

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA**

**O CONFLITO NAS RELAÇÕES NO TRABALHO NO CONTEXTO
DA FLEXIBILIZAÇÃO E REFORMA DO ESTADO:
A TERCEIRIZAÇÃO ÀS AVESSAS**

por

ANA LUCIA PEREIRA DE JESUS SANTOS

Dissertação apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública para obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública

Orientadora: Dra. Maria Helena Magalhães de Mendonça

Co-orientadora: Dra. Maria Inês Carsalade Martins

**RIO DE JANEIRO
2007**

BANCA EXAMINADORA DA DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Membros titulares:

Nilson do Rosário Costa

Roberto Passos Nogueira

Membros suplentes:

Célia Regina Pierantoni

“Caminhante não há caminho. O caminho se faz ao caminhar.”

Antonio Machado

AGRADECIMENTOS

À Fundação Oswaldo Cruz e à Escola Nacional de Saúde Pública, que me possibilitaram o acesso à formação *stricto sensu* reconhecida por sua qualidade;

Ao Instituto Fernandes Figueira, que possibilitou a realização desta pesquisa;

As chefias de enfermagem e da enfermagem na Neonatologia, pelo interesse na realização da pesquisa e apoio em sua viabilização;

À equipe que mobilizou seu precioso e limitado tempo para responder aos questionários e estabelecer a troca necessária à conclusão desta pesquisa;

À minha falecida mãe que zelou por minha formação e sempre me incentivou a prosseguir;

Ao meu pai, que me ensinou a “abrir portas”;

Ao Carlos Victor, meu marido, pelo carinho e companheirismo que me incentivaram a prosseguir;

À professora Maria Helena Mendonça, pelo acolhimento desde o início difícil, por sua consistente e habilidosa orientação;

À professora Maria Inês Carsalade Martins, por sua admirável disponibilidade e por ter “iluminado” os caminhos da pesquisa, me fazendo acreditar que eu era capaz de vencer o desafio;

À professora Tânia Celeste Matos Nunes, por ter acreditado em mim;

À Lisabel Klein, pelo respeito e compreensão da necessidade de liberação parcial das funções rotineiras;

À Carla Lourenço Tavares de Andrade, Pamela Lang e Gustavo Soares, pelo precioso auxílio no tratamento estatístico, tradução e revisão final do trabalho;

Aos companheiros de trabalho que me ofereceram suporte nos momentos em que precisei me dedicar ao estudo;

Aos familiares e amigos que demonstraram interesse, apoio ou simples admiração pelo meu trabalho;

A todas as pessoas que contribuíram de alguma forma para que esse trabalho pudesse ser concluído.

SUMÁRIO

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS	7
LISTA DE ILUSTRAÇÕES	8
RESUMO	10
ABSTRACT	11
INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 1 - METODOLOGIA	18
1.1 - Desenho metodológico	18
1.2 - Características do universo estudado	21
1.3 - Técnicas de pesquisa	23
1.4 - Considerações éticas	24
1.5 – O trabalho de campo	24
1.6 - Procedimentos de análise	30
CAPÍTULO 2 – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A FLEXIBILIZAÇÃO DO TRABALHO	31
CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO	58
Relações de Trabalho Conflito e Desigualdades em uma Equipe de Saúde	
3.1 - Caracterização da equipe estuda	58
3.2 - Caracterização das relações de trabalho da equipe estudada	64
3.3 - As desigualdades e o conflito	77
CONCLUSÕES	104
CONSIDERAÇÕES GERAIS	106
ANEXO 1 – ROTEIRO DE ENTREVISTAS EXPLORATÓRIAS	111
ANEXO 2 – QUESTIONÁRIO APLICADO	112
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	114

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS:

ABRASCO – Associação Brasileira de Saúde Coletiva

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

FGTS – Fundo de Garantia por Tempo de Serviço

GF – Grupo focal

IFF – Instituto Fernandes Figueira

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

MARE – Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado

MP – Medida provisória

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONG – Organização não governamental

OPAS – Organização Pan Americana de Saúde

OS – Organização Social

OSCIPS – Organização da Sociedade Civil de Interesse Público

RJU – Regime Jurídico Único

SUS – Sistema Único de Saúde

TAC – Termo de ajustamento de conduta

TCU – Tribunal de contas da União

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Capítulo 1:

Tabela 1 - Tipo de vínculo segundo categoria funcional, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, março 2006.

Tabela 2 - Categoria funcional segundo vínculo e total de participantes na pesquisa, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, julho 2006.

Capítulo 3:

Tabela 3 - Tipo de vínculo por tempo de serviço na instituição, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tabela 4 - Tipo de Vínculo por escolaridade e função, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tabela 5 - Incidência de migração entre vínculos, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tabela 6 - Tipos de migração entre vínculos, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tabela 7 - Tipo de vínculo por função, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tabela 8 - Salário por tipo de vínculo, função, escolaridade e tempo de serviço, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tabela 9 - Benefícios e direitos trabalhistas por faixa salarial, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tabela 10 - Número de cursos realizados por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tabela 11 - Sentimento de valorização pela equipe, pela instituição e pelos pacientes; , Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Gráfico 1 - Tipo de vínculo por tempo de serviço na Instituição, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Gráfico 2 - Composição da equipe estudada por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Gráfico 3 - Número de horas de trabalho semanais por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Gráfico 4 - Incidência de mais de 1 emprego por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Gráfico 5 - Tipo de vínculo por turno de trabalho, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Gráfico 6 - Incidência de férias por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Gráfico 7 - Sentimento de integração por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Gráfico 8 - Participação institucional por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Gráfico 9 - Opinião sobre os processos de trabalho por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Gráfico 10 - Percepção de desigualdades por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

RESUMO

O objeto desta dissertação é a investigação do conflito nas relações no trabalho relacionado à coexistência de distintas formas de vinculação contratual dos profissionais de saúde envolvidos em processos de trabalho com grau de complexidade e responsabilidade semelhantes, em atividades de assistência, em um hospital público federal de referência. Foi fundamental na estruturação da hipótese, a compreensão de que cada uma das categorias contratuais coexistentes - servidores públicos estatutários, prestadores de serviços com vínculos intermediados por empresas de terceirização de serviço, por cooperativas de trabalho, bolsistas, prestadores autônomos ou integrados através de fundações de apoio - possui diferentes graus de proteção social, de fragilidade na vinculação, de estabilidade e significativas diferenças de remuneração.

A pesquisa foi realizada no Instituto Fernandes Figueira, unidade assistencial da Fundação Oswaldo Cruz, tendo sido escolhida como universo a equipe da Unidade de Terapia Intensiva da Neonatologia, em função da existência, naquela equipe, de considerável diversidade de vínculos contratuais, atrelada ao alto grau de incorporação tecnológica. Tais características são representativas da conformação atual do trabalho na saúde. O referencial teórico foi estruturado a partir de categorias de análise identificadas nas entrevistas exploratórias realizadas com alguns gestores da unidade. Essa estruturação permitiu a definição das dimensões econômica, jurídico-normativa, política e social-subjetiva do problema de pesquisa.

A análise dos dados obtidos revelou a conformação de dois distintos grupos, cuja relação é fundamentada pela distribuição desigual de poder e por diferenças no status funcional, pautada no grau de antiguidade e na diferença quanto aos direitos e ao grau de estabilidade funcional. Foi constatada profunda desigualdade no acesso aos benefícios e na garantia dos direitos trabalhistas. A conjunção destes fatores conforma o conflito.

Palavras-chave: Recursos humanos em saúde, Admissão e escalonamento de pessoal, Equipe de enfermagem, Serviços terceirizados, Conflito.

ABSTRACT

This dissertation intends to investigate the conflict in work relations due to the coexistence of distinct forms of contractual bonds of health professionals involved in work processes with similar responsibilities and complexity levels, in assistance activities at a federal reference public hospital. In order to test this hypothesis, it was important to comprehend that each one of the coexistents contractual categories – public employees, services providers with bonds intermediated by outsourcing companies or labor cooperatives, scholarship holders, autonomous providers or those integrated by support foundations – has different levels of social protection, bond fragility and stability, besides significant salary differences.

The research took place at Fernandes Figueira Institute, an Oswaldo Cruz Foundation's assistance unit, and the universe chosen was the Neonatology Intensive Care Unit due to the considered amount of different contractual bonds within its team of workers, linked to the high level of technology incorporation. Such characteristics represent the actual conformation of work on health. The theoretical reference has been structured from categories of analysis identified in the exploratory interviews which were conducted with some of this assistance unit's managers. The structure has allowed the definition of the economic, legal, politics and social and subjective dimensions of the research problem.

The data analysis has revealed the conformation of two distinct groups, taking into account the years spent at the unit, the difference related to labor rights and the level of work stability. The relation between the two groups is fundamented by an unequal distribution of power and differences in work status. It has also been identified a profound inequality in access to benefits as well as in the application of labor laws. The conjunction of these factors conforms the conflict.

Keywords: Health manpower, personnel staffing and scheduling, outsourced services, nursing team, conflict.

INTRODUÇÃO:

Muito se tem discutido sobre os efeitos da flexibilização na conformação do trabalho em saúde. Vertentes antagônicas enfocam ora as perdas representadas pela fragilização do trabalhador frente ao franco processo de precarização das relações de trabalho ora os ganhos em eficiência e economia decorrentes dos novos arranjos funcionais.

Considerando que, a despeito da alta volatilidade do trabalho na economia globalizada que fundamentou o surgimento de formas flexíveis de agregação de trabalhadores, o trabalho em saúde mantém seu caráter de intensiva e crescente utilização de pessoal com perfil especializado e que o trabalho na assistência em saúde pública é submetido às especificidades da regulação desta esfera, é possível supor que a adoção de modelos de flexibilização na incorporação de recursos humanos em saúde exija certa cautela.

A expressão “às avessas” utilizada no título da presente dissertação evidencia a existência de um fenômeno de inversão, de contrariedade. Ao contrário da racionalização, agilidade ou aumento de produtividade propostos pela terceirização, o fenômeno da flexibilização tal como se configurou na assistência à saúde pública, complexificou o processo de gestão do trabalho, intensificando o conflito em algumas equipes de trabalhadores.

Questões relacionadas ao caráter subjetivo da prática da assistência médica, à desejada humanização dos serviços de saúde, aos desafios da capacitação profissional, as falhas no planejamento dos serviços, à descontinuidade em programas assistenciais e nas pesquisas, à deficiente qualidade do atendimento, à rotatividade ou inadequação de pessoal, ao absenteísmo e ao adoecimento funcional podem ocultar reflexos da convivência com modelos inadequados de incorporação de pessoal no processo de trabalho na assistência em saúde pública.

Apesar das pertinentes discussões sobre um possível ganho de eficiência através da remoção do estatuto da estabilidade funcional sinalizarem que trabalhadores com vínculos instáveis tendem a ter maior comprometimento com o trabalho, o quadro que se conformou em função da flexibilização das formas de incorporação de pessoal às atividades não exclusivas de Estado, especialmente na assistência à saúde pública, revela que a terceirização tem sido utilizada como forma de incorporação de pessoal em relações onde a entidade contratada é mera intermediadora de mão de obra e o pessoal contratado é gerido diretamente pelo Estado. O que se percebe, decorridas duas décadas de redução do aparelho estatal, é a caótica convivência de vínculos, estando envolvida nos mesmos

processos de trabalho uma parcela de trabalhadores garantidos pelos direitos adquiridos de estabilidade funcional e outra, ingressa no serviço público por mecanismos muitas vezes precários, integrantes de um processo de contratualização desvirtuado.

Este quadro caótico impinge aos gestores desafio considerável, desde a exposição causada pela fragilidade nos mecanismos de contratação ao gerenciamento do cotidiano conturbado pela ausência de possibilidades de promoção, incentivo e manutenção dos quadros de pessoal e pelas dificuldades na adoção de regras equitativas para o tratamento de trabalhadores com distintos vínculos contratuais.

Parece, portanto, que está colocada a importância de promover a investigação dos efeitos da incorporação de quadros sob as múltiplas formas flexíveis de trabalho e, em última instância, da composição de quadros com alto grau de diversidade de vínculos.

A tarefa de administração de conflitos ocupa parte considerável das agendas dos dirigentes de qualquer organização, mobilizando porções significativas de tempo na tomada de decisões capazes de solucioná-los ou apaziguá-los. Por esta razão, dentre outras, a percepção da existência de graus significativos de conflitos associados à integração paralela de pessoal contratado através de vinculações contratuais diversas pode indicar a necessidade de inserir os processos de contratação não apenas na esfera dos procedimentos de rotina, mas no âmbito das decisões estratégicas, planejadas de incorporação de pessoal. Desta forma, o desafio colocado para os gestores do trabalho incorpora uma nova dimensão. Não é mais suficiente pensar apenas na viabilidade dos mecanismos disponíveis para contratação de pessoal sob a ótica da legalidade, da economicidade, da mera facilidade ou disponibilidade; há que se projetar as conseqüências da incorporação “flexível” de pessoal.

Instituições de saúde pública de todas as esferas administrativas abrigam significativa gama de vínculos contratuais sob os quais os profissionais são integrados aos serviços. Servidores públicos estatutários, empregados públicos, prestadores de serviços com vínculos intermediados por empresas de terceirização de serviço, por cooperativas de trabalho, por institutos, por OSCIPS, prestadores autônomos ou integrados através de fundações de apoio são algumas das categorias de vínculos profissionais coexistentes. O objeto desta pesquisa é a investigação do conflito nas relações no trabalho relacionado à coexistência de distintas formas de vinculação contratual dos profissionais de saúde envolvidos em processos de trabalho com grau de complexidade e responsabilidade semelhantes, em um hospital público. A hipótese é de que a dinâmica de incorporação em

questão seja causadora de conflito nas relações no trabalho e de que estes seriam partes dos efeitos da desregulamentação das relações de trabalho em saúde, no que concerne à formação de equipes de trabalho. É fator fundamental na estruturação da hipótese de existência de conflito resultante desta convivência, a compreensão de que cada personalidade jurídica anteriormente citada possui finalidades e amparo legal distinto e que cada uma das categorias contratuais coexistentes possui diferentes graus de proteção social, de fragilidade na vinculação, de estabilidade e significativas diferenças de remuneração.

Esta diversidade de vinculações pode ser entendida como uma das resultantes da superposição dos fenômenos de reestruturação produtiva provocada pelo aprofundamento da lógica capitalista de busca de lucro nas relações capital-trabalho desde os anos 70 e, mais recentemente, no âmbito do setor público brasileiro, da revisão dos papéis do Estado e do conseqüente impacto da Reforma Gerencial e Administrativa na modificação da composição da força de trabalho, em serviços considerados “não exclusivos de Estado”, dentre os quais esteve englobada a saúde. No entanto, a incorporação das formas flexíveis de trabalho conformadas para atender as demandas e características próprias do processo de globalização da produção – reorganização espacial da produção, oscilação da demanda, especialização, incremento tecnológico, racionalização de recursos e volatilidade – parece ganhar contornos especiais nos serviços de saúde. Tais contornos são delimitados pelas especificidades do processo de trabalho em saúde, quais sejam: a intensidade de utilização de pessoal, a especialização profissional e a conseqüente elevação do custo do trabalho, a pessoalidade na realização dos serviços e a tendência crescente da demanda. Somem-se a estas características, as particularidades do campo de atividades em Ciência e Tecnologia em Saúde, no qual estão inseridos a Fundação Oswaldo Cruz e o Instituto Fernandes Figueira, onde se insere o universo desta pesquisa. Como hospital de ensino, componente de uma instituição de pesquisa, o Instituto Fernandes Figueira realiza assistência à saúde vinculada à atividade de pesquisa e disseminação do conhecimento adquirido. Documento produzido pela Comissão de Ciência e Tecnologia da ABRASCO ⁽¹⁾ ressalta o caráter estratégico da pesquisa em saúde, apontando para a importância da formação de recursos humanos na área e para a dificuldade de fixação institucional de recursos humanos qualificados.

As características mencionadas no parágrafo anterior, somadas à limitação da incorporação de pessoal aos quadros permanentes através da realização de processos seletivos públicos, imposta pela proposta de redução do aparelho estatal atrelada ao movimento de Reforma

do Estado, tornaram especialmente complexa a tarefa de contratação de quadros e o desenvolvimento de equipes adequadas ao trabalho na assistência em saúde pública. A regulação jurídica e administrativa própria da administração pública parece ser inadequada aos novos formatos de contratação. As regras para licitação de serviços profissionais no setor público tendem a priorizar o menor preço, fazendo com que, nos últimos anos, muitos contratos tenham sido ganhos por entidades desprovidas do preparo, estrutura ou habilitação necessária à adequada prestação de serviços terceirizados, o que agrava mais o quadro de inserção profissional.

O quadro que se conforma nos serviços públicos de saúde, sob a equivocada denominação de “terceirização” é ao mesmo tempo resultante e origem de um conjunto de distorções. Considerando que o fenômeno que se configura não é a entrega da gestão dos serviços a uma entidade terceirizada, mas a mera viabilização de contratação de mão de obra cujo trabalho será diretamente subordinado à gestão pela instituição pública contratante, são deturpados simultaneamente, o mecanismo de ingresso ao serviço público e os procedimentos de gestão de contratos de prestação de serviços.

A Constituição de 1988 determina que o ingresso ao serviço público apenas pode ser viabilizado através da aprovação prévia em concurso público, no entanto, a contratação intermediada por entidades prestadoras de serviços não obedece aos critérios de publicização e transparência, permitindo a seleção de profissionais por motivações diversas. O Estado promove processo licitatório para a contratação de serviços, arca com o ônus da taxa de administração cobrada pelas prestadoras, com o custo das provisões para demissões, entre outros, mas não se desobriga das funções administrativas de gestão do pessoal e exerce de maneira frágil a função de gestão do contrato estabelecido.

Em se tratando de serviços prestados por cooperativas, a distorção é ainda maior. Teoricamente, as cooperativas são autogeridas, ou seja, os cooperativados são sócios do negócio, arcando com o ônus da prestação ou não dos serviços que se propuseram a oferecer. Cooperativados não são funcionários e, caso falem ao trabalho em função de adoecimento, maternidade, paternidade ou óbito de familiar, as horas de produção serão descontadas da fatura a ser paga à cooperativa. Ocorre que, de fato, a maioria dos cooperativados atuantes nos hospitais públicos é subordinada diretamente à chefia do serviço e à estrutura hierárquica determinada pelo hospital, o que lhes garantiria acesso a alguns direitos assegurados por um contrato celetista, neste caso, as faltas legais anteriormente mencionadas. Além disso, em caso de contratos para prestação de serviços

altamente especializados, como na área de saúde, principalmente de alta complexidade, o prestador não dispõe de quadros profissionais capazes de atender uma necessidade de reposição de pessoal. Mais do que isso, o prestador de serviços sequer providencia a seleção do pessoal que será empregado na execução do contrato, ficando essa providência, frequentemente, a cargo do hospital contratante.

Tendo em vista a complexidade do quadro com que se defrontam os gestores da saúde e a necessidade urgente de refletir sobre alternativas para a superação do status caótico de incorporação de pessoal nos serviços públicos de saúde, esperou-se obter um conjunto de informações capazes de iluminar as discussões no campo da política e gestão de recursos humanos.

