. Foi oferecido pelo serviço algum tipo de capacitação para utilização dessas tecnologias?
17. Quais as principais mudanças na organização e gerenciamento do trabalho que vocês observaram desde o ingresso até o momento?
18. Você exerce alguma atividade nesta unidade que não seja sua atribuição específica? Quais?
19. Você acredita que o número de profissionais de enfermagem lotados neste setor é o suficiente para realização do trabalho de forma plena? (Se a resposta for negativa inquirir sobre as implicações desse dimensionamento inadequado, no seu processo de trabalho)
20. O que você acha do seu trabalho neste setor? Quais os aspectos positivos e negativos?
21. Pretende continuar trabalhando como técnico de enfermagem em centro cirúrgico?
22. Quais os principais problemas que você enfrenta na sua vida profissional?
23. Quais as características que você acha que um técnico de enfermagem precisa ter atualmente para entrar no mercado de trabalho?
24. Você se sente respeitado e reconhecido por seus pares e pelos outros profissionais que neste setor atuam?

Apêndice II

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezado participante,

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Relações de trabalho e qualificação profissional dos trabalhadores técnicos em enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico: o caso de um hospital federal do município do Rio de Janeiro”, desenvolvida por Patrícia Alves de Oliveira, discente do curso de Mestrado Profissional em Educação Profissional em Saúde, na Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, sob orientação da Professora Dra. Fillipina Chinelli. O objetivo central do estudo é analisar as repercussões da reestruturação produtiva sobre a organização do trabalho e os processos de qualificação dos trabalhadores técnicos em enfermagem que atuam no Centro Cirúrgico de um hospital federal do município do Rio de Janeiro.

O convite a sua participação se deve ao fato de você ser funcionário desta instituição e lotado neste setor a pelo menos 10 anos e exercer ou ter exercido a maior parte do tempo a função de circulante de sala e/ou instrumentador cirúrgico.

Sua participação é voluntária, isto é, ela não é obrigatória, e você têm plena autonomia para decidir se quer ou não participar, bem como retirar sua participação a qualquer momento. Você não será penalizado de nenhuma maneira caso decida não consentir sua participação, ou desistir da mesma. Contudo, ela é muito importante para a execução da pesquisa.

Serão garantidas a confidencialidade e a privacidade das suas informações pessoais, pois qualquer dado que possa identificá-lo será omitido na divulgação dos resultados da pesquisa, e o material será armazenado em local seguro. A qualquer momento, durante a pesquisa, ou posteriormente, você poderá solicitar do pesquisador informações sobre

sua participação e/ou sobre a pesquisa, o que poderá ser feito através dos meios de contato explicitados neste Termo.

A sua participação consistirá em responder perguntas de um roteiro de entrevista, que será gravada pela pesquisadora. O tempo de duração da entrevista é de aproximadamente uma hora. As entrevistas serão transcritas e armazenadas, em arquivos digitais, mas somente terão acesso às mesmas a pesquisadora e sua orientadora. Os resultados serão divulgados em palestras dirigidas ao público participante, artigos científicos e na dissertação.

Serão realizados encontros com os participantes no auditório do hospital no qual são lotados e nos dias de seus plantões, de modo a facilitar a participação de todos, para esclarecer quaisquer dúvidas sobre a pesquisa, sua participação voluntária e possíveis danos que por ventura possam acometer os participantes.

A pesquisa não prevê riscos físicos aos participantes, porém, mesmo de com possibilidade remota, pode ocorrer assédio moral aos participantes. Para impedir que tal situação ocorra, serão tratados de forma sigilosa todas as informações que possam levar a identificação do participante.

A proposta da pesquisa é registrar um tema, até então, inédito nas publicações científicas, mas de grande relevância, pois aborda a reestruturação produtiva em um setor muito relevante no contexto hospitalar, que envolve conhecimento técnico específico e movimenta um grande valor de recursos financeiros. A pesquisa ainda poderá servir como subsídio para gestão e planejamento do setor e da capacitação de sua equipe técnica em saúde.

Este termo será emitido em duas vias, sendo uma destinada ao participante da pesquisa.

O Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio têm o propósito zelar pelo respeito e proteção à dignidade e autonomia dos participantes das pesquisas, em sua dimensão física, moral e social. Esta pesquisa foi

submetida a avaliação de seus membros que corroboraram seus princípios éticos e o direito ao consentimento livre e esclarecido para participação nos estudos, bem como a ponderação entre riscos e benefícios, tendo em vista os referenciais da bioética e da justiça social, dentre outros. Assim como o pesquisador e o orientador da pesquisa, o CEP pode ser contactado em caso de dúvidas sobre o projeto ou sua voluntária participação.

Solicito ao participante que faça uma rubrica ao final de cada página deste termo após atenciosa leitura.

Declaro que entendi os objetivos e condições de minha participação na pesquisa e concordo em participar.

Nome do Participante:

Assinatura do participante da pesquisa

Mestranda Patrícia Alves de Oliveira
Cel.: (21) 99889-0387
e-mail: enfpatricialves@gmail.com

Orientadora Dra Phillipina Chinelli
e-mail: pina.chinelli@gmail.com

Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio
Tel.: (21) 3865.9797
Av. Brasil - 4365 - Manguinhos - Rio de Janeiro - RJ - CEP 21040-360

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio
Av. Brasil - 4365 – Manguinhos - Rio de Janeiro – RJ – CEP.: 21040-360
Tel.: (21) 3865-9710
Fax.: (21) 3865-9729
E-mail: cep.epsjv@fiocruz.br