A dissertação que aqui se apresenta é composta por esta introdução que traz o objeto de pesquisa e seu contexto, seguida por quatro capítulos. O capítulo 1 é dedicado à metodologia e nele se expõe os objetivos do estudo, o desenho do projeto desenvolvido, as técnicas de pesquisa empregadas, os cuidados éticos e as características do universo estudado. Ainda relata o trabalho de campo na unidade de Neonatologia no processo de interação pesquisador-informantes resultante da aplicação de instrumentos e de observação. Ao fim discute os procedimentos de análise dos dados obtidos.

O capítulo 2 traz o referencial teórico, em que são descritos os contextos econômico, jurídico-normativo, político e social em que está inserida a questão de pesquisa. Nesta dimensão social são identificadas algumas linhas teóricas sobre o conflito, indicados os reflexos da flexibilização do trabalho na produção de subjetividade na classe trabalhadora, ponderados aspectos do processo de trabalho em saúde e da enfermagem, atores da pesquisa.

Os resultados da pesquisa são apresentados no capítulo 3, onde se caracterizam a equipe de enfermagem da unidade de Neonatologia do IFF estudada, suas relações de trabalho e as desigualdades e formas de conflito que se observaram no seu cotidiano. O material produzido pela investigação é explorado em análise que procurou expor em gráficos e tabelas os dados quantitativos relativos aos questionários aplicados e relacionar os mesmos as representações observadas no campo, cotejados ao referencial teórico desenvolvido. Por fim, as conclusões realçam a fragmentação da equipe estudada e a natureza do conflito observado na interação social dos principais agentes responsáveis pelas ações de saúde na unidade de Neonatologia do IFF. As desigualdades originadas das diferentes formas

contratuais geram outras desigualdades que afetam a coesão da equipe com reflexos no processo de trabalho e na qualidade da assistência.

O capítulo 4 faz considerações gerais acerca dos efeitos que a política de incorporação de pessoal, o planejamento e gestão dos serviços tem sobre a qualidade da assistência, chamando atenção da urgência em discuti-los a luz das peculiaridades do setor público de serviços essenciais à população. Analisa as contradições entre os limites impostos pela política econômica que conduziu a terceirização e as perspectivas que sua superação podem trazer para a redução da precariedade do trabalho, para a retomada de uma política de recursos humanos que considere a organização de carreiras e reduza a evasão ou rotatividade de profissionais qualificados do setor.

CAPÍTULO 1 - METODOLOGIA

O estudo (escrever o título) teve como objetivo principal a análise das relações de trabalho de uma equipe de saúde, em um hospital público de referência, visando verificar a existência de conflitos inerentes à inserção de profissionais a partir de diferentes vínculos contratuais.

Para tal finalidade, foram identificadas algumas etapas que constituíram os objetivos específicos do trabalho. Estes incluíram o • mapeamento dos diferentes vínculos por categoria profissional, no setor estudado e a identificação dos fatores que geram desigualdades nas relações de trabalho através de estudo exploratório com as chefias da Unidade, que apoiaram a definição das categorias analíticas que poderiam expressar o fenômeno a ser estudado e por fim a análise do conflito propriamente dito em sua dimensão subjetiva, através da aplicação de técnicas de pesquisa.

1.1 – DESENHO METODOLÓGICO

A escolha de um hospital público como locus da pesquisa foi justificada pela ocorrência intensiva, neste estabelecimento, da terceirização distorcida descrita na introdução da presente dissertação. Frente ao déficit crescente de pessoal, gerado pela insuficiência do número de vagas concedidas pelo Ministério do Planejamento para a contratação de servidores públicos, a demanda crescente pelos serviços e a necessidade de reposição de pessoal, a entidade necessitou recorrer a formatos “alternativos” de contratação, os quais convivem com a forma tradicional de ingresso no serviço público e suas especificidades. Essa convivência torna-se fonte de conflito e pode apresentar reflexos no cotidiano da prestação de serviços de assistência à saúde pública. O recente debate sobre a humanização dos serviços e sobre a eficiência do atendimento no SUS deve compreender os possíveis reflexos da inadequação dos vínculos contratuais nas relações no trabalho e, em última instância, na qualidade da assistência.

A necessidade de situar o problema, identificar possíveis categorias de análise e variáveis fez com que optássemos pela prévia realização de entrevistas exploratórias com quatro informantes – chaves. Foram entrevistados representantes das chefias de recursos humanos, da diretoria de assistência, do serviço de enfermagem e da pesquisa, utilizando o roteiro disponibilizado no Anexo I.

O conjunto de informações obtidas permitiu identificar percepções diversas sobre as razões e formas de manifestação de conflitos. As falas reuniram elementos que evidenciaram profundas distinções entre as diferentes formas de vinculação contratual ao serviço, além de relatos de dificuldades enfrentadas na gestão do cotidiano, em função destas distinções.

O conjunto de depoimentos obtidos sugeriu também uma gama considerável de categorias de análise e variáveis, envolvendo aspectos gerenciais, jurídicos, relacionais, previdenciários, financeiros e do âmbito da saúde do trabalhador. Esses múltiplos aspectos revelam o conflito resultante da coexistência de diferentes vínculos contratuais na dimensão econômica, política, no âmbito social e da subjetividade. Em um esforço de sistematização, foram agrupados os aspectos citados nas entrevistas, conforme sua inserção em cada uma das seguintes dimensões:

✓ Dimensão econômica: As dificuldades de planejamento da força de trabalho, a diferenciação nas políticas salariais, ou a ausência das mesmas, a qualidade da força de trabalho e o impacto diferenciado da precarização entre as categorias profissionais.

✓ Dimensão jurídico-normativa: A diversidade de contratos, com peculiaridades das cooperativas e das empresas de terceirização com contratos celetistas e a difícil distinção entre a gestão de contratos e a gestão de pessoas.

✓ Dimensão política: Ausência de publicização dos processos seletivos e dos critérios utilizados para a contratação, a precariedade das relações de trabalho, a inexistência de mecanismos formais de participação dos trabalhadores terceirizados nos processos de gestão, a diferenciação na cesta e nos critérios de concessão de benefícios e a desigualdade nos mecanismos e critérios de controle do trabalhador.

✓ Dimensão social e subjetiva: Dificuldade na ascensão funcional, falta de legitimidade para liderar processos, baixa capacidade de participação nos processos decisórios, sentimento de mãos valia e de injustiça, dificuldade de acesso à capacitação e existência de controles e cobranças diferenciados entre funcionários terceirizados e servidores.

É relevante observar que, sob qualquer um dos enfoques, a desigualdade é nitidamente identificada como fator chave propulsor de conflitos. Partindo da análise dos depoimentos obtidos durante as entrevistas exploratórias e considerando a necessidade de recortar uma

das dimensões relacionadas anteriormente, elegeram-se os aspectos sociológicos e subjetivos como foco de investigação.

Foram identificadas as categorias nas quais se inserem as desigualdades que são supostas propulsoras dos conflitos que se pretendia investigar. Distribuição do poder, status, identidade profissional, ascensão funcional/carreira e diferenças nos procedimentos de gestão foram as categorias identificadas às quais corresponderam as variáveis eleitas para a investigação, conforme correlação descrita a seguir:

✓ Distribuição do poder: O Instituto Fernandes Figueira, seguindo o modelo de gestão participativa, com estruturas de representação colegiadas adotado pela Fiocruz, constitui um Conselho Deliberativo que abriga a representação dos diversos setores do hospital. Esta instância promove o amplo debate que antecede e orienta as deliberações da gestão. Nos instrumentos de pesquisa, foram incluídas questões capazes de permitir a identificação da possível distinção nos graus de participação de funcionários vinculados pelo regime jurídico único e pelos demais vínculos nos processos decisórios pautados no poder formalmente estabelecido. Acreditou-se também, que fosse possível a identificação nas falas dos entrevistados, por ocasião do contato direto para aplicação dos questionários, de estruturas de poder informal, periférico, os micro-poderes, que, segundo Michel Foucault, são construídos pelas relações, e determinam parte significativa da dinâmica institucional, articulando-se ou não ao poder central.

✓ Status: Os depoimentos obtidos na etapa exploratória indicaram a existência de clara distinção entre classes ou grupos funcionais – terceirizados e servidores. Considerando que ambas as classes ou grupos de trabalhadores desempenham funções iguais, foram investigadas possíveis distinções no grau de valorização dos trabalhadores e no acesso as oportunidades de desenvolvimento profissional.

✓ Identidade: Considerando o caráter precário dos contratos com cooperativas de trabalho e a insegurança e transitoriedade da vinculação com o serviço, julgou-se pertinente a investigação do possível reflexo desta conjuntura no sentimento de pertencimento dos indivíduos à organização.

✓ Ascensão funcional/carreira: Obtiveram-se informações durante as entrevistas exploratórias de que os contratos terceirizados não contemplam possibilidade de

progressão funcional ou a oferta de capacitação aos profissionais. Uma vez que os servidores públicos estão inseridos em Planos de Carreira, com progressão regular e incentivo à capacitação, buscou-se mapear a distinção entre os diferentes vínculos quanto ao acesso à qualificação ou possibilidades de progressão na carreira.

✓ Diferenças nos procedimentos de gestão: Havia sinalização de que as regras de gestão do cotidiano de trabalho apresentavam diferenças no que diz respeito às exigências ou rigor em relação aos trabalhadores terceirizados e servidores públicos. Aspectos como assiduidade, pontualidade, concessão de licenças, dentre outros, foram identificados como indicadores de legitimidade e reconhecimento ao trabalhador.

1.2. CARACTERÍSTICAS DO UNIVERSO ESTUDADO:

O Instituto Fernandes Figueira foi criado em 1924 e hoje é a unidade materno-infantil da Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), instituição de pesquisa na área de Ciência e Tecnologia em Saúde. Realiza pesquisa, ensino e assistência – principalmente no nível terciário – no âmbito da saúde da criança, da mulher e do adolescente, sendo referência dentro do Sistema Único de Saúde para tratamento de diversas doenças de alta complexidade.

Reconhecido nacional e internacionalmente como centro de excelência, o IFF atua no desenvolvimento tecnológico, extensão, assim como na formação e capacitação de recursos humanos.

As atividades de Assistência realizadas pelo IFF incluem os serviços de Anatomia Patológica, Banco de Leite Humano, Cirurgia Pediátrica, Fisioterapia Motora, Fisioterapia Respiratória, Genética, Ginecologia, Informação e Documentação, Neonatologia, Nutrição, Obstetrícia, Oftalmologia, Patologia Clínica e Pediatria.

Segundo posição de dezembro de 2006 da fita espelho SIAPE e SGA/RH, o Instituto possui 983 funcionários. Este pessoal está distribuído pelas áreas de assistência, ensino, pesquisa, limpeza, manutenção, gestão administrativa, limpeza e manutenção.

O universo do presente estudo é a equipe de enfermagem da Unidade de Terapia Intensiva da Neonatologia. Trata-se de um serviço finalístico, especializado, com elevado grau de incorporação tecnológica e com pessoal qualificado que integra equipes multiprofissionais. A equipe apresenta diversos vínculos contratuais, atributo que a aproxima do modelo de organização do trabalho que se conforma frente aos fenômenos da flexibilização do

trabalho, incremento da tecnologia e redução do aparelho estatal. Além destes aspectos, a equipe tem dimensão adequada ao estudo que se pretendia fazer, com 72 trabalhadores no momento inicial do estudo.

O serviço de Neonatologia compreende a internação em berçário de alto risco, com lotação máxima de 20 leitos, sendo 8 de Unidades de Tratamento Intensivo e 12 de Unidades de Internação e a média de internação de 25 leitos. Na ocasião do primeiro contato com a chefia de enfermagem, a equipe de enfermagem era composta por 2 auxiliares de enfermagem, 18 enfermeiros e 52 técnicos de enfermagem. A interpretação das escalas de plantão de março de 2006, disponibilizadas pela chefia geral da enfermagem, permitiu a identificação dos diferentes vínculos contratuais coexistentes, revelando que dos 18 enfermeiros, 7 era servidores públicos e 11 terceirizados vinculados a cooperativas de trabalho. Dos 52 técnicos de enfermagem, 19 eram servidores públicos e 33 terceirizados vinculados às cooperativas de trabalho. As 2 auxiliares de enfermagem eram servidoras estatutárias; conforme a tabela 1.

Tabela 1 - Tipo de vínculo segundo categoria funcional, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, março 2006.

Tipo de Vínculo	Função			Total
	Auxiliar de Enfermagem	Técnico de Enfermagem	Enfermeiro	
Servidor Público RJU	7	19	2	28
Cooperativado	11	33	0	44
<i>Total</i>	<i>18</i>	<i>52</i>	<i>2</i>	<i>72</i>

Fonte: Chefia geral da enfermagem

A análise de Mapa de Risco⁽³⁶⁾, instrumento de gestão disponibilizado pela chefia geral da enfermagem permitiu a identificação de fatores importantes para a adequada compreensão do universo que seria estudado. Os processos de trabalho prescritos são descritos conforme os tipos de vínculo, que, no referido mapa, compreendem os diferentes regimes de trabalho e respectivas cargas horárias dos enfermeiros. A descrição é distinta para os enfermeiros residentes, plantonistas e diaristas, conforme transcrito a seguir:

“Residentes: início às 7 h e término às 19 h. As residentes trabalham em regime de plantão de 12 h e 12 x 60 h. Às 7h a enfermeira recebe o plantão e a passagem do mesmo é feita

leito a leito. Após a passagem, são realizados os cuidados de enfermagem que incluem higiene, pesagem, verificação de sinais vitais, entre outros. Alguns destes cuidados são realizados a cada 3 h. Apenas a hidratação venosa é preparada no setor, todos os outros medicamentos são preparados pela farmácia, como rotina da instituição.

Plantonista: realiza procedimentos de maior complexidade tais como: aspiração, curativos cirúrgicos e administração de nutrição parenteral total. Confeccionam a escala de serviço, admitem o recém nascido, os pais e orientam, além de supervisionar o trabalho da auxiliar de serviços hospitalares, os residentes, estagiários e os técnicos de enfermagem.(...)

Diarista: idem ao plantonista, além de ser responsável pela administração do setor”⁽³⁶⁾.

O processo de trabalho prescrito para os técnicos de enfermagem inclui a realização da higiene do paciente, checagem de equipamentos quanto ao alarme e funcionamento, registro de cuidados prestados, desinfecção, administração de medicação, verificação de sinais vitais, aspiração de vias aéreas superiores, auxílio a enfermeira na aspiração de tubo traqueal, punção de veias periféricas e alimentação do recém nascido.

O relatório que compõe o mapa de risco apontava para a dissociação entre o trabalho prescrito e o trabalho real, em situações de emergência e modificação da rotina, quando a redução do quadro de funcionários obriga o enfermeiro à realização de tarefas que não seriam de sua responsabilidade. Além deste aspecto, o documento sinalizava a existência de alta rotatividade, em função da falta de perfis profissionais adequados ao trabalho em neonatologia e da instabilidade do vínculo contratual, dos baixos salários e da falta de auxílio transporte.

1.3 TÉCNICAS DE PESQUISA

A aproximação prévia, realizada com intuito exploratório, evidenciou a possível interação de múltiplos fatores contribuindo para a geração de conflitos. Face à necessidade de evidenciar quantitativamente as diferenças que se supunha existir entre os grupos de trabalhadores com distintos vínculos contratuais, foi aplicado questionário estruturado a toda a equipe da enfermagem da neonatologia, reproduzido no Anexo II da presente dissertação. Esse instrumento semi-fechado, com 6 sub-divisões e 46 questões buscou caracterizar a equipe pela identificação de seus membros (sexo, escolaridade e formação

profissional), pela remuneração e benefícios alcançados neste emprego (salário, direitos trabalhistas, creche para os filhos), inserção profissional (vínculo, forma de ingresso, processo seletivo, tempo de serviço, trajetória na Instituição, outros empregos, jornada de trabalho) e pelo exercício profissional. Ainda buscou conhecer a participação institucional dos membros da equipe, seu desenvolvimento e status profissional. As respostas receberam tratamento estatístico, possibilitando a elaboração de tabelas de frequência simples ou cruzamento de variáveis.

1.4. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS:

Considerando que a investigação tem como objeto as relações no trabalho e que a metodologia proposta pressupunha contato direto com os indivíduos, este projeto foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética que aprovou os instrumentos a serem utilizados desde que fosse preservada a identidade pessoal dos participantes. Ficaram assegurados aos indivíduos participantes da pesquisa o acesso prévio ao projeto de pesquisa e o consentimento expresso, ficando os participantes cientes dos riscos e condições de participação na pesquisa.

1.5. O TRABALHO DE CAMPO:

O trabalho de campo exigiu alguns encontros preliminares com as chefias de enfermagem, para preparar aspectos práticos necessários à viabilização da pesquisa e proporcionar a obtenção de elementos básicos para a compreensão da realidade cotidiana da equipe que se pretendia estudar. A primeira reunião com a chefia geral da enfermagem evidenciou o caráter crítico do contexto em que o trabalho teria início.

A Fiocruz realizou, desde 2001, uma gama de movimentos que convergem para a substituição do pessoal em situação de terceirização indesejável, por quadros permanentes, movida pela necessidade de superação das dificuldades impostas pela redução dos quadros funcionais e pela crescente precarização das relações de trabalho. Distintas e complementares preocupações pautaram esses movimentos. Por um lado, a Instituição necessitava adequar sua estrutura ao aumento e complexidade das demandas da sociedade, do Ministério da Saúde e do SUS, na década de 90, período em que as Instituições de Ciência e Tecnologia em Saúde consolidaram-se como suporte técnico-científico,

estratégico para a política nacional de saúde; por outro, responder as ações de vigilância e regulação das relações de trabalho por parte dos órgãos de controle externo.

As últimas auditorias do Tribunal de Contas da União - TCU solicitavam informações sobre os procedimentos adotados pelas instituições para a superação do quadro de terceirização de sua força de trabalho. O Ministério Público do Trabalho vinha realizando, desde o ano 2000, por meio da Procuradoria Regional do Trabalho da 1ª Região/RJ, um conjunto de procedimentos Preparatórios de uma Ação Civil Pública contra a gestão das instituições de saúde no Estado do Rio de Janeiro entre elas a FIOCRUZ, propondo a substituição de trabalhadores terceirizados em áreas finalísticas por servidores públicos aprovados em concurso público.

A Fiocruz, inserida no conjunto das instituições federais com atividades de assistência em saúde buscou se adequar aos Termos de Ajuste de Conduta, TAC(s) firmados pelo governo, estabelecendo intensa interlocução com os Ministérios da Saúde e do Planejamento, Orçamento e Gestão, no sentido de viabilizar a aprovação gradativa de um conjunto de vagas no seu Plano de Carreiras, tendo sido priorizados os postos necessários à substituição de terceirizados em serviços de assistência nos hospitais.

No entanto, o concurso público realizado em 2006 para substituição do pessoal terceirizado em serviços de enfermagem no Instituto Fernandes Figueira não teve o resultado esperado. O índice de aprovação dos contratados foi irrisório – de um total de 106 profissionais da enfermagem em exercício, apenas 6 foram aprovados no concurso. Imediatamente após a conclusão do processo, teve início um movimento de evasão de pessoal, já que os enfermeiros e técnicos não aprovados no concurso e sob iminência da demissão passaram a tentar garantir outros empregos. Além disso, se tornou difícil a captação de novos funcionários frente à iminência de revisão nos contratos e enxugamento dos quadros terceirizados. Esse movimento representou fonte de tensão para os gestores dos serviços e essa tensão era a tônica do momento em que se iniciaram os primeiros passos da pesquisa de campo. A informação obtida da chefia da enfermagem na neonatologia sobre a alteração de vínculos no período decorrido desde as entrevistas exploratórias e a obtenção da escala de plantões, foi relevante. Uma parcela do pessoal com vínculo precário em cooperativas de trabalho, foi transferida para um contrato celetista, passando a integrar os quadros de uma entidade prestadora de serviços terceirizados. Os critérios adotados para a escolha dos

cooperativados que seriam transferidos para o contrato celetista não ficaram absolutamente claros. Ao longo dos encontros com a equipe para aplicação dos questionários, foram recebidas diversas informações sobre a forma de seleção de profissionais que teriam suas carteiras de trabalho assinadas – alguns informaram que o critério foi o desempenho avaliado pela chefia, outros, que foi a antiguidade e outros ainda que teriam sido priorizados os técnicos de enfermagem em função das restrições salariais e do maior grau de necessidade de proteção para esses funcionários.

Frente à preocupação em obter informações precisas e garantir o adequado preenchimento dos questionários, optou-se pela aplicação dos mesmos sob nossa orientação direta. Isso exigiu a permanência prolongada no hospital, a organização dos horários de realização da pesquisa de forma a cobrir todos os turnos, como indicado pela chefe de enfermagem, e a disponibilização de espaço, caso necessário, para aplicação dos questionários. O trabalho do pessoal da enfermagem se concentra nos períodos de 7.00 às 19.00 hs e de 19.00 às 7.00 hs. Foi pontuada também a dificuldade da realização da pesquisa nos horários críticos, em que a equipe fica mobilizada pela troca de plantão e pela realização dos procedimentos de rotina. O número de visitas estimado inicialmente foram 6 para aplicação dos questionários, mas a grande quantidade de intercorrências graves no serviço, a freqüente troca de plantões entre os profissionais e a dificuldade de mobilização das equipes noturnas, com menor número de profissionais, tornaram necessárias 13 visitas.

Ao término do primeiro encontro, foi sugerida pela chefia da enfermagem uma aproximação prévia com a chefia da enfermagem da Neonatologia, de maneira a buscar apoio e envolvimento com o projeto de pesquisa. Houve postura receptiva ao projeto, embora sinalizado o desgaste da equipe com todo o movimento de mudanças já relatado e com a grande demanda por participação em pesquisas. Foi ponderada a preocupação da chefia com a proposta inicial de realização de grupos focais em momento de tensão, já que os profissionais vinham convivendo com a perspectiva de demissão pelos motivos relatados anteriormente. Frente a este fato, propusemos que a realização dos grupos focais fosse discutida após a aplicação dos questionários, o que permitiria maior reflexão e melhor estruturação do trabalho.

Cabe salientar aspectos peculiares do trabalho na neonatologia observados em seu cotidiano e apontados nas conversas informais mantidas com a chefia do setor nos

intervalos de espera para a aplicação dos questionários. De particular relevância foi a apreensão demonstrada em relação à redução da equipe e à crescente dificuldade de captação e fixação de pessoal. Segundo a chefe do Setor, o trabalho em Neonatologia requer profissionais especializados, com experiência, ou o aprendizado em serviço por um prazo mínimo de 6 meses. Considerando as especificidades deste serviço, a perspectiva de descontinuidade de vinculação oferecida pela terceirização precária, através de cooperativas ou empresas prestadoras de serviços, atrelada à recente orientação de extinção dos quadros não concursados, vem representando um gigantesco desafio e fonte de preocupação para quem o gerencia. É extremamente difícil captar pessoal suficientemente qualificado para o trabalho com os salários e condições contratuais oferecidas. É sempre necessário treinar o profissional que chega e, frente à falta de perspectivas de permanência na Instituição, vem se tornando difícil a contratação de profissionais, mesmo sem a experiência necessária. Além destes aspectos, os quadros já treinados, hoje em condições precárias e que não conseguiram aprovação no concurso público, estão se antecipando em busca de novos empregos.

No segundo encontro com a chefia da Neonatologia, obteve-se a relação de funcionários, totalizando 59 profissionais de enfermagem, com por vínculo contratual e função retratada pela tabela 2.

Tabela 2 - Categoria funcional segundo vínculo e total de participantes na pesquisa, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, julho 2006.

Função	Tipo de Vínculo			Total
	Servidor Público RJU	Cooperativado	Terceirizado Celetista	
Auxiliar de Enfermagem				
em exercício	20	28	11	59
Responderam	1	0	0	1
Técnico de Enfermagem				
em exercício	15	18	9	42
Responderam	8	14	7	29
Enfermeiro				
em exercício	5	10	2	17
Responderam	4	5	1	10
Total				
<i>em exercício</i>	<i>20</i>	<i>28</i>	<i>11</i>	<i>59</i>
<i>responderam</i>	<i>13</i>	<i>19</i>	<i>8</i>	<i>40</i>

Dos 59 funcionários relacionados, perderam-se 19 indivíduos durante o período de realização da pesquisa, 3 foram desligados, 4 estavam em licença e 12 não puderam ser incluídos na pesquisa por distintas razões como as seguidas trocas de plantões de alguns, as intercorrências durante o trabalho que impediram a participação de alguns em mais de uma ocasião em que se esteve no hospital ou mesmo uma possível resistência em participar. Ao término da fase de aplicação dos questionários, obtivemos a contribuição de 40 funcionários, representando 67,8% do universo inicial da pesquisa.

De maneira geral, houve postura receptiva ao trabalho de pesquisa. Tal percepção é fruto da inexistência de recusas expressas e da razoável incidência de questionamentos sobre os objetivos da pesquisa que constituíram demonstração de interesse em contribuir. Foi sensível a diferença entre as dinâmicas do trabalho diurno e noturno, notadamente pelo

grau de disponibilidade dos profissionais, o que resultou na necessidade de um maior número de visitas aos plantões noturnos.

Particularmente interessante foi a oportunidade de contato direto com os profissionais durante seu horário de lanche ou descanso e de obtenção, nestes momentos, de informações qualitativas sobre a convivência dos vínculos contratuais no serviço.

A proposta metodológica inicial incluía a realização de grupos focais, mas o alerta da chefia da Neonatologia sobre possíveis dificuldades na mobilização das equipes para realização desta etapa e na condução da discussão, face ao caráter crítico do momento vivenciado, fez com que observássemos com atenção as oportunidades de obtenção de dados qualitativos através das percepções e depoimentos relatados pelos indivíduos no momento da aplicação dos questionários. Além disso, procurou-se identificar, nestas oportunidades, o interesse e a disponibilidade dos profissionais para participação em um grupo focal. Algumas dificuldades, resistências ou recusas foram manifestadas em falas como:

“Precisa mesmo ter esse grupo?”

Funcionário celetista

“Como você vai fazer isso – no horário de trabalho não dá para sair mais de 1 ou 2 ao mesmo tempo. Quando saímos daqui, temos outros trabalhos.”

Cooperativado

“E se acontecer alguma emergência – temos que sair!?”

Servidor público

Além deste aspecto, inicialmente se pretendia obter, através do grupo focal, distintas visões sobre as conseqüências da convivência de vínculos contratuais, reunindo falas de servidores, celetistas e cooperativados. Durante a aplicação dos questionários, ficou clara a separação destes grupos estando os servidores públicos concentrados nos plantões diurnos e os funcionários celetistas e cooperativados nos plantões noturnos. Além disso, as diferenças no grau de segurança e estabilidade no trabalho parecem contribuir para situações potencialmente constrangedoras para o funcionário terceirizado que venha participar de discussões desta natureza com outros funcionários estáveis.

Considerando as dificuldades já sinalizadas inicialmente pela chefia, reiteradas pelos indivíduos entrevistados e constatadas pessoalmente durante a aplicação dos questionários, optou-se pela não realização do grupo focal. As informações qualitativas transcritas na presente tese foram obtidas durante a aplicação dos questionários, em momentos distintos.

1.6. PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE.

As respostas aos questionários foram submetidas a tratamento estatístico, gerando tabelas com frequências simples e cruzamento de dados. A frequência simples foi utilizada para identificar a distribuição dos vínculos contratuais. Para permitir a caracterização do grupo, os dados relativos à faixa etária, gênero, tempo de serviço, função e escolaridade foram cruzados com o tipo de vínculo contratual. As relações de trabalho da equipe estudada foram analisadas a partir dos dados resultantes do cruzamento das informações relativas à forma de ingresso, instrumento de seleção adotado, ocorrência de migração entre diferentes vínculos e carga de trabalho com as diferentes formas de vinculação contratual. Foram analisadas as desigualdades e o conflito nas relações a partir dos dados obtidos pela confrontação dos diferentes vínculos contratuais com a distribuição por turno de trabalho, acesso aos benefícios, remuneração, sentimento de integração, ao grau e forma de participação, à percepção de desigualdade no cotidiano e ao sentimento de valorização nos diferentes grupos. A análise salarial, além de considerar a forma de vinculação contratual, exigiu o cruzamento de outras variáveis: escolaridade, função e carga horária.

Os dados qualitativos obtidos através do registro de depoimentos ao longo da aplicação dos questionários foram organizados nas categorias: identificação, relações de trabalho, desigualdades e conflito. Observando esta lógica, foram inseridos na análise, ilustrando as constatações e oferecendo novos elementos de reflexão.

CAPÍTULO 2 – CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS SOBRE A FLEXIBILIZAÇÃO DO TRABALHO.

A flexibilização do trabalho pode ser compreendida e analisada a partir de múltiplas dimensões complementares e correlacionadas. É fenômeno que resulta da interação de fatores econômicos que a determinam, da conjuntura social e política que a condicionam, dando conformidade a diferentes processos subjetivos no conjunto de trabalhadores que ela gera.

A dimensão econômica da flexibilização do trabalho.

A produção teórica sobre o recente fenômeno da flexibilização do trabalho reúne diferentes visões sobre as razões ou mecanismos que engendram a nova “ordem flexível” do trabalho. Alguns teóricos parecem compreender a flexibilização como forma perversa de desestruturação das formas de trabalho a serviço dos interesses do capital, entre estes estão Antunes e Dal Rosso. Em Antunes ⁽²⁾, encontra-se a afirmativa de que o capital necessita, para sua reprodução, cada vez menos do trabalho estável e cada vez mais das diversificadas formas de trabalho parcial ou terceirizado. Dal Rosso ⁽³⁾ indica que mesmo algumas inovações introduzidas como promessa de humanização do trabalho, a exemplo da flexibilização do tempo de trabalho, se tornaram instrumentos de fortalecimento dos interesses empresariais permitindo o fortalecimento das empresas durante as oscilações do mercado nacional e internacional e variações cíclicas, o atendimento aos compromissos de produção e a redução de custos empresariais.

A linha teórica seguida na presente dissertação converge para o enfoque de autores que abordam a flexibilização como mecanismo de sobrevivência, afirmando que tal mecanismo tem sido associado à reestruturação das empresas e preconizado como uma das exigências necessárias ao aumento da produtividade e à reversão da crise que persegue as economias, no qual se destaca Pochmann ⁽⁴⁾. Sob este prisma, a flexibilização do uso do capital e do trabalho pode ser entendida como medida funcional de resposta ao novo paradigma tecnológico e produtivo, tendo como meta a redução de custos, da ociosidade e dos riscos ampliados pela instabilidade financeira e dos mercados. Pochmann ⁽⁵⁾ salienta, no entanto, que a forma desregulada com que a concorrência intercapitalista se desenvolve impõe ao trabalho situações de forte degradação. Partindo de reflexões sobre a conformação de uma

nova Divisão Internacional do Trabalho¹, a partir da década de 70, cujas bases são delineadas pelo processo de reestruturação empresarial aliado à Revolução Tecnológica e pelo aumento do fluxo internacional de capitais; o autor revela o mecanismo de formação de um multicolonialismo renovado que coloca limites à dinâmica dos bons empregos nos países pobres, o descrevendo a partir dos elementos estruturantes expostos a seguir:

1º Os países capitalistas centrais detêm a geração de bens de informação, comunicação e os serviços de apoio à produção, enquanto os países periféricos e semi-periféricos retêm as atividades com menor produção de valor agregado, da indústria de transformação, que requer utilização intensiva de mão de obra barata, matéria-prima e energia. Nessa nova lógica favorecida pela submissão por parte de vários governos nacionais, grandes corporações transnacionais transplantam para outros territórios parte de sua cadeia produtiva, em busca de oportunidades de lucro.

2º Em concomitância com o movimento de redistribuição global do trabalho, a Revolução Tecnológica e a desestruturação do Sistema Monetário Internacional contribuíram para o fortalecimento da globalização, que corroeu as bases da forma de produção fordista. Surgem novos padrões de gestão da produção, capazes de sustentar o modelo de livre concorrência transnacional e viabilizar a produção em redes de âmbito global. Dentre as inovações que tornaram algumas áreas geográficas mundiais “vencedoras”, Pochmann ⁽⁴⁾ indica a especialização flexível, a desverticalização do processo produtivo, o surgimento de novos paradigmas de administração do trabalho, como o *downsize*, reengenharia e gestão participativa.

3º Agreguem-se a estes novos paradigmas, alguns de seus instrumentos, a técnica de produção “just in time”, que elimina a formação de estoques, a terceirização e a quarteirização. Segundo o autor, competitividade, enxugamento, agilidade e flexibilidade tornaram-se as palavras chaves para a sobrevivência, na lógica do livre mercado.

Carelli⁽⁶⁾ propõe a divisão teórica da flexibilização das formas de produção em interna e externa que resulta no agrupamento de formas de flexibilização interna relacionadas às mudanças nas condições e requisitos do trabalho, sem alteração da relação laboral e formas de flexibilização externa que resultam na diminuição de dificuldades na dispensa de

¹ “Conceito que expressa o grau de assimetria geográfica no uso e no valor auferido pela mão de obra durante fases distintas da economia mundial” in POCHMANN, Márcio – Reestruturação produtiva – perspectivas de

trabalhadores, sendo esta última indicada como a mais desejada pelo capital. A flexibilização externa representa a transposição para o âmbito da mão de obra trabalhadora, da lógica de estoque mínimo preconizada pelo “just in - time”. Tal modelo de flexibilidade introduz uma série de inovações nas formas de trabalho, dentre elas o trabalho à distância, o trabalho em tempo parcial, ou “part-time”, o trabalho repartido, ou “job-sharing” utilizado nos EUA, na Inglaterra, Alemanha, Finlândia e Itália, trabalho por prazo determinado e terceirização, englobando, segundo Carelli ⁽⁶⁾, diversas modalidades e vertentes.

Sana ⁽⁷⁾ analisa a posição do DIEESE sobre o movimento de substituição gradativa da verticalização da produção, própria do padrão de produção fordista e taylorista, atrelado a um contexto de intervenção estatal na garantia do bem-estar social (Estado Keynesiano), a partir dos anos 80, pelo modelo flexível de produção. Dentro deste modelo, algumas estratégias são adotadas para que a empresa esteja apta à sobrevivência e concorrência globalizada, dentre elas a “focalização”. Tal estratégia surge explicitamente associada à terceirização ⁽⁷⁾ e indica, resumidamente, que a empresa deve concentrar seus esforços nas atividades que consistirem seu diferencial e as que estiverem fora de “foco”, a princípio, podem ser terceirizadas.

A terceirização é fruto direto da mudança do paradigma de estruturação da produção ⁽⁶⁾. A “fragmentação sistêmica” das empresas é a modificação mais sentida trazida pela nova organização do trabalho ⁽⁶⁾. Segundo tal concepção, esse fenômeno é a origem da constituição da “empresa-rede”, que centraliza suas atividades-fim e reúne uma série de empresas satélite à sua volta, para a viabilização de atividades das quais decide se desobrigar; gerando o processo de “terceirização” ou “externalização”. Segundo Carelli ⁽⁶⁾ todo o esforço de conceituação do fenômeno da terceirização parece convergir para a noção de repasse de serviços ou atividades especializadas para outras empresas, não para o repasse de trabalhadores ou fornecimento de mão de obra.

Assim adota-se, na presente dissertação, o conceito de terceirização como “processo de gestão pelo qual se repassam algumas atividades para terceiros, com os quais se estabelece uma relação de parceria, ficando a empresa apenas concentrada em tarefas essencialmente ligadas ao negócio em que atua” ⁽⁶⁾ e “procedimentos de gestão que consistem em confiar a

outras empresas tarefas que estão dentro das atividades da empresa principal ou que são acessórias a esta atividade”⁽⁶⁾. O conceito chave para a compreensão da terceirização neste trabalho é que consiste em uma forma de gestão empresarial, uma técnica de administração, não de gestão de pessoal⁽⁶⁾. A compreensão deste conceito é primordial para que se possa vislumbrar as múltiplas dimensões do processo de terceirização e as inúmeras formas que adquiriu ao longo de sua implementação no Brasil, com claras distinções nas esferas pública e privada e nos diferentes setores produtivos.

A reflexão que introduz o presente capítulo indica que a conformação do fenômeno de flexibilização do trabalho é resultante da interação de fatores estruturais ou conjunturais econômicos, sociais e políticos, restringidos, favorecidos ou viabilizados pelo conjunto de leis em vigor. No Brasil, a flexibilização do trabalho é respaldada por sucessivos movimentos de ruptura dos mecanismos de proteção e dos direitos trabalhistas.

A dimensão jurídico-normativa da flexibilização do trabalho no Brasil.

Com enfoques complementares, Pochman⁽⁴⁾ e Cardoso Jr.⁽⁸⁾ analisam os fatores econômicos determinantes da forma frágil e submissa com que o Brasil se inseriu, na década de 90, na nova dinâmica produtiva. Tais fatores estruturais, aliados ao pensamento liberal hegemônico, culminaram por “flexibilizar” direitos trabalhistas adquiridos, em um franco processo de desregulamentação das relações de trabalho na esfera pública e privada cujos marcos estão indicados mais adiante. As reflexões acerca da lógica da desregulamentação e seus marcos, que se seguem, baseiam-se em texto de Cardoso Jr.⁽⁸⁾.

Segundo o autor, a crise do modelo político desenvolvimentista iniciada na década de 70, associada à regressão na produção industrial nos anos 80 e ao alto índice de endividamento do setor público criou condições para que o Estado perdesse o poder de condutor do desenvolvimento. O setor privado movido pela lógica do mercado passa a privilegiar os ganhos no mercado financeiro, em detrimento ao investimento produtivo. Como conseqüências da desarticulação do modelo de desenvolvimento industrial, são identificados fenômenos que indicam a ruptura no padrão de estruturação do mercado de trabalho. Na década de 80 são observadas: a concentração das ocupações urbanas no setor terciário, o aumento nos segmentos pouco estruturados do mercado de trabalho (trabalhadores sem carteira assinada, pequenos empregadores, autônomos e trabalhadores não remunerados), a precarização dos postos de trabalho (perda de direitos sociais,

trabalhistas e previdenciários), a estagnação das remunerações provenientes do trabalho e uma piora na distribuição dos rendimentos entre capital e trabalho e entre trabalhadores. Na década de 90 é observado, com maior nitidez, o aumento dos níveis de desemprego ⁽⁸⁾.

O autor identifica um movimento contraditório na década de 80 que procura aliar a crescente desestruturação do mercado de trabalho a uma tentativa de ampliação da regulamentação do mercado laboral, fruto da redemocratização do país. Tal ampliação se traduz pela adoção de novos direitos sociais e trabalhistas, consolidados na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 7º e pela ratificação, nesta Constituição, de direitos assegurados pela Consolidação das Leis do Trabalho, de 1943.

O antagonismo entre o vetor da estruturação do mercado de trabalho e o de sua regulamentação se intensifica, resultando, segundo Cardoso Jr. ⁽⁸⁾, no aprofundamento da desregulação do trabalho nos anos 90. A desregulamentação do mercado de trabalho é por ele entendida como parte do processo de desregulação colocado em prática pelos governos liberais, tendo sido parte integrante de uma agenda de reformas no Brasil, que envolveu a liberalização comercial e financeira irrestrita, a privatização abrangente das empresas estatais, a reforma tributária atrelada à disciplina fiscal, ao controle de gastos públicos e a reforma do Estado. Ainda segundo o autor, a elevada vulnerabilidade e dependência do país em relação aos recursos financeiros especulativos e à dinâmica do fluxo internacional do capital contribuíram para a aceitação de modelos liberais conservadores, tendo os governos pós 1990 permitido a derrota do modelo desenvolvimentista e apoiado a adoção do modelo de eficiência econômica e competitividade. O Estado liberal se retirou de arenas estratégicas, vendeu seus ativos industriais e de serviços para agentes privados e buscou adequar as atividades fiscal, financeira, administrativa e previdenciária estatal aos parâmetros do mercado, em um processo cujos fundamentos essenciais são mencionados no tópico dedicado à Reforma do Estado e seu instrumento, a Reforma Administrativa e Gerencial.

Em última instância, a desregulamentação das relações de trabalho no Brasil, desde a década de 90, foi uma estratégia apresentada como instrumento para o aumento da competitividade, mas cujos efeitos, na prática, foram a redução do custo do trabalho e a degradação deste. Um conjunto de medidas “flexibilizadoras” modificou as condições de

uso da força de trabalho, de sua remuneração, de sua proteção, assim como em suas estruturas de representação – sindicatos e Justiça do Trabalho.

Cardoso Jr.⁽⁸⁾ identifica os principais marcos jurídicos da desregulamentação do trabalho no setor privado e no público, conforme se segue:

✓ Lei nº 8.949 de 1994, conhecida como Lei das Cooperativas. Declara a inexistência de vínculo empregatício entre cooperativas e seus associados, definindo os direitos próprios desta forma de organização do trabalho. As cooperativas distinguem-se das empresas por partirem do princípio da associação voluntária de profissionais para a oferta de serviços, recebendo tratamento tributário e trabalhista distinto. Os funcionários de uma empresa para a qual são terceirizados serviços da empresa principal possuem vínculo trabalhista com a empresa prestadora de serviços e tem direito as garantias e a proteção inerentes ao contrato de trabalho, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho - CLT. Os associados a uma cooperativa não possuem vínculo trabalhista com esta ou as garantias inerentes a esta condição, são sócios do negócio, dividindo lucros e prejuízos decorrentes das atividades da cooperativa. Não fazem jus, portanto, à cobertura da proteção social atrelada à relação de emprego regulada pelo regime celetista.

Segundo Cardoso Jr.⁽⁸⁾ e outros estudiosos das recentes transformações no mundo do trabalho, as cooperativas tem sido utilizadas com muita frequência como forma de transgressão aos direitos trabalhistas, de flexibilização extrema diretamente associada à precarização das condições e relações de trabalho.

✓ Não adesão do Brasil à Convenção 158 da OIT. Tal convenção estabelece limites ao poder absoluto do empregador para efetuar demissões, as quais ficam atreladas à garantia do direito de defesa do empregado, a tentativa de reversão das dispensas coletivas e ao envolvimento das autoridades locais.

✓ Lei nº 9.601 de 1998, complementada pela MP nº 1.709. A lei regulamenta a contratação por tempo determinado, durante até 24 meses, desde que respeitados limites estabelecidos e mantidos os postos de trabalho existentes, com redução dos encargos incidentes sobre as horas extraordinárias de trabalho por tempo determinado. Além disto, é criado o banco de horas, como instrumento de flexibilização da jornada de trabalho, permitindo que por força de acordo ou convenção coletiva de trabalho, o excedente de trabalho de um dia seja

compensado pela redução em outro, observando limites máximo de horas a serem trabalhadas em um dia e prazo máximo para compensação das horas extras.

A Medida Provisória nº 1.709, além de aumentar o prazo para compensação do banco de horas de 4 meses para 1 ano, regulamentou o trabalho por tempo parcial, permitindo uma jornada de até 25 horas semanais, com redução proporcional de salário e outros direitos.

✓ No setor público brasileiro os regimes de trabalho adotados até o movimento de Reforma do Estado eram: o regime estatutário, com vinculação não contratual regida por legislação específica, sob a forma de estatuto, o Regime Jurídico Único (Lei nº 8.112, de 11/12/90) e o regime especial, com vinculação contratual por tempo determinado por excepcional interesse público, regido pela Lei nº 8.745 de 09 de dezembro de 1993, além dos cargos em comissão, livremente nomeados pelas autoridades. Desde a década de 90, a legislação que regula o trabalho neste setor vem sofrendo alterações cujo principal objetivo é flexibilizar a estabilidade garantida aos servidores públicos, possibilitando o ajuste quantitativo do quadro de pessoal. A MP nº 1.522 de 1997, autoriza a demissão de servidores públicos conforme critérios estabelecidos em regulamento, se for do interesse da administração federal.

✓ A Lei Complementar 96 de 1999 definiu limites para despesas com pessoal na esfera pública, sendo, posteriormente ratificada pela Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000. Por este instrumento, ficam determinadas as possibilidades de demissão de servidores públicos em caso de gastos excessivos.

✓ A Lei nº 9.801 de 1999 regulamentou o artigo 169 da Constituição Federal, prevendo as condições para perda de cargo público e exoneração de servidores estáveis.

✓ A Lei nº 9.849 de 1999 altera diversos artigos da Lei 8.745 que dispunha sobre a contratação por tempo determinado para atender as necessidades de excepcional interesse público, aumentando sua abrangência. Fica ampliado o leque de atividades passíveis deste tipo de contratação, assim como prevista a possibilidade de prorrogação de contratos e recontração de pessoal.

✓ A MP 1.970 de 2000, cria o Programa de Desligamento Voluntário, a redução de jornada de trabalho com remuneração proporcional e a licença sem remuneração para

servidores públicos, em conformidade com as modalidades de flexibilização adotadas no setor privado.

✓ Finalmente, a Lei nº 9.962 de 2000, que determina que os servidores serão contratados pelo regime celetista, regido pela Consolidação das Leis do Trabalho, “naquilo em que a lei não dispuser em contrário”. As principais distinções entre o regime estatutário e o celetista são os direitos atrelados ao estatuto da estabilidade. Sendo regidos por um contrato trabalhista, os empregados públicos gozam, em princípio, de uma menor estabilidade funcional do que os servidores estatutários, embora estes tenham passado por uma redução de seu status de estabilidade devido às restrições de gastos com pessoal impostas pela Lei de Responsabilidade Fiscal em cada esfera da administração pública e as regras de acompanhamento do desempenho individual. Os servidores públicos estatutários possuem, via de regra, estabilidade funcional. Em contrapartida os empregados públicos são sujeitos à demissão, conforme critérios estabelecidos – por falta grave, por acumulação ilegal de cargos, empregos ou funções públicas, por necessidade de redução de despesas ou por desempenho insuficiente. Cabe salientar que o regime de Emprego Público foi criado, mas não está regulamentado.

✓ Em relação à remuneração, algumas medidas introduzem caráter flexível e reduzem a intervenção do Estado nas relações entre capital e trabalho. Dentre elas, a edição da MP nº 794 de 1994, que garante aos trabalhadores a participação nos lucros e resultados da empresa desvinculada da remuneração, para fins de cálculo de encargos sociais.

✓ No que tange às estruturas de representação dos trabalhadores, verifica-se neste período o enfraquecimento dos sindicatos em função da fragmentação da classe trabalhadora e desregulamentação de alguns de seus direitos.

✓ O Projeto de Lei nº 1.802 de 1996 impõe sanções aos sindicatos em caso de desobediência à decisão judicial contrária à greve, intimidando sua ação.

✓ O Decreto nº 2.066 de 1996 impõe limites à capacidade de mobilização sindical de servidores públicos, diminuindo o número de licenças concedidas a eles para o cumprimento de mandado em confederações, federações e associações.

Cardoso Jr.⁽⁸⁾ aponta a hipótese de que a forma como o processo de desregulamentação do mercado de trabalho vem sendo conduzido, por meio de medidas provisórias, emendas constitucionais, portarias e decretos, pode traduzir estratégia deliberada do governo federal associado a grupos empresariais e ao sindicalismo de resultados, para garantir menor resistência política. O mesmo fenômeno, analisado na esfera pública, recebe diferente enfoque em Pierantoni⁽⁹⁾, sobre o processo de implementação das reformas no setor saúde. A autora relaciona a edição de sucessivas Medidas Provisórias a um processo de distanciamento entre o poder executivo e o legislativo, acentuando o poder discricionário do Estado e restringindo, com isso, os mecanismos de controle sobre suas ações.

Falou-se anteriormente sobre algumas “formas flexíveis de trabalho” e sobre a estratégia de flexibilização do aparato que regulamenta as relações de trabalho no Brasil e permite a adoção destas nas esferas pública e privada. Além destas formas, ou para viabilizar a sua adoção, a Reforma do Estado brasileiro, sobre a qual falaremos mais adiante, previu mecanismos de apoio à estratégia de flexibilização, aumento de eficiência e redução de custos preconizados por aquela proposta. Alguns destes mecanismos, ou formas de flexibilização administrativa afetam a definição jurídica das entidades de direito público (Rosário, Ribeiro e Silva)⁽¹⁰⁾. Segundo os autores, dentre as formas de administração alternativas ao direito público, especialmente na área da saúde pública, estão:

- ✓ “Fundações de apoio: definidas como entidades privadas conveniadas, instauradas pelas direções das organizações públicas para permitir agilização na gestão de receitas complementares à dotação pública; aquisição e alienação de bens e patrimônio; remuneração complementar de funcionários e profissionais da administração regidos pelo RJU; contratação de recursos humanos; introdução de incentivos; implementação de obras e ampliação de infra-estrutura, etc.;

- ✓ Cooperativas de profissionais médicos: arranjos legalmente instituídos e que freqüentemente vendem serviços à rede pública. Os gestores do SUS (estados e municípios) recorrem a esta modalidade, simples ou combinada, para suprir deficiências em alguns setores, como no caso da compra de serviços de anestesistas, de serviços de plantonistas médicos em finais de semana. Exemplos destes modelos são as cooperativas instituídas pela Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para a prestação de serviços médicos e de enfermagem no Hospital Lourenço Jorge e pela Secretaria Estadual

de Saúde do Rio de Janeiro. Por este meio era combinada a remuneração do regime estatutário e a complementação salarial por cooperativa, para oferecer serviços no hospital da Posse em Nova Iguaçu. Na cidade de São Paulo foi desenvolvida modalidade singular de cooperativa para a gestão de sistema local e oferta de serviços, implementada pela prefeitura municipal pelo Plano de Assistência Médica (PAS).

✓ Organizações sociais: entidades jurídicas formalizadas pelo projeto de Reforma da Administração Pública do governo federal de 1995 que inova a administração pública ao definir as organizações sociais como entes públicos não estatais criados para absorver atividades estatais “publicizáveis”, isto é, retiradas da administração direta e administrar bens e equipamentos do Estado. São constituídas por associação civil sem fins lucrativos para a execução de atividades de interesse público, mas não de competência exclusiva do Estado, no ensino, na pesquisa científica e desenvolvimento tecnológico, proteção e preservação do meio ambiente, cultura e saúde”⁽¹⁰⁾.

Além destas figuras, outras entidades do terceiro setor também tem sido utilizadas como mecanismos de flexibilização das formas de contratação de pessoal para os serviços públicos de saúde, especialmente:

✓ ONGs: Apesar de não possuírem identidade jurídica no Brasil, são entidades com reconhecimento de cunho cultural, político e sociológico . As ONGs no Brasil, em linhas gerais, concentram suas atividades em torno de objetivos de promoção de apoio à cooperativas, grupos de produção e geração de renda e comunidades ou de ações políticas de apoio ao desenvolvimento da cidadania e fortalecimento de grupos comunitários sendo, em grande parte, apoiadas por agências não governamentais estrangeiras. No Brasil, depois da Constituição de 88 e, principalmente, do processo de Reforma do Estado, percebeu-se um significativo aumento no número de ONGs e o fortalecimento da interlocução entre o Estado e a sociedade civil. Apesar de não se referir especificamente às ONG’s, o processo de publicização, ou seja, transferência de serviços não-exclusivos para o setor público não estatal, mostra a intenção do Estado de reduzir parte de suas atribuições, o que, possivelmente, abre um campo de atuação para as ONG’s (Ckagnazaroff, Portugal, Mota)⁽¹¹⁾.

✓ OSCIPs – Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público. Entidades sem fins lucrativos, que devem estar voltadas para o alcance de objetivos sociais que tenham pelo

menos uma das finalidades previstas no art. 3º da Lei 9.790/99, citadas em Ferrarezi e Rezende(12).

Observe-se que a proposta que originou os mecanismos de flexibilização administrativa relacionados anteriormente previa a entrega de serviços públicos a estes organismos, mediante contrato de gestão ou termo de compromisso, o que não se completou. Frente à necessidade de manutenção dos serviços em funcionamento ou a pouca experiência do Estado na gestão de contratos e no planejamento, o que se verificou foi a apropriação dos novos mecanismos flexíveis pela administração pública de maneira a complementar as estruturas vigentes que lutam pela sobrevivência no contexto de desmantelamento do Estado. Assim, são poucos os casos de opção pelos mecanismos flexíveis pautados na reflexão sobre os ganhos de eficiência ou economia. As novas personalidades são criadas para apoiar ou viabilizar aquilo que a máquina pública não mais está apta a fazer, por falta de estrutura. Seguindo esta lógica, os mecanismos de flexibilização administrativa caracterizados neste tópico, atuam como “fornecedores” de recursos administrativos diversos, dentre eles, a mão de obra.

O estudo de Teixeira ⁽¹³⁾ sobre as experiências dos hospitais municipais Lourenço Jorge e Salgado Filho, no Rio de Janeiro, relata como a implantação de cooperativas de saúde viabilizou novos desenhos de gestão do serviço público de assistência à saúde, representando naqueles hospitais, segundo a avaliação de alguns gestores, ganhos de produtividade e melhoria nos indicadores de atendimento. Cabe ressaltar, no entanto, que a adoção do trabalho cooperativado nas unidades mencionadas respondeu à necessidade de adequação no modelo de gestão, não sendo restrita à necessidade de reposição de pessoal ou de preenchimento de postos vagos, descolada de uma proposta de mudança. Ainda assim, o estudo apresenta diversos registros de insatisfação de trabalhadores (médicos) com o sistema cooperativado, em função da ausência de proteção social e de mecanismos participativos na gestão das cooperativas.

A dimensão política da flexibilização do trabalho no Brasil.

Compreender a conformação do fenômeno de flexibilização das formas de trabalho no setor público brasileiro pressupõe o conhecimento da lógica introduzida pela Reforma do Estado na década de 90 e especialmente pela Reforma administrativa e gerencial de 1995, implementada pelo governo federal tendo como objetivos centrais a delimitação do

tamanho do Estado, a definição de seu papel regulador, a recuperação da governança ou da capacidade econômica e administrativa para implementar as decisões políticas tomadas pelo governo e o aumento da governabilidade ou da capacidade política do governo para intermediar interesses, garantir legitimidade e governar (Molinari) ⁽¹⁴⁾. Segundo o disposto em publicação do Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado (MARE) ⁽¹⁵⁾, as propostas da Reforma do Estado, traduzidas em diretrizes para uma nova política de recursos humanos, acarretaram profundas mudanças na composição da força de trabalho no setor.

Para a presente análise, será destacado o setor saúde, agregado no processo de redefinição do papel do Estado ao grupo de atividades não exclusivas, que não envolvem o exercício do poder de Estado, mas que devem ser por este subsidiadas, seja porque envolvem os direitos humanos fundamentais ou porque produzem ganhos econômicos importantes e estratégicos. Tal grupo, englobando as áreas da saúde, educação, cultura e pesquisa científica, segundo a proposta da Reforma, teria suas atividades transferidas para o setor público não estatal, mediante publicização, sendo introduzida a figura das Organizações Sociais (OS). Segundo tal orientação, os profissionais contratados pelas OS's seriam administrados segundo as regras vigentes para o setor privado, não sendo funcionários públicos.

A Reforma introduz, também, a restrição da contratação de servidores públicos, integrantes de carreiras de Estado, apenas para a realização de atividades exclusivas de Estado relacionadas com a formulação, controle, avaliação de políticas públicas e atividades que pressupõe o poder do Estado. Ainda segundo as diretrizes do MARE, as atividades auxiliares como manutenção, segurança e atividades de apoio diversas deveriam ser transferidas para entidades privadas, por meio de contratos de terceirização.

A Reforma rompe com a lógica de afastamento entre o público e o privado e introduz no setor público o conceito de flexibilidade. Reflexos desta introdução são as mudanças na Constituição Federal, agregadas pela Emenda Constitucional nº 19/98. A “quebra do Regime Jurídico Único”, com a permissão da contratação pelas instituições públicas, de pessoal regido pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a introdução de mecanismos de redução e regulação do estatuto da estabilidade do servidor público e a criação do

dispositivo do contrato de gestão, com atributos de autonomia gerencial, já referidos anteriormente, são algumas das evidências desta “tendência flexibilizadora”.

Duas ondas de reformas no setor saúde são identificadas por Costa, Ribeiro e Silva ⁽¹⁰⁾. A primeira preconiza o aumento da eficiência e do controle sobre os gastos, mas encontra resistências impostas pelos mecanismos rígidos de gestão. Esse primeiro momento teve enfoque macro-econômico, gerando efeitos mais sensíveis sobre a “indústria da saúde”. A segunda onda de reformas introduziu mudanças no nível micro-econômico, definindo mecanismos de incentivo à competitividade, à responsabilização, à flexibilização das relações de trabalho e à adesão aos contratos de gestão para a prestação de serviços específicos. Por essa análise, conclui-se que a reforma no setor saúde não foi abrangente, sistêmica, outrossim transcorreu por mecanismos de difusão de novos instrumentos administrativos, sendo implementada de forma fragmentada, com diferentes soluções locais e com caráter experimental ⁽¹⁰⁾.

No que concerne à área de recursos humanos, o conjunto de mudanças introduzidas pela definição constitucional do Sistema Único de Saúde e pela definição macro política da Reforma do Estado resultou em um composto contraditório de inovação na produção intelectual e conservadorismo, pela baixa capacidade de implementação das ações de transformação do sistema de saúde focadas na área ⁽⁹⁾. É particularmente interessante a reflexão sobre a existência de um expressivo conjunto de conflitos fundamentais revelados pelo confronto entre os componentes teórico- conceituais e político-ideológicos do projeto de reforma com as restrições e condicionantes à implementação de políticas públicas ⁽⁹⁾.

Tais conflitos estariam expressos também pela existência de diferentes sistemas de formulação de políticas de recursos humanos, com dinâmicas próprias, estando inseridos dentre estes sistemas a administração centralizada com políticas ampliadas para recursos humanos e o aparato jurídico-legal que sustenta as relações de trabalho. Pode-se supor que a dificuldade na implementação de modelos flexíveis de gestão de recursos humanos na saúde pública seja fruto, ao menos em parte, destes conflitos fundamentais.

A gama de conformações adquiridas pela flexibilidade é relatada por Pierantoni ⁽⁹⁾, traduzida, segundo ela, pelo redesenho da relação público privada na área da saúde pública, com conseqüências para a questão de recursos humanos. Alguns destes novos “arranjos flexíveis” apontados são as organizações sociais, fundações e organizações sociais de

interesse público resultantes de modificações na estrutura jurídico - administrativa de unidades prestadoras de serviços de saúde, conjugadas à terceirização de alguns conjuntos de atividades nestas unidades e à contratação de prestadores individualizados, com inúmeras modalidades de vinculação aos serviços públicos de saúde.

Constatada a baixa efetividade do modelo delineado pela figura do contrato de gestão, que configuraria as Organizações Sociais (OS), em função da dificuldade em sua implementação ⁽¹⁴⁾, verifica-se, quase uma década depois da implementação dos mecanismos fundamentais da Reforma do Estado, um quadro caótico de coexistência de diversas lógicas de incorporação e vinculação contratual de profissionais aos serviços de saúde pública.

Segundo Nogueira ⁽¹⁶⁾, as formas de terceirização adotadas pelo SUS são: a) terceirização de serviços clínicos por meio de empresas privadas; b) terceirização via cooperativas gerenciais e cooperativas de trabalho; c) triangulação por intermédio de fundação de apoio vinculada ao Estado e outras entidades; d) criação de entidades privadas não-lucrativas para gestão de consórcios municipais; e) uso indiscriminado de contratos temporários (contratos administrativos); f) contratação de pessoal permanente mediante mecanismos precários, tais como “bolsa de trabalho”; g) contrato de gestão com Organizações Sociais e h) convênios com Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (Oscips) ⁽¹⁶⁾. Cabe a observação de que outros estudos indicam que estas duas últimas modalidades não são mecanismos de contratação de pessoal, mas formas de gestão.

Outro importante conceito para a adequada compreensão do potencial gerador de conflito inserido no fenômeno da coexistência de vínculos como resultante da incorporação desordenada das formas flexíveis de trabalho na saúde pública, é o da precarização. Parece existir uma convergência da produção teórica sobre o fenômeno da precarização do trabalho no sentido de identificá-lo como efeito perverso da flexibilização do trabalho ou mesmo mecanismo para sua viabilização. Esse efeito é identificado como a perda do acesso ou da garantia de proteção social aos trabalhadores, resultante processo de diluição dos obstáculos constituídos pela luta de classe à voracidade do capital no decorrer do século XX dotado de um sentido de perda de direitos acumulados no decorrer de anos pelas mais diversas categorias de assalariados (Alves) ⁽¹⁷⁾. Segundo tal concepção, a precarização é tão-somente a explicitação da precariedade como condição ontológica da força de trabalho

como mercadoria. Sua natureza é complexa, desigual e combinada e pressupõe a desestruturação, a perda de direitos anteriormente adquiridos.

A precarização não está relacionada aos trabalhadores proletários que sempre viveram à margem da seguridade social constituída no século XX, uma vez que para esse contingente de miseráveis, a precariedade estrutural se impõe sobre a própria suposição de que possam estar sendo precarizados. Ela atinge o núcleo organizado do mundo do trabalho, aqueles que constituíram alguma forma de controle sobre suas condições de existência através de mediações jurídico-políticas e que se tornaram sujeitos de direitos, efetivos e de fato, e que hoje são flexibilizados ou usurpados pelo poder do mercado e do capital em processo ⁽¹⁷⁾.

Recentes estudos sobre a precarização do trabalho no SUS indicam a correlação entre precariedade do trabalho e o grau de proteção legal, em termos de obediência a direitos sociais e trabalhistas, ou com o grau de estabilidade ou continuidade da relação de trabalho. Ao déficit de proteção social como fator de precariedade, soma-se o entendimento da precariedade do trabalho no âmbito da administração pública como decorrente de atos administrativos que contrariem o princípio da legalidade (Nogueira, Baraldi, Rodrigues) ⁽¹⁸⁾. Estão inseridas neste conjunto as contratações sem realização de concurso público e a contratação de trabalho com características de pessoalidade e subordinação por intermédio de empresas de locação de mão de obra. No Brasil, nos serviços públicos de saúde, na maioria dos casos, os contratos firmados para prestação da assistência não são contratos de terceirização.

Uma das formas de que se revestiu o processo de terceirização, em todas as esferas, e talvez a mais deturpada delas, é a intermediação de mão de obra. Tal fenômeno ao mesmo tempo traduz e induz a precarização introduzida pelas novas formas flexíveis de trabalho. A intermediação ocorre quando uma empresa que tenha como atividade fim a terceirização, (o que constitui distorção na aplicação da terceirização) disponibiliza à outra empresa, mediante contrato lucrativo, mão de obra para realização de serviços, possuindo a relação de trabalho características de subordinação à empresa contratante. Nesse processo, a terceirização é desvirtuada, transformando-se em recurso ou mecanismo de incorporação flexível e econômica de pessoal, sob a ótica da empresa contratante do trabalho intermediado e em atividade de locação de força de trabalho, pela da empresa intermediadora, em troca de ganhos financeiros. É esse o fenômeno que permeia muitas

terceirizações no setor público de saúde, visto que muitas vezes a contratação de empresas ou cooperativas prestadoras de serviço não constitui, neste setor, estratégia de focalização, racionalização, sequer de gestão. A terceirização na saúde pública, na maioria das vezes, não está alinhada a uma mudança na forma de gestão do trabalho, mas à dificuldade de incorporação de pessoal em função do “enxugamento” da máquina administrativa do Estado e dos limites impostos pela Lei de Responsabilidade Fiscal.

Congregando uma gama de diferentes mecanismos de inserção e vinculação de pessoal, o trabalho em assistência a saúde pública, posterior à adoção de medidas de flexibilização, traduz a dicotomia entre grupos que gozam ou não dos direitos de proteção social, de estabilidade ou não no vínculo empregatício, de maior ou menor grau de autonomia na relação com o trabalho ou de exposição às decisões gerenciais quanto à redução, a adequação, ao aumento do número de postos de trabalho ou as alterações na política remuneratória. Em documento elaborado para subsidiar discussões sobre estratégias para a força de trabalho mundial em saúde, Nogueira e Santana ⁽¹⁹⁾ propõem a classificação dos trabalhadores em duas categorias: típicos, que gozam de proteção trabalhista e os atípicos, que estão excluídos dos benefícios decorrentes dos direitos sociais de cidadania. É relevante, para a compreensão do grau de complexidade do fenômeno com que estaremos lidando, o registro, no referido documento, do efeito atrativo de quadros profissionais médicos especializados, em função dos arranjos flexíveis, muitas vezes precários, mas com ganhos salariais mais elevados do que os oferecidos aos profissionais inseridos pelos vínculos regulares. É delineada, pelos dois enfoques citados, a existência de interesses opostos em relação à manutenção do status de flexibilização e precarização do trabalho em saúde: De um lado, os grupos de trabalhadores que se ressentem da falta de horizontes que acenam para a regularização de seu vínculo laboral, de outro os profissionais para os quais a flexibilização representa oportunidade de ganhos financeiros superiores aos conferidos aos funcionários públicos, mesmo que sob formas precárias de vinculação. Percebe-se em um extremo a adoção de alternativas indesejadas de incorporação de quadros por contratos flexíveis de trabalho, mas necessárias à manutenção dos serviços em funcionamento, no outro, a individualização da gestão do trabalho, através da abertura de possibilidades de negociação individual.

A tendência de substituição da gestão coletiva do trabalho à base de situações estáveis de emprego por uma dinâmica fluida e individualizada é sinalizada por Castel ⁽²⁰⁾ instituindo

uma dinâmica profunda de descoletivização, de reindividualização e de insegurização. As disparidades intracategoriais que supomos existir no universo objeto desta pesquisa podem acarretar o que Castel ⁽²⁰⁾ chama de “concorrência entre iguais”. “Em vez de unir todos os membros de uma mesma categoria em torno de objetivos comuns que beneficiarão o conjunto do grupo, cada um é levado a colocar em evidência sua diferença para manter ou melhorar sua própria condição” ⁽²⁰⁾. Tal reflexão sinaliza alguns traços da subjetividade produzida por indivíduos e grupos de trabalhadores no contexto da flexibilização das formas de trabalho.

A dimensão social da flexibilização do trabalho – subjetividade produzida e conflito.

Até aqui, relacionou-se algumas características e relações objetivas próprias da flexibilização do trabalho. Considerando que o constructo das relações sociais deriva tanto de aspectos objetivos quanto da subjetividade que permeia os processos de interação social (Novo) ⁽²¹⁾, entende-se pertinente a introdução de elementos capazes de iluminar aspectos subjetivos emergentes no contexto das relações de trabalho instáveis e flexíveis.

O trabalho é produtor e condicionador da subjetividade e, como tal, se relaciona com a identidade, a realização existencial, a vivência da utilidade social e a integração a um grupo ⁽²¹⁾. Segundo Novo ⁽²¹⁾, a subjetividade produzida nas sociedades pós-industriais, em uma economia globalizada, caracterizada pela volatilidade dos mercados e pela conseqüente flexibilização do contrato de trabalho, dos direitos trabalhistas, pela instabilidade, economicidade e concorrência, impõe aos indivíduos o binômio exclusão x inclusão, que passa a permear sua existência. “A flexibilização do trabalho e as diferentes formas de precarização impactam a própria identidade e representação das classes trabalhadoras, o que é visível no marco de uma forte contração e fragmentação dos coletivos de trabalho, produto, entre outros fatores, de práticas de subcontratação e de terceirização que dividem cada vez mais os trabalhadores e potencializam o declínio dos sindicatos” ⁽²¹⁾.

Tal status quo influi na subjetividade dos trabalhadores moldando um novo modo de vida, instável e inseguro. Considerando que as relações no trabalho são frutos da interação entre indivíduos e o contexto que os cerca, é compreensível supor que o incômodo e instabilidade próprios na nova ordem, atrelados ao desejo de pertencimento e de

preservação da identidade possam produzir tensão entre indivíduos, entre estes e as organizações ou o poder público, entre empregados e direção.

Outra abordagem para o mesmo problema indica que a precariedade dos vínculos na relação de trabalho atrelada à flexibilização impede que aconteça o reconhecimento da pessoa pelo trabalho realizado (Zeligmann) ⁽²²⁾. Segundo a autora, a vivência da instabilidade e da incerteza em relação ao futuro reduz o comprometimento do trabalhador. Sob este ponto de vista, a idéia de que a instabilidade atua como estímulo ao bom desempenho é falsa. Segundo Zeligmann ⁽²²⁾, o empregado pressionado pela insegurança de manutenção de seu emprego faz de conta estar comprometido, gerando conflito interno que afeta a dimensão profissional de sua identidade social.

Refletindo sobre os conflitos emergentes da lógica de desestruturação do trabalho, Novo ⁽²¹⁾ menciona a existência de impacto nas relações no interior das organizações causado pela mudança na estrutura cognitiva dos indivíduos. Na nova ordem, o tempo laboral passa a ser vivido como uma carga, o que, associado às demais condições de trabalho, afeta substancialmente o meio e o clima organizacional, gerando um campo propício ao surgimento de conflitos.

“Conflito é uma forma de interação entre indivíduos, grupos, organizações e coletividades que implica choques para o acesso e a distribuição de recursos escassos.” (Bobbio) ⁽²³⁾. Qualquer que seja o enfoque teórico sobre o conflito, parecem estar presentes categorias comuns: desigualdade e distribuição de poder. Dahrendorf ⁽²⁴⁾ concebe a desigualdade como fator inerente às sociedades. Estas, segundo ele, se estruturam em função da necessidade da criação de instituições comuns para permitir que pessoas diferentes sobrevivam e melhorem de vida. “As chances de vida nunca são igualmente distribuídas (...) e a distribuição desigual das chances de vida é um resultado das estruturas de poder. Alguns estão numa posição em que podem estabelecer a lei pela qual a situação dos outros será medida” ⁽²⁴⁾. As abordagens política e sociológica sobre o conflito moderno revelam suas origens na distribuição desigual de poder, status e chances de vida, migrando, segundo Dahrendorf ⁽²⁴⁾, das disputas motivadas pelas diferenças de prerrogativas para aquelas suscitadas pelas diferenças de provimentos. Segundo o autor, o foco do conflito nas barreiras de status presentes nos contratos de dominação vigentes até o início do século

XVIII é substituído pela luta motivada pelas diferenças nas gradações de status entre as classes sociais nas sociedades modernas.

O contrato social moderno assegura os direitos básicos de cidadania, rompendo com a prerrogativa das diferenças qualitativas, imutáveis, transformando os padrões de desigualdade e os conflitos deles resultantes. Permanecem, no entanto, remanescentes das prerrogativas de status, em tese extintas, privilégios das famílias com títulos e posses e recrudescem barreiras à mobilidade social, como a discriminação, a restrição de renda e participação.

O conflito social moderno foi relacionado ao ataque as restrições que perpetuavam desigualdades, impedindo a constituição do status integral de cidadania. A luta pela participação cívica integral foi um processo dividido em três fases: os direitos civis, direitos políticos e direitos sociais (T.H.Marshall apud Dahrendorf) ⁽²⁴⁾. Apesar do significativo avanço proporcionado pela consolidação da cidadania ao longo dos séculos XVIII, XIX e XX, Dahrendorf ⁽²⁴⁾ reflete sobre os limites impostos ao conjunto dos direitos pela permanência do poder dominante de alguns detentores de recursos e pela fraqueza econômica de uma grande maioria. O contrato de trabalho é citado como exemplo óbvio da fragilidade dos direitos civis. “O que significa ser livre e igual se uma das partes precisa trabalhar para sobreviver, enquanto a outra pode escolher à vontade, contratar e despedir?” ⁽²⁴⁾. Essa fragilidade parece perdurar até os dias atuais.

A importância da história do trabalho para a compreensão do conflito social moderno é destacada por Dahrendorf ⁽²⁴⁾ e é particularmente relevante para a presente análise sua reflexão sobre o paradoxo dos anos 80, em que o crescimento econômico traduzido pelos montantes de dinheiro em circulação, contrasta com um quadro de desemprego crônico. Segundo ele, em um cenário de escassez de empregos, o trabalho, anteriormente visto como fardo dos menos privilegiados se transformou em condição para o reconhecimento social e símbolo de status.

A tendência de declínio do trabalho sob as formas tradicionalmente estabelecidas é acentuada pelo progresso tecnológico que permite o aumento da produtividade com a redução da quantidade de pessoas empregadas. Surgem formas flexíveis de emprego e remuneração capazes de responder aos desafios da competitividade econômica. O conflito emergente neste contexto recente está relacionado à coexistência do desejo de manutenção

dos “verdadeiros empregos”, seguros, com salários reais resistentes e a conveniência econômica do trabalho flexível.

O fortalecimento de relações antagônicas do tipo “incluído x excluído”; “protegido x desprotegido”; “estável x instável” parece refletir uma dicotomia produzida pela introdução da flexibilidade nas relações de trabalho. Esta dicotomia atinge o coletivo de trabalhadores, configurando uma nova ordem de coisas, talvez uma nova estratificação social, com perfis opostos sob o ponto de vista da forma de vinculação ao trabalho. O conjunto de trabalhadores subdivide-se em subclasses com poder e status diferenciados não apenas pela qualificação, pelo grau de autonomia profissional ou outros atributos técnicos, mas pela diferença de prerrogativas, de provimentos e de acesso à cidadania.

O modelo proposto por Elias ⁽²⁵⁾ para a compreensão das relações entre grupos detentores de diferentes possibilidades de obtenção de poder e status, por ele classificados como grupos estabelecidos e grupos “outsiders”, contribuiu de forma particularmente rica para os propósitos da presente pesquisa. Grupos que se configuram por essa lógica, apresentam diferenciais de coesão e integração, resultantes da conjunção de fatores como: tradição, antiguidade, crença na superioridade (estabelecidos) ou inferioridade (outsiders). Segundo Elias ⁽²⁵⁾, os diferenciais de poder entre os grupos são fundamentados pelo grau de coesão entre os membros e pela capacidade de estigmatização dos membros do outro grupo. Os conflitos entre eles são lutas para a modificação do equilíbrio de poder. Esses conflitos podem ser latentes ou manifestos. O autor os descreve como “cabos de guerra silenciosos que se ocultam sob a cooperação rotineira entre os grupos, num contexto de desigualdades instituídas, até lutas francas pela mudança do quadro institucional que encarna esses diferenciais de poder e as desigualdades que lhes são concomitantes” ⁽²⁵⁾. Nas configurações de grupos do tipo estabelecidos x outsiders, os primeiros tendem a lutar pela conservação ou aumento dos diferenciais de poder, enquanto os outros lutam pela redução destes diferenciais a que atribuem sua situação de inferioridade.

O conflito nas organizações

Refletindo sobre as bases organizacionais da crescente participação de trabalhadores nos processos de gestão, decisão e reivindicação, Motta ⁽²⁶⁾ faz uma revisão das correntes de pensamento dedicadas a conceituar o conflito. Segundo ele, existem três principais correntes no estudo dos conflitos no âmbito das organizações. A primeira entende o

conflito na organização como reflexo do conflito de interesses. Segundo tal corrente, ele ocorre porque as decisões tomadas pela organização têm como objetivo principal a manutenção dos padrões exteriores de distribuição de poder e status vigentes na sociedade e este objetivo se sobrepõe aos interesses internos da organização. Uma segunda corrente entende o conflito como resultante de fenômenos organizacionais como o exercício do controle sobre a organização do trabalho, que contraria o desejo de autonomia e independência do indivíduo em relação ao trabalho e a necessidade de constante reorganização de papéis funcionais para possibilitar a adaptação organizacional às demandas por produtividade e pressões externas propulsoras de mudanças, que, muitas vezes, contrapõem-se as aspirações individuais. A terceira corrente identificada por Motta ⁽²⁶⁾ aborda o conflito como fruto do não atendimento as expectativas individuais por recompensas, segurança e desenvolvimento. O conflito, sob tal ótica, reflete não apenas a existência de deficiências econômicas e psicossociológicas na estrutura interna, mas um desequilíbrio na interação entre as possibilidades e aspirações, provocado por razões individuais ou por fatores externos à organização.

Algumas condições indicadas por Motta ⁽²⁷⁾, possuem, segundo ele, destaque especial na criação de oportunidades para o conflito: má comunicação, fatores estruturais da equipe (tamanho, distribuição de tarefas e de benefícios) e características da liderança, da cultura e do indivíduo. Dentre os fatores de conflito mais importantes, destaca as decisões em relação à distribuição de ganhos e perdas, especialmente a repartição dos resultados do trabalho, na forma de salários e benefícios, indicando as categorias “desigualdade” e “diferenciação” para identificar tais fenômenos.

É importante ressaltar que o objetivo do presente trabalho não é avaliar o quão destrutivo ou benéfico é o conflito que supomos existir, tão pouco se pretendeu avaliar maneiras de intervenção ou solução de conflitos. O fato é que o conflito é atualmente entendido como fenômeno inerente e inevitável nas organizações. Motta ⁽²⁷⁾ aponta a perspectiva de que o conflito possa ser visto de maneira funcional, ou seja, como fator de contribuição ao progresso organizacional, uma vez que incita mudanças no “status quo”. Segundo ele, a visão formal e burocrática da organização tendia a ver o conflito como disfuncional, por contrariar regras e aumentar a incerteza. “Por mais positiva que seja a crença sobre o conflito, ele sempre revela a ocorrência de oposição e tensão entre as pessoas; por mais negativa, sempre existem elementos para uma reconstrução criativa” ⁽²⁷⁾.

O espaço do conflito é o espaço em que se dá a interação, ação exercida mutuamente e atributo das relações interpessoais. Grande parte da construção teórica sobre relações de trabalho diz respeito à articulação entre os interesses de empregadores e empregados, respectivas estruturas de representação e ao papel do Estado enquanto regulador destas relações. Em publicação disponibilizada no site do Ministério das Relações Exteriores, Dedecca ⁽²⁸⁾ resgata os marcos históricos da construção do sistema de relações de trabalho no Brasil.

A conformação de tensões latentes ou manifestas em função da coexistência de diferentes formas de contrato em uma equipe hospitalar inserida no Centro de Pesquisas Evandro Chagas, outro hospital de referência pertencente à área da Ciência e Tecnologia em Saúde, é sinalizada por Farias e Vaitsman ⁽³⁰⁾. Segundo os autores, as desigualdades produzidas por diferentes regras de gestão dos trabalhadores impedem a conformação de ambiente de integração, participação e cooperação. O presente estudo pretendeu levantar possíveis reflexos das mudanças das relações de trabalho sobre as relações no trabalho, ou seja, sobre a interação necessária entre os profissionais para concretização do trabalho assistencial. Segundo Martins ⁽²⁹⁾, o foco das atividades de saúde são as pessoas e, portanto, o processo de trabalho é pautado no contato humano e na relação entre elas.

A compreensão das peculiaridades das organizações hospitalares é fundamental para o entendimento de algumas perspectivas determinantes da dinâmica das relações. Dentre estas perspectivas estão as características organizacionais, alguns aspectos preponderantes dos processos de trabalho na assistência e da interação entre as categorias profissionais.

Organizações hospitalares

Mintzberg ⁽³¹⁾ propõe a categorização das diferentes formas de organização conforme suas estruturas dominantes. Essa tipologia define as organizações hospitalares como sendo, em sua maioria, organizações profissionais, cujas principais características são: alto grau de autonomia do corpo de profissionais especialistas, estrutura de poder horizontalizada ao nível dos especialistas, democrática e descentralizada. Tais características contribuem para a conformação de uma pirâmide invertida que retrata a hierarquia “bottom-up” (de baixo para cima), em que o corpo de profissionais detém grande parcela de poder e controle sobre suas atividades e sobre as decisões administrativas que os afetam.

Estas organizações são caracterizadas pelo domínio operacional exercido por profissionais qualificados e especializados, consolidando um perfil ao mesmo tempo complexo e estável, evidenciado pela necessidade de treinamento intensivo para aprendizagem dos procedimentos e pela padronização dos mesmos. Segundo Mintzberg ⁽³¹⁾, as bases da autonomia profissional podem ser destruídas pela implementação de sistemas técnicos cuja complexidade criaria desafios capazes de impulsionar a formação de equipes multidisciplinares.

Neste limiar, as organizações profissionais migrariam para uma estrutura híbrida, conjugando características das “organizações inovadoras”, principalmente no deslocamento do foco do profissional especialista, com alto grau autonomia e estabilidade assegurada pelos protocolos; para as equipes multidisciplinares, flexíveis, estruturadas entorno de projetos.

A forma como as organizações se estruturam parece influenciar a natureza dos conflitos manifestos nas relações no trabalho em seu interior. As organizações profissionais tendem a manifestar resistência à cooperação entre os especialistas e, conseqüentemente, à inovação. Dificuldades de coordenação e fragmentação da estratégia organizacional são outras características resultantes da individualização e autonomia profissional. Mintzberg ⁽³¹⁾ relata, ainda, a gama de modelos de estruturas decisórias presentes nas organizações profissionais conjugando julgamento individual sobre a missão organizacional, envolvendo oferta de serviços e definição de clientela e decisões administrativas. Tais decisões podem ser tomadas através de processos colegiados, objetivando o consenso em prol do interesse comum, de processos políticos, que pressupõem a impossibilidade de conciliação dos interesses individuais ou em processos que Mintzberg ⁽³¹⁾ classifica como “garbage can”, caracterizados pelo desinteresse, pela participação fluida e focados na eliminação de problemas que não constituem questões relevantes ao interesse comum ou aos interesses individuais.

O processo de trabalho em saúde e a enfermagem

Inserido no setor de serviços, o trabalho em saúde desempenha a função de proteção, resguardo e manutenção das condições físicas da vida social (Offe apud Pires) ⁽³²⁾. Apresenta, segundo Offe, características específicas que o distingue do processo de produção material próprios dos setores primário e secundário da economia, quais sejam:

dificuldades no planejamento em função de um maior grau de incerteza sobre a demanda, a dificuldade de controle e a tendência crescente dos custos. Dentre as consequências das estratégias de racionalização de custos identificadas, algumas parecem especialmente manifestas no atual quadro do trabalho em saúde – a intensificação e o movimento contraditório de desqualificação de significativa parcela dos trabalhadores ao mesmo tempo em que aumenta a demanda pelo trabalho mais qualificado (Pires)⁽³²⁾.

Em concomitância com o movimento de reestruturação produtiva na indústria, no contexto de flexibilização cujas características estão explicitadas no capítulo I desta dissertação, Pires sinaliza a identificação, nos serviços de saúde, da tendência a horizontalização, através da formação de redes assistenciais, com partes do trabalho assistencial terceirizada. Segundo ela, esta tendência, nítida no setor privado, é ainda incipiente nos hospitais públicos. As diferentes lógicas que regem a prestação de serviços na esfera pública e privada determinam a maior ou menor adesão ao modelo de produção horizontal, terceirizada. Na esfera privada, as instituições visam a lucratividade e competem em livre concorrência, tendo a modernização e a redução de custos como mecanismos de sobrevivência. Na esfera pública, a lógica que rege a prestação de serviços é o atendimento as necessidades da população segundo os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) – universalidade, integralidade e equidade – tais princípios não indicam relação de lucratividade e a luta das instituições públicas é pela manutenção de suas atividades. As diferenças estruturais são evidenciadas por Pires⁽³²⁾ - “no hospital público, a pressão para terceirizar vem da esfera administrativa do Estado, com vistas a reduzir custos”, assim como “na esfera pública a decisão de fechar um serviço ou terceirizar, implica em considerar as necessidades da população em relação a esses serviços. Alguns não podem simplesmente fechar. Podem ser, até, sucateados, inclusive expondo a população a risco, no entanto, o fechamento implica em riscos à credibilidade política dos governos e, além disso, existem os preceitos legais e Constitucionais que não podem ser facilmente desconsiderados”⁽³²⁾.

No que diz respeito à dinâmica e organização do trabalho em saúde, alguns aspectos se mostram especialmente relevantes para o presente trabalho: a interação entre as categorias profissionais, a divisão parcelar do trabalho, a interação entre os agentes e a incorporação tecnológica.

É possível apreender uma das fontes de tensionamento no processo de trabalho em saúde pela observação da dinâmica paradoxal com que se estabelece o relacionamento entre as categorias profissionais. Se, por um lado, as diferenças técnicas entre as especialidades médicas e não médicas são traduzidas em desigualdades sociais entre os agentes de trabalho; por outro, a interdependência e complementaridade dos diferentes saberes, necessárias à integralidade e eficácia da assistência, sugere uma lógica, democratizada, de convivência com as diferenças.

Segundo Pires ⁽³²⁾, a tendência à reprodução da lógica capitalista e do modelo taylorista de organização do trabalho assistencial em saúde é constrangida ou limitada pelas regras de funcionamento das instituições e pela regulação da oferta de serviços, do exercício profissional e pelos direitos trabalhistas. Tais limites ou constrangimentos variam conforme os interesses e o jogo de forças vigente.

Martins ⁽²⁹⁾ sinaliza que “embora no desenvolvimento da rotina assistencial o trabalho coletivo se mostre de forma articulada, o que se pode observar do ponto de vista do cuidado com a saúde é um conjunto de ações fragmentadas, realizadas de maneira conjunta, ocorrendo apenas no nível instrumental da tarefa a ser executada e em busca de um resultado imediato, sem nenhuma relação no plano da comunicação. A ausência do espaço de discussão do processo de trabalho dificulta a interação entre os agentes” ⁽²⁹⁾. Outro aspecto do processo de trabalho em saúde relevante para a compreensão do nosso objeto de investigação é o reflexo da incorporação tecnológica no aprofundamento da “cisão entre trabalhadores mais qualificados (na assistência direta, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência e na produção de tecnologia) e trabalhadores terceirizados e em situação de contrato precário” ⁽³³⁾. Por último, o papel preponderante da tecnologia, especialmente nas unidades de terapia intensiva, faz com que nesses espaços o processo de comunicação entre os agentes passe a ser mediado pela técnica, aprofundando a distância entre os profissionais e dificultando as trocas intersubjetivas ⁽²⁹⁾.

A divisão do trabalho em saúde deriva da divisão do trabalho médico, pela especialização, e de seu desdobramento em atividades assumidas pelos demais profissionais, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais (Mendes-Gonçalves apud Peduzzi) ⁽³⁴⁾. Tal configuração, legitimada pela detenção de um saber específico, explica a relação de hierarquia existente entre a categoria dos médicos e as dos demais profissionais. Segundo Peduzzi ⁽³⁴⁾, a

despeito da aparente manutenção das estruturas de poder fundamentadas pelo controle dos médicos sobre as organizações hospitalares, os recentes objetivos de integralidade na atenção à saúde, a crescente incorporação tecnológica e a valorização do trabalho em equipe nas organizações, vêm representando alguns limites à autonomia do trabalho médico, introduzindo a figura das equipes multiprofissionais.

A articulação entre as diferentes competências técnicas pressupõe a atuação consciente de sujeitos dispostos à interação ⁽³⁴⁾. A interação é componente do conceito de trabalho, não se reduz a este. Há relação recíproca entre ambos, fundando-se, a interação, na intersubjetividade do entendimento e do reconhecimento mútuo entre agentes do trabalho (Habermas apud Peduzzi ⁽³⁴⁾). A reciprocidade entre trabalho e interação é condição para o trabalho em equipe.

A distinção entre equipes agrupamento e equipes interação é proposta por Peduzzi ⁽³⁵⁾. Na primeira, há justaposição de atividades, conformando trabalhos isolados, sem articulação. Na segunda, os trabalhos são complementares e a complementaridade resulta da articulação entre os agentes. A autora indica, no entanto, a presença, em ambas, das diferenças técnicas transmutadas em diferenças sociais. Aponta, ainda, a relação inversamente proporcional entre o grau de integração da equipe e o grau de desigualdade entre os agentes do trabalho e a centralidade das inter-relações em função da intersubjetividade presente em todos os processos de trabalho. Além da interação, outra característica do trabalho coletivo em saúde é a interdependência entre os trabalhos parcelares e complementares manifesta em diversos tipos de conexões entre os profissionais. Considerando que estas conexões são estabelecidas pela comunicação, é importante compreender que nas equipes de saúde, de forma notória nas equipes de enfermagem, a comunicação apresenta reflexos das estruturas hierarquizadas em que as instituições de saúde tradicionalmente se organizam ⁽²⁹⁾.

Segundo Pires ⁽³²⁾ a enfermagem organiza-se como profissão, sob o modo capitalista de produção, seguindo a lógica de separação entre a concepção e execução do trabalho e de controle gerencial sobre as tarefas parcelares, ficando caracterizada a divisão técnica do trabalho. “Desenvolve sua prática no espaço institucional, hospitalar e, depois, no espaço ambulatorial, integrando o trabalho coletivo em saúde, com relativa autonomia em relação aos demais profissionais de saúde, mas subordina-se ao gerenciamento do ato assistencial em saúde feito pelos médicos, bem como, executa seu trabalho dentro dos

constrangimentos impostos pelas regras de funcionamento das instituições assistenciais”⁽³²⁾. É o maior grupo profissional no conjunto das profissões de saúde.

O trabalho da enfermagem é realizado por uma equipe ou grupo, integrando enfermeiros, profissionais com nível superior, que controlam a globalidade do processo de trabalho e delegam tarefas parcelares aos demais trabalhadores de enfermagem, os técnicos de enfermagem, com formação técnica, de nível médio, auxiliares de enfermagem, com curso específico e primeiro grau e atendente de enfermagem, sem formação específica, treinados em serviço para o exercício de algumas atividades de enfermagem. A enfermagem, desde sua organização como profissão é predominantemente subordinada e assalariada e seu trabalho envolve dois campos – dos cuidados e procedimentos assistenciais e da administração do pessoal da enfermagem e do espaço assistencial⁽³²⁾. O primeiro envolve a administração de medicamentos, higienização, alimentação, controle de sinais vitais e auxílio aos médicos na realização de alguns procedimentos assistenciais. As atividades de administração são geralmente realizadas pelo enfermeiro chefe, envolvendo planejamento, programação, avaliações das ações de enfermagem. Os enfermeiros podem realizar, ainda, atividades de pesquisa e docência.

A grande demanda colocada aos enfermeiros por participação em atividades extra-assistenciais, atrelada à forte hierarquização do trabalho em enfermagem, distancia estes profissionais do acompanhamento da rotina dos doentes, tarefa que fica entregue aos técnicos e auxiliares. A organização parcelar do trabalho da enfermagem, a dicotomia entre o saber e fazer, associada ao distanciamento dos chefes da rotina assistencial, configuram fontes de conflitos nas relações no trabalho de enfermagem. Supomos que estes conflitos possam ser potencializados pelas diferenças próprias dos distintos vínculos contratuais.

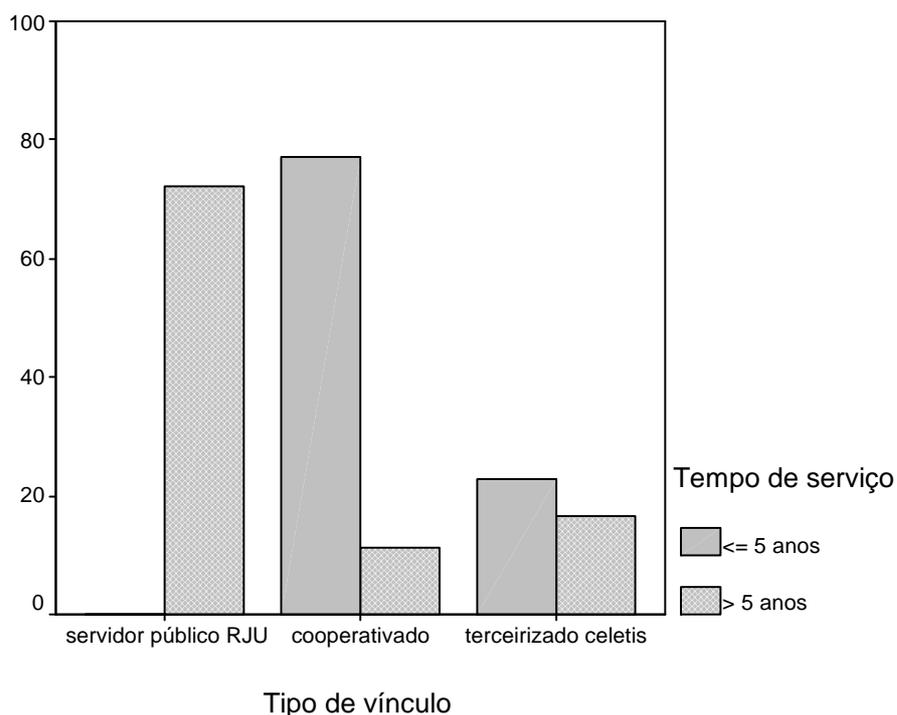
No entanto, há que se observar tendência recente de mudança na fragmentação do trabalho da enfermagem, em função da introdução dos “cuidados integrais”. Essa forma de trabalho, segundo Pires, vem sendo desenvolvida nas Unidades de Terapia Intensiva, onde o atendimento a pacientes em situação de risco exige o trabalho de profissionais mais qualificados, capazes de promover avaliação contínua da situação e adaptar-se as necessidades de mudança na conduta, que seriam impossíveis com a divisão parcelar do trabalho.

CAPÍTULO 3 – ANÁLISE DO MATERIAL EMPÍRICO – Relações de trabalho, conflito e desigualdades em uma equipe de saúde.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA EQUIPE ESTUDADA

A confrontação dos dados relativos ao tempo de serviço e a faixa etária reflete uma mudança no processo de incorporação de pessoal que indica uma tendência de flexibilização das formas de trabalho a partir dos anos 90, e a introdução, na esfera pública, de novos mecanismos de contratação para a realização de atividades não exclusivas do Estado, já previsto na Reforma Administrativa do Estado, de 1995, mas não de forma hegemônica.

Gráfico 1 - Tipo de vínculo por tempo de serviço na Instituição, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.



O gráfico 1 demonstra a conformação de dois grupos distintos, um mais antigo, congregando funcionários incorporados ao regime estatutário, com estabilidade funcional, outro, de formação recente, incorporado ao serviço público por intermédio de contratos de prestação de serviços, com vínculo instável. Observa-se que a identificação de dois grupos, sob este prisma, deve-se ao fato de que os terceirizados celetistas haviam sido recentemente inseridos em uma nova lógica contratual, após longo período sob o vínculo

cooperativista. Não houve dados nos questionários destes funcionários que permitissem identifica-los como um terceiro grupo, salvo aqueles estritamente relacionados ao acesso a benefícios e direitos trabalhistas que os distinguem dos cooperativados. Mesmo os depoimentos qualitativos obtidos de funcionários celetistas revelam traços da experiência de pertencimento ao grupo de terceirizados, onde são integrados os cooperativados e os celetistas.

A composição do grupo por faixa etária corrobora esta análise. Percebe-se nítida concentração de servidores públicos nas faixas etárias mais elevadas, estando 77% destes (10) entre 36 e 45 anos. Entre os funcionários terceirizados, 81% (22) estão nas faixas etárias inferiores, com menos de 36 anos.

A existência destes distintos grupos configura exemplo da ruptura no coletivo de trabalhadores. Novo ⁽²¹⁾ refere a conformação de um binômio exclusão x inclusão que, segundo ele, passa a permear a subjetividade do trabalhador. O binômio identificado pelo autor diz respeito à iminência do desemprego, decorrente da fragilidade e transitoriedade da vinculação do trabalhador no contexto da flexibilização. O binômio que se percebe conformado no grupo estudado aplica-se também à inclusão e exclusão de trabalhadores nos processos institucionais participativos, no acesso a recompensa pelo trabalho realizado e as estruturas de poder.

Depoimentos obtidos por ocasião da aplicação dos questionários refletem a percepção por parte de alguns servidores da existência de distinção entre “grupos” ou “turmas”, deixando clara a noção de divisão, fragmentação da equipe e individualização. A frequência com que o termo “eles” surge no discurso de vários indivíduos suscitou especial atenção. A palavra “eles” parece simbolizar a separação, marcar a diferença e o distanciamento entre os grupos com diferentes vínculos contratuais. Alguns depoimentos evidenciam especialmente esta distinção:

“Nós éramos felizes e não sabíamos. Existia equipe, hoje cada um faz o seu trabalho e a tecnologia acentua mais isso. “Eles” (terceirizados) não criam vínculo com o trabalho. Hoje os procedimentos são mecânicos, como se você pudesse não estar mais aqui amanhã. Por exemplo, não se verifica se um soro está sendo absorvido como deve, acham que basta olhar o aparelho. Não é só isso, falta o cuidado”.

Servidor público

Essa fala é complexa, pois não só indica a fragmentação e discriminação entre grupos, mas aponta fatores que expressam essa diferença – apropriação da tecnologia e qualidade do trabalho realizado. Sendo uma fala de servidor pode indicar também a idéia de superioridade deste grupo que reafirma e justifica a discriminação e o processo de inclusão e exclusão. Segundo Elias ⁽²⁵⁾, os comentários depreciativos de um grupo estabelecido a cerca do comportamento de membros do grupo outsider possuem a função de reforço da hierarquia de status vigente.

“‘Eles’ (cooperativados) enfrentam a chefia, não respeitam a hierarquia, não se sujeitam, acho que não têm medo de perder o pouco que têm”.

As denúncias de comportamentos transgressores dos “outros” buscam evidenciar a superioridade dos grupos estabelecidos, através da declaração da inferioridade do grupo de *outsiders* ⁽²⁵⁾.

“O problema é que ‘eles’ (terceirizados) se consideram diferentes e se sentem inferiorizados. Todos têm chance se estudarem para um concurso. Não vejo diferença no tratamento que é dado a ‘eles’.

Servidor público

Essa fala remete à proposição de que “(...) os grupos estabelecidos costumam encontrar um aliado na voz interior de seus inferiores sociais. (...) A estigmatização, portanto, pode surtir efeito paralisante nos grupos de menor poder” ⁽²⁵⁾. Segundo o sociólogo, o efeito paralisante é maior quando os grupos de menor poder não tem a possibilidade de revidar, em função do forte desequilíbrio de poder.

“Temos que saber que o servidor tem o tempo de serviço, os direitos conquistados, nada contra “eles”, mas a diferença é grande demais”.

No caso estudado, os fatores da superioridade do servidor não se restringem à antiguidade e ao grau de coesão. A estes fatores indicados por Elias ⁽²⁵⁾, são acrescidos aqueles de ordem do direito, da estabilidade assegurada. Nessa conformação, o poder do grupo de servidores não é mantido apenas pelo reforço de crenças e valores, mas pela garantia de estabilidade no emprego e das prerrogativas relacionadas a esta garantia.

À luz do modelo sociológico de Elias ⁽²⁵⁾, percebeu-se a existência de um grupo estabelecido, mais antigo formado por servidores públicos, detentores de experiência profissional, vivência institucional e de um conjunto de direitos que os colocam em posição privilegiada sob diversos aspectos e um grupo outsider, de formação recente, composto por funcionários terceirizados, com vínculos instáveis e precários.

Tabela 3 - Tipo de vínculo por tempo de serviço na instituição, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tempo de Serviço na Instituição	Tipo de Vínculo							
	Servidor Público RJU		Cooperativado		Terceirizado Celetista		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Menos de 1 ano	0	0,0	5	26,3	1	12,5	6	15,0
De 1 a 2 anos	0	0,0	6	31,6	1	12,5	7	17,5
De 2 a 5 anos	0	0,0	6	31,6	3	37,5	9	22,5
De 5 a 10 anos	1	7,7	2	10,5	2	25,0	5	12,5
Mais de 10 anos	12	92,3	0	0,0	1	12,5	13	32,5
<i>Total</i>	<i>13</i>	<i>100,0</i>	<i>19</i>	<i>100,0</i>	<i>8</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>

A tabela 3 mostra que nos últimos dez anos o setor incorporou um único servidor público, embora tenha inserido outros vinte e seis trabalhadores – 7 terceirizados e 19 cooperativados. Estes dados mostram ainda que o processo de precarização se intensificou nos últimos cinco anos, com o ingresso de 17 cooperativados.

Os terceirizados com contrato celetista têm, de maneira geral, vinculação anterior aos cooperativados. A maioria, 37,5% (3) tem mais de 2 a 5 anos de trabalho no setor, 25% (2) tem mais de 5 a 10 anos, 12,5% (1) mais de 10 anos e apenas 25%(2) tem menos de 2 anos de serviço no setor estudado. Esta constatação, conjugada à análise do movimento de migração de funcionários entre os distintos vínculos contratuais, registrada mais adiante, revela que o contrato celetista pode ter representado uma tentativa de regularização dos contratos e melhoria das condições de trabalho de funcionários que se encontravam há mais

tempo em situação precária. Apenas 12,5% (1) dos terceirizados celetistas tem mais de 1 a 2 anos de vinculação à Instituição.

A compreensão de que o caráter transitório e mutável do equilíbrio de poder entre grupos estabelecidos e outsiders consiste fator de constante alteração nas relações deste tipo é fundamental para a observação do limite colocado às análises feitas à luz deste modelo ⁽²⁵⁾. Os grupos sofrem constantes alterações, minorias podem tornar-se maioria e vice-versa, assim como o ingresso de novos membros alteram as relações de força em vigor. A equipe estudada encontra-se em processo de mudança e tal dinâmica deve ser considerada em qualquer observação, inferência ou análise futura.

Quanto ao sexo, a quase totalidade, 39 dentre os 40 profissionais estudados, são mulheres, sendo esta característica do trabalho em enfermagem. No cômputo geral, a qualificação da equipe reflete sua divisão nas diferentes categorias funcionais. Os enfermeiros são mais qualificados, independentemente de sua vinculação contratual. A maioria do grupo, composta por técnicos de enfermagem, tem apenas o nível médio.

A análise da tabela 4 não permite a identificação de desnível na qualificação entre o grupo de servidores e de terceirizados, exceto a relacionada ao fato de que no último se concentra a maioria dos técnicos de enfermagem, com nível médio. Cabe uma reflexão sobre o perfil de qualificação dos técnicos de enfermagem com diferentes vínculos contratuais. Entre os servidores com 2º grau completo, nenhum informou ter iniciado o curso superior. Tal constatação pode ser resultante da conjunção do estatuto da estabilidade funcional com a ausência de perspectiva de progressão na carreira a partir de um determinado estágio da vida profissional do servidor público de nível médio. Estes fatores podem ser limitadores da mobilidade social entre classes, também acarretando conflito. Os servidores públicos de nível médio podem estar inseridos em uma situação de superioridade pelo lado objetivo dos direitos, e privilégios, por um lado, mas de inferioridade por outro, mais subjetivo, atrelada à ausência de possibilidade de crescimento. Entre os terceirizados, grupo em que se concentram funcionários com 2º grau completo, estão todos os profissionais de nível médio que iniciaram o curso superior. Na ausência da prerrogativa da estabilidade funcional, talvez este grupo profissional encontre na qualificação a única possibilidade de ampliação de suas perspectivas. Dentre os que informaram o nível superior incompleto, 50% (5) concluirão o curso nos próximos dois anos.

Tabela 4 - Tipo de Vínculo por escolaridade e função, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tipo de Vínculo	Escolaridade	Função							
		Auxiliar de Enfermagem		Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		Total	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Servidor Público RJU	2º Grau Completo	0	0,0	6	75,0	0	0,0	6	46,2
	Superior Completo	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	7,7
	Especialização	1	100,0	2	25,0	2	50,0	5	38,5
	Mestrado	0	0,0	0	0,0	1	25,0	1	7,7
	<i>Total</i>	<i>1</i>	<i>100,0</i>	<i>8</i>	<i>100,0</i>	<i>4</i>	<i>100,0</i>	<i>13</i>	<i>100,0</i>
Cooperativado	2º Grau Completo	0	0,0	8	57,1	0	0,0	8	42,1
	Superior Incompleto	0	0,0	6	42,9	0	0,0	6	31,6
	Especialização	0	0,0	0	0,0	4	80,0	4	21,1
	Residência	0	0,0	0	0,0	1	20,0	1	5,3
	<i>Total</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>	<i>14</i>	<i>100,0</i>	<i>5</i>	<i>100,0</i>	<i>19</i>	<i>100,0</i>
Terceirizado Celetista	2º Grau Completo	0	0,0	2	28,6	0	0,0	2	25,0
	Superior Completo	0	0,0	5	71,4	0	0,0	5	62,5
	Residência	0	0,0	0	0,0	1	100,0	1	12,5
	<i>Total</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>	<i>7</i>	<i>100,0</i>	<i>1</i>	<i>100,0</i>	<i>8</i>	<i>100,0</i>
Total	2º Grau Completo	0	0,0	16	55,2	0	0,0	16	40,0
	Superior Completo	0	0,0	0	0,0	1	10,0	1	2,5
	Superior Incompleto	0	0,0	11	37,9	0	0,0	11	27,5
	Especialização	1	100,0	2	6,9	6	60,0	9	22,5
	Residência	0	0,0	0	0,0	2	20,0	2	5,0
	Mestrado	0	0,0	0	0,0	1	10,0	1	2,5
	<i>Total</i>	<i>1</i>	<i>100,0</i>	<i>29</i>	<i>100,0</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>

O conjunto de servidores públicos possui a maior concentração de funcionários com especialização, 38,5% (5). Tal fato retrata a conjunção de alguns fatores, notadamente a

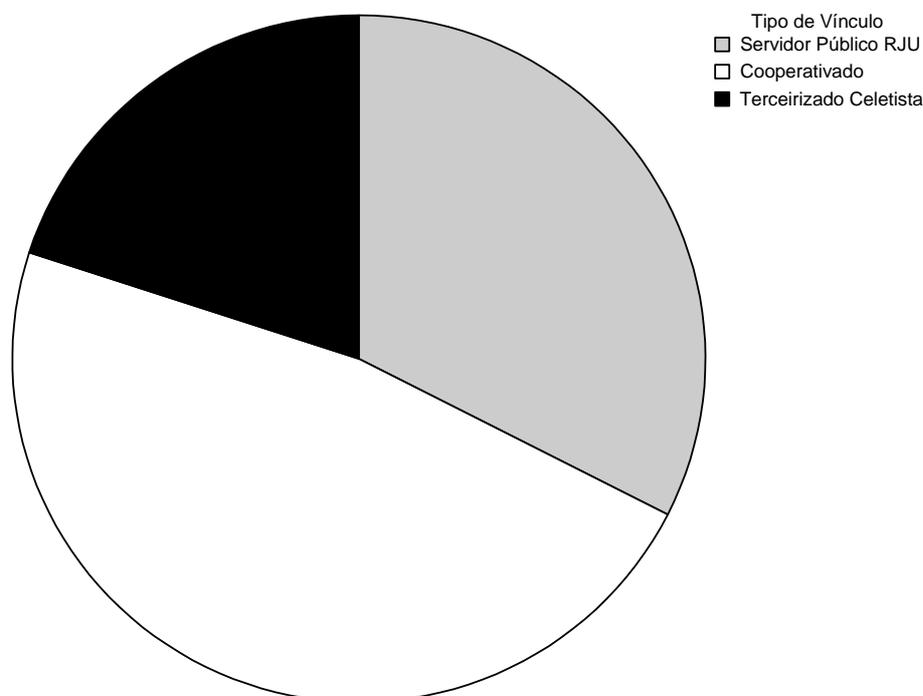
faixa etária superior, a maior concentração de enfermeiros neste grupo, o mecanismo de progressão na carreira atrelada ao grau de titulação e a oferta de especialização pela própria Instituição. O conjunto de servidores tem frações equilibradas de profissionais com nível superior, sendo 53,9% (7) do total e 2º grau completo e incompleto, representando 46,1% (6).

Dentre os 16 funcionários com 2º grau completo, 9 souberam informar o ano de conclusão, todos anteriores à 1997. Dentre os 12 funcionários com especialização, residência ou mestrado, apenas 1 foi concluído a mais de 10 anos. A distância entre o ano de conclusão do 2º grau e das demais titulações pode refletir uma “lacuna” de formação que deve ser considerada por ocasião da reflexão sobre as disparidades e os conflitos entre as categorias profissionais.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DAS RELAÇÕES DE TRABALHO DA EQUIPE ESTUDADA

No capítulo I foi apresentado de forma sucinta o modelo proposto por Elias ⁽²⁵⁾ para a compreensão das relações sociológicas entre grupos por ele classificados como estabelecidos e outsiders. No estudo por ele apresentado, o grupo outsider gradativamente constituiu a maioria, fortalecendo os mecanismos de defesa e as estratégias para manutenção da ordem vigente por parte do grupo estabelecido. Pois bem, na equipe estudada, o fenômeno parece semelhante. O gráfico 2 demonstra que 27 pessoas, ou 67,5% do total pesquisado possuem vinculação contratual instável ou precária ao trabalho e 13 pessoas, representando 32,5% têm vínculo estável e protegido. Cabe retomar a reflexão de Nogueira, Baraldi e Rodrigues ⁽¹⁸⁾ sobre a noção de precariedade no âmbito da administração pública. Segundo estes autores, além do déficit de proteção social, a precariedade do trabalho é conformada pela ausência de amparo legal para as contratações e para os mecanismos de gestão do trabalho terceirizado, a exemplo da contratação sem realização de concurso público e a contratação de trabalho com características de pessoalidade e subordinação por intermédio de empresas de locação de mão de obra. Além de destituído de direitos trabalhistas e proteção social, o trabalho precário está sujeito à interrupção não apenas em função da ausência do estatuto da estabilidade funcional, mas da nulidade jurídica dos contratos mantidos com a administração pública.

Gráfico 2 - Composição da equipe estudada por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.



Cabe ressaltar novamente a observação feita anteriormente, na caracterização do grupo estudado. Segundo Elias ⁽²⁵⁾, a relação de forças vigente se altera à medida em que os grupos se alteram. Minorias podem se tornar majorias e vice-versa, conformando uma nova dinâmica entre os grupos.

A identificação de possível correlação entre a qualificação profissional e o acesso a oportunidade de emprego no grupo estudado apenas seria possível se houvesse dados sobre a formação do profissional no momento de seu ingresso na Instituição. Com as informações de que se dispõe, não é possível afirmar que a realização de concurso público assegura o ingresso de pessoal mais qualificado ou de que os profissionais contratados por intermédio de empresas de terceirização ou cooperativas são menos qualificados quando iniciam suas atividades na Instituição.

Percebe-se que, qualquer que seja a vinculação contratual do profissional, o processo de seleção é um nó crítico para a seleção das equipes. O ingresso no estabelecimento público estudado se deu por diversos mecanismos de seleção. A constatação de que 40% (16) do

universo estudado ingressaram na Instituição por indicação, evidencia a forte atuação das redes sociais como mecanismos de informação sobre oportunidades de emprego. Em estudo apresentado em mesa redonda por ocasião do Colóquio Internacional sobre as Novas Formas do Trabalho e do Desemprego, Guimarães⁽³⁷⁾ discute os novos mecanismos de acesso ao emprego no contexto da flexibilização, identificando o surgimento de novas formas de relação de intermediação de mão obra. A autora sinaliza que “o acesso a oportunidades de trabalho com frequência também se resolve por meio de mecanismos que escapam à racionalidade das instituições especializadas do mercado”⁽³⁷⁾, confirmando o papel preponderante das relações sociais no acesso a oportunidades de emprego.

O ingresso por concurso público é reduzido, apenas 15% (6) foram selecionados através de concurso público, 10 % (4) informaram ter ingressado por processo de seleção pública, 7,5%(3) sem processo seletivo e 2,5% (1 funcionário) não informou a forma de ingresso. Vinte e cinco por cento (10) do grupo estudado informou outras formas de ingresso, dentre as quais a “avaliação” (1) e o “recrutamento” (9). Cabe observar que, por ocasião da aplicação dos questionários, pode-se definir como “recrutamento” o ingresso conquistado através do envio de currículo para análise preliminar, em resposta a anúncio ou divulgação de oportunidade de emprego através da rede de relacionamentos informais. A “avaliação” foi indicada em caso de contratação de funcionário após o período de residência.

Foram observadas, ainda, algumas incongruências resultantes da falta de conhecimento do processo de preenchimento dos postos de serviço: 4 funcionários cooperativados ou terceirizados por contratos celetistas indicaram ter realizado seleção pública. Inferimos que houve engano na indicação da forma de ingresso, uma vez que seleção pública é modalidade utilizada para contratação de empregados públicos, sob o regime celetista, precedida de ampla divulgação e regida por regulamento próprio. Provavelmente, a forma de ingresso adequada seria “recrutamento”, uma vez que houve um processo de seleção.

A vinculação dos servidores estatutários é, em sua maioria, anterior a Constituição de 1988, que tornou obrigatória a aprovação em concurso público para o ingresso em serviços públicos. Por esta razão, apenas 46% dos servidores fizeram concurso. Na ausência de dispositivo legal que tornasse obrigatória a realização de concurso público, as redes informais constituíam o mecanismo de acesso ao emprego. Este fato é evidenciado pela informação de que 38,5% (5) dos servidores informaram ter ingressado por indicação ou

sem processo seletivo, 15,5% (2) não informaram forma de ingresso ou informaram por “recrutamento”. Tal constatação é confirmada por um depoimento obtido ao longo da aplicação dos questionários:

“Naquela época a gente tinha que conhecer alguém, ter uma indicação. Quem chegou aqui ficou e se tornou servidor estável”.

Servidor público

Na nova lógica de contratação “flexível”, através dos contratos de terceirização, a informalidade predomina no mecanismo de acesso ao emprego. Os contatos são tecidos em sua maioria através da rede social. Apenas uma parcela destes acessos é concretizada através de mecanismos formais de recrutamento. Dentre os cooperativados, 68,5% (13) ingressaram por indicação ou sem processo seletivo e 26,5% (5) informaram ter ingressado por recrutamento. Entre os 8 funcionários celetistas, apenas 1 (12,5%) informou ter ingressado por indicação, a maioria (7 ou 87,5%) informou ter ingressado por recrutamento.

O instrumento de seleção mais utilizado para a composição do grupo estudado foi a entrevista, tendo 55% (22) dos funcionários passado por tal avaliação. Cinquenta e cinco por cento (15) do conjunto de cooperativados e terceirizados celetistas foram entrevistados, sendo este o instrumento mais utilizado para avaliação do funcionário terceirizado. Esta realidade é resultante da conjugação das características próprias da dinâmica de contratação de funcionários terceirizados: a informalidade e a flexibilidade. Em extrema contraposição à rígida regulamentação dos processos de concurso público, a seleção feita para integrar funcionários aos contratos terceirizados, em muitos casos, não obedece a critérios pré - estabelecidos e não é sujeita a qualquer regulação. Apesar de possibilitar a avaliação de expectativas, a empatia e alguns outros aspectos próprios das trocas intersubjetivas, a utilização de entrevista como única forma de avaliação em processo seletivo pode ser insuficiente para a verificação da qualidade do profissional. Além da deficiência qualitativa, a informalidade com que os funcionários terceirizados são selecionados para o ingresso nos serviços públicos de saúde pode representar por um lado a deturpação dos critérios de publicização, impessoalidade e transparência que deveriam pautar as contratações no setor público, por outro, a distorção do propósito da terceirização, onde teoricamente, não são escolhidas pessoas, mas contratados serviços.

As entrevistas com os servidores públicos normalmente ocorrem após a conclusão da seleção, sendo instrumento utilizado para a alocação do profissional. Dentre estes, 54% (7) passaram por entrevistas. O processo seletivo público é pautado pela impessoalidade, tal característica, ao mesmo tempo em que pretende coibir o direcionamento do processo e sua apropriação por interesses individuais ou corporativistas. No entanto, esta lógica que procura garantir o amplo acesso as oportunidades; impõe limitações ao resultado da seleção por extrair a possibilidade da troca intersubjetiva entre o avaliador e o avaliado.

Os instrumentos utilizados para a seleção do pessoal confirmam as potenciais fragilidades apontadas anteriormente. A predominância do mecanismo informal de contratação de pessoal resulta na baixa utilização de instrumentos de aferição do conhecimento teórico e prático. Dentre os 40 funcionários, apenas 25% (10) realizaram prova objetiva por ocasião do processo seletivo para ingresso na Instituição, sendo 70% (7) destes servidores públicos. Cabe observar que dentre os servidores públicos estatutários, 54% (7) fizeram prova objetiva. No conjunto de cooperativados e funcionários celetistas apenas 11%(3) informaram ter passado por este tipo de avaliação.

O índice de realização de prova escrita é um pouco maior, tendo sido avaliados por este instrumento 30% (12) dos funcionários. 61,5%(8) dos servidores estatutários fizeram prova desta natureza e 15% (4) do conjunto de cooperativados e celetistas.

Apenas 40%(16) dos funcionários foram avaliados por provas práticas. O maior índice de avaliados sob este aspecto também é de servidores públicos, 61,5% (8) destes realizaram provas práticas. 30%(8) do conjunto de cooperativados e terceirizados celetistas tiveram seus conhecimentos práticos testados, sendo, depois das entrevistas, o instrumento mais utilizado para avaliação do funcionário terceirizado.

Foram identificados outros instrumentos de seleção menos utilizados. Apenas 1 funcionário informou ter realizado exames psicotécnicos, apenas 1 apresentou memorial retratando sua trajetória de formação e experiência profissional e outro realizou prova oral.

Os dados obtidos realçam que a “superioridade” percebida entre os estatutários é função da origem meritocrática (presença de concurso ou seleção, que avalie o mérito) e de privilégios conquistados pela Constituição, que firmou um novo pacto social em 1988,

inseriu os trabalhadores ativos qualificados e estabeleceu novas diretrizes que vem sendo distorcidas.

A dinâmica das relações cujo estudo se propôs a realizar foi delineada por um processo histórico de incorporação de pessoal que, sob o ponto de vista formal, jurídico normativo, sofreu alterações sensíveis, mas insuficientes para representar ruptura na cultura institucional, que valoriza o processo de formação contínuo viabilizado pela própria Instituição, a antiguidade e estabilidade das relações. Desta forma, a terceirização parece ter sido incorporada como mecanismo de sobrevivência, de manutenção dos serviços em funcionamento, mas não parece ter sido adotada como estratégia de gestão, muito menos aceita como instrumento adequado para a incorporação “flexível” de pessoal. Somem-se a estes fatores as características peculiares do trabalho na assistência em saúde, em que o incremento tecnológico não substituiu a utilização intensiva de pessoal e a pessoalidade na prestação dos serviços.

Frente à necessidade de manutenção dos profissionais em processo contínuo de qualificação com vistas ao atendimento a uma demanda constante, crescente e complexa, mecanismos de contratação com maior grau de precariedade foram sendo substituídos por outros com maior grau de proteção social. Na ausência de mecanismos formais de progressão para o trabalhador terceirizado ou precarizado, a migração entre os diversos tipos de contrato passou a representar a possibilidade de ascensão e obtenção de reconhecimento e respeito. Parece ter sido conformada uma espécie de hierarquia entre as formas contratuais – bolsistas, autônomos e cooperativados, com peculiaridades, mas igualmente precários – celetistas, contratos sem estabilidade com maior grau de proteção – estatutários, contratos estáveis com maior status na Instituição. Algumas falas de entrevistados revelam esta dinâmica e o processo pelo qual se passou a fixar o pessoal em situação precária aos serviços.

“Eu conheço todos os lados, já fui bolsista, “rpa” (autônomo) sem direito nenhum e agora sou servidora. “A gente” fazia de tudo para ficar aqui, agora é só de passagem”.

Servidor público

Os dados colhidos confirmam este depoimento – os movimentos de transposição de vínculos parecem refletir um momento histórico gradativamente substituído pela vinculação temporária, transitória.

Tabela 5 - Incidência de migração entre vínculos, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tipo de Vínculo	Mudou de Vínculo					
	Sim		Não		Total	
	N	%	n	%	n	%
Servidor Público RJU	6	33,3	7	31,8	13	32,5
Cooperativado	4	22,2	15	68,2	19	47,5
Terceirizado Celetista	8	44,4	0	0,0	8	20,0
<i>Total</i>	<i>18</i>	<i>100,0</i>	<i>22</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>

Tal reflexão é resultado da análise da evolução dos quadros funcionais sob o aspecto de sua vinculação contratual. A tabela 5 revela que 45% (18) do grupo estudado mudou de vinculação contratual ao longo de sua trajetória profissional na Instituição. É fato que parte significativa deste resultado é devida à transposição dos servidores ingressos pelo regime celetista de emprego público para o regime estatutário, na década de 80. Entre os servidores públicos, 46% (6) mantiveram outras formas de relação contratual com a Instituição antes de se tornarem estatutários.

Entre os cooperativados 26,5% (5) passaram pelo mesmo processo de migração de vínculo, tendo sido a quase totalidade destes vinculados como bolsistas anteriormente e a totalidade dos terceirizados celetistas pertenceram a outras categorias contratuais. O maior índice de migração está entre os terceirizados celetistas, dentre os quais todos já passaram por uma ou mais relações contratuais distintas realizando o mesmo serviço. A maioria destes foi cooperativado antes de se tornar celetista.

Tabela 6 - Tipos de migração entre vínculos, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tipo de Mudança	N	%
Cooperativado para Servidor	2	5,0
Cooperativado para Celetista	8	20,0
Residente para Autônomo	1	2,5
Residente para Cooperativado	2	5,0
Autônomo para Celetista	1	2,5
Autônomo para Cooperativado	2	5,0
Bolsista para Servidor	1	2,5
Bolsista para Celetista	1	2,5
Bolsista para Cargo Comissionado	1	2,5
Bolsista para Cooperativado	9	22,5
Bolsista para Autônomo	2	5,0
Autônomo para Bolsista	1	2,5
Celetista para Servidor	4	10,0

A tabela 6 demonstra o movimento de alteração de vínculos, sinalizando que os maiores indicadores de alterações contratuais foram verificados na mudança de vínculo de bolsistas para cooperativados e de cooperativados para funcionários celetistas. Ambos os movimentos foram reflexos da conjunção de dois fenômenos: o constrangimento legal e o esforço institucional em busca de melhorias e adequação contratual para os funcionários.

Outras alterações contratuais verificadas com menor frequência foram registros de servidores públicos que já foram residentes, autônomos, bolsistas, cooperativados e ocuparam cargos de confiança.

O cenário apresentado anteriormente aponta que o processo histórico de incorporação de pessoal na área da assistência tem se dado de forma desordenada. Formatos “flexíveis”, “alternativos” são adotados, face à ausência de definição de uma política de incorporação de pessoal que ofereça perspectivas de reposição de quadros contínua e de atendimento a

um aumento e qualificação de demanda passível de prospecção, bem como de regulação adequada às especificidades da assistência à saúde pública no que tange as contratações.

As necessidades prementes são atendidas por este tipo de contratação, enquanto extensos e morosos processos de negociação de vagas para preenchimento através de concurso público acontecem, com maior ou menor êxito. Aparentemente, os concursos públicos na área têm sido destinados a sanar situações críticas, emergenciais. Não há antecipação de necessidades ou planejamento de incorporação de pessoal. Nesse contexto, o concurso público, se por um lado procura ordenar e qualificar as escolhas, por outro, acentua as distorções no âmbito das equipes.

O dilema delineado pela dinâmica de incorporação relatada é acentuado pelo descompasso entre dois aspectos cruciais: o aumento da rotatividade de pessoal em situação de trabalho precária e a lentidão dos processos e mecanismos próprios da administração pública para o preenchimento de postos. Quanto maior a precariedade, maior o índice de rotatividade de pessoal e maior a necessidade de agilidade na reposição.

A tabela 7 reflete a concentração de contratos precários na função de técnico de enfermagem, talvez por ser esta a maior equipe, com menor grau de especialização e maior índice de rotatividade.

Tabela 7 - Tipo de vínculo por função, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Tipo de Vínculo	Função							
	Auxiliar de Enfermagem		Técnico de Enfermagem		Enfermeiro		Total	
	N	%	N	%	n	%	n	%
Servidor Público RJU	1	100,0	8	27,6	4	40,0	13	32,5
Cooperativado	0	0,0	14	48,3	5	50,0	19	47,5
Terceirizado Celetista	0	0,0	7	24,1	1	10,0	8	20,0
<i>Total</i>	1	100,0	29	100,0	10	100,0	40	100,0

A quantidade de enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares, bem como sua forma de vinculação é retratada na tabela 7. Em estudo comparativo de unidades hospitalares pública e privada, Pires ⁽³²⁾ indica que nas unidades de terapia intensiva a proporção de enfermeiros em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem é maior nas unidades de terapia intensiva do que nas unidades básicas. Na unidade pública estudada por ela, a relação entre estes profissionais era de aproximadamente 1 enfermeiro por 3 técnicos ou auxiliares, sendo a proporção maior no hospital privado. A mesma relação foi encontrada no presente estudo, com uma peculiaridade: entre as enfermeiras, há um predomínio de enfermeiras cooperativadas. Considerando que as relações de hierarquia na equipe estudada se estruturam não apenas pelas profissões, como pela forma de vinculação contratual, o predomínio de enfermeiras cooperativadas pode representar tanto o potencial para uma quebra da relação hierárquica entre os diferentes vínculos neste estrato funcional, quanto a possibilidade de concentração do poder em um grupo reduzido de enfermeiras estatutárias. Caso seja esta última a representação da realidade, estará caracterizado o fenômeno que Castel (20) chama de “concorrência entre iguais”. Membros de uma mesma categoria detêm prerrogativas diferentes e disputam melhores condições. Mais adiante, a análise dos dados relativos à integração, identidade e status profissional revela como de fato acontece a interação na equipe estudada.

Uma das faces perversas do movimento de degradação das situações de trabalho atrelado à reestruturação produtiva apontado por Antunes ⁽²⁾ e Pochmann ⁽⁴⁾, é revelada pela existência de índice elevado de dupla jornada de trabalho. A grande maioria, 67,5% (27), do grupo estudado declarou ter outro emprego. Dentre estes, 85% (23) do grupo de cooperativados e funcionários celetistas tem outro emprego e 31% (4) dos servidores públicos também.

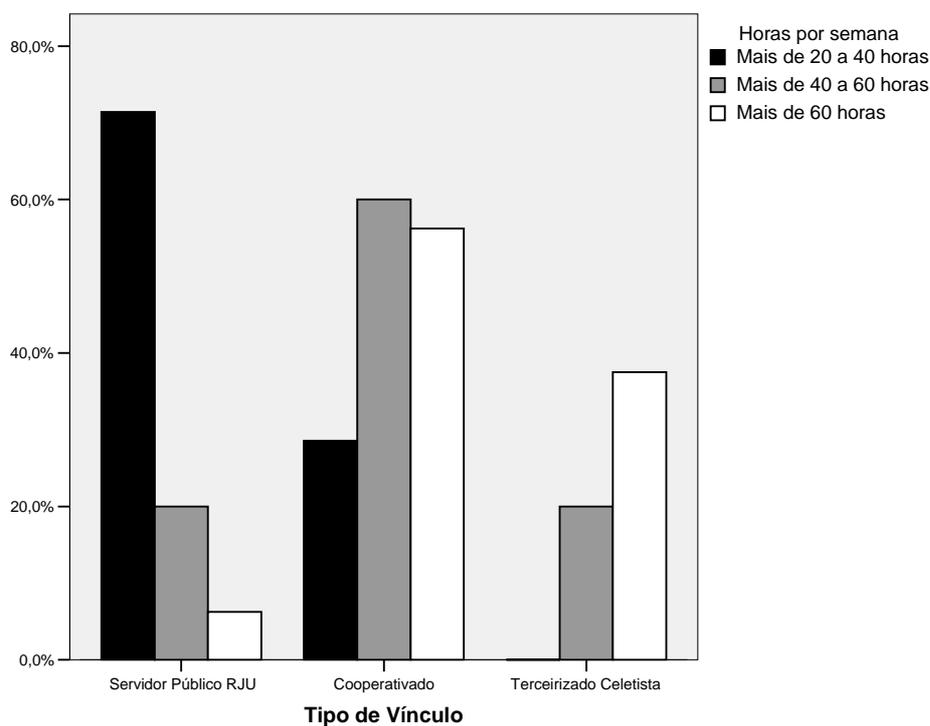
Merece especial reflexão a constatação de que 40% (16) dos entrevistados dedicam ao conjunto de empregos mais do que 60 horas semanais (gráfico 3). Dentre os que trabalham mais do que 60 horas por semana, 94% (15) são cooperativados e terceirizados celetistas, 6% (1) são servidores públicos. Considerando a precisão, intensidade e tensão inerentes ao trabalho na assistência direta em unidades de terapia intensiva, torna-se possível depreender que o excesso de horas trabalhadas, principalmente à noite, possa representar risco à saúde ocupacional do funcionário e à qualidade dos serviços prestados. A constatação, ao longo da aplicação dos questionários, de que muitos profissionais sequer

tenham noção do número de horas trabalhadas semanalmente, chamou especial atenção. A fala de um técnico de enfermagem terceirizado reflete esta constatação:

“Eu nem sei quantas horas eu trabalho por semana, durmo quando dá”.

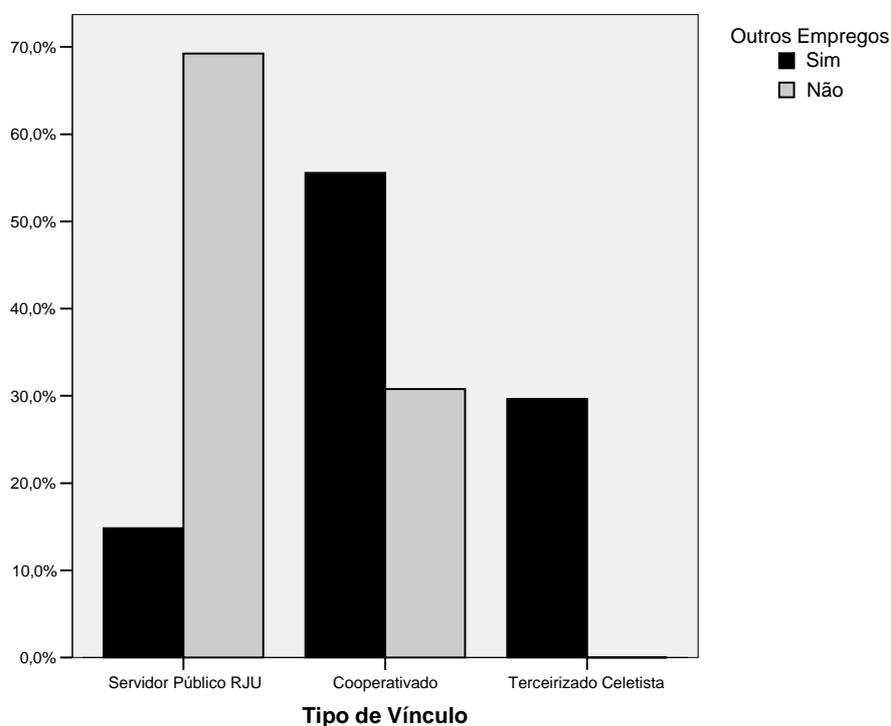
Cooperativado

Gráfico 3 - Número de horas de trabalho semanais por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.



Vinte e cinco por cento (10) dos profissionais que participaram da pesquisa, trabalham mais de 40 a 60 horas e 32,5%(13) trabalham entre 20 e 40 horas por semana. Dentre estes, 75%(12) são técnicos de enfermagem, 9% (3) enfermeiros e 6% (1) auxiliar de enfermagem.

Gráfico 4 - Incidência de mais de 1 emprego por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.



Do total de 28 técnicos de enfermagem, 43% (12) trabalham mais de 60 horas, 28,5% (8) mais de 40 a 60 horas e 28,5% (8) entre 20 e 40 horas. 72% (20) têm outros empregos.

Do total de 10 enfermeiros, 30% (3) trabalham mais de 60 horas, 20% (2) mais de 40 a 60 horas e 50% (5) entre 20 e 40 horas, 60% (6) têm outros empregos.

“A gente não trabalha tanto porque gosta”

Cooperativado

A frase registrada por ocasião do contato com o grupo indicar que a necessidade financeira determina a carga excessiva de trabalho, fato confirmado pelos dados coletados. Entre os 27 funcionários que tem outros empregos, 78% (21) estão enquadrados nas faixas salariais inferiores, de 1 a 2 salários mínimos e mais de 2 a 4 salários mínimos.

Quanto menos o funcionário ganha, mais ele trabalha. Essa relação é verificada quando se confronta a carga horária semanal com as faixas salariais. 87,5% (14) dos 16 funcionários que trabalham mais que 60 horas no total dos empregos, estão enquadrados nas faixas salariais inferiores. Tanto o Mapa de Riscos ⁽³⁶⁾ da unidade estudada quanto o estudo

desenvolvido por Pires ⁽³²⁾, identificam a exposição excessiva a ruídos dos aparelhos como um dos aspectos nocivos do trabalho em unidades de terapia intensiva. Além deste fator de risco à saúde, foram identificados outros próprios do trabalho em enfermagem: a tensão decorrente da convivência com a possibilidade iminente de morte (*burn-out*), o alto contato com materiais infectados e o longo período de trabalho em pé. Considerando os fatores expostos, é possível supor que a carga excessiva de trabalho aumente os riscos de danos à saúde do trabalhador. Cabe ainda a reflexão sobre o possível impacto do déficit de sono ou descanso na atenção necessária à realização do trabalho e ao manuseio dos equipamentos tecnológicos.

Quanto à carga de trabalho na Instituição e no setor estudados, 55% (22) dos funcionários informaram trabalham 40 horas. Tal constatação permite concluir que para a maioria do grupo, o trabalho na Instituição pesquisada é o emprego que mobiliza maior parte do tempo. Especificamente no setor, há relativo equilíbrio entre a carga horária de servidores públicos e cooperativados, apesar das discrepâncias salariais que analisaremos mais adiante. A diferença está na carga horária total trabalhada, somados todos os empregos.

Cabe ressaltar a observação de que entre funcionários que informaram trabalhar em regime de 12 x 60 horas houve informações distintas em relação à carga horária semanal. O cálculo de horas trabalhadas neste regime de plantão indica uma média semanal de 30 horas de trabalho, considerando meses com quatro semanas.

Dentre os servidores públicos, 46% (6) informaram trabalhar 40 horas semanais no setor, 23% (3) informaram trabalhar 30 horas, apenas 1 informou trabalhar entre 20 e 40 horas, 1 informou 24 horas, 1 informou 20 horas e 1 não informou a carga horária trabalhada. Neste grupo, a maioria (54% ou 7) trabalham em regime de escala de 12 x 60 horas, 23% (3) são diaristas e 23% (3) não informaram o regime de escala.

Dos 19 cooperativados, 42% (8) informaram trabalhar 40 horas por semana no setor estudado, 26% (5) informaram 30 horas, 16% (3) 36 horas, 1 informou trabalhar 32 horas, 1 informou 48 horas e 1 informou trabalhar 20 horas no setor de Neonatologia. O regime de escala de trabalho da maioria é de 12 x 60 horas, 79% (15) do grupo trabalha neste regime. 10,5% (2) trabalham em regime de 12 x 36 horas e 10,5% (2) são diaristas.

A totalidade dos terceirizados com vínculo celetista (8) trabalham 40 horas por semana na Neonatologia do Instituto Fernandes Figueira, em regime de escala de 12 x 60 horas com 3 plantões adicionais por mês. Segundo informações recebidas, houve aumento da carga horária para este grupo no momento da migração dos funcionários, anteriormente cooperativados, para os contratos celetistas.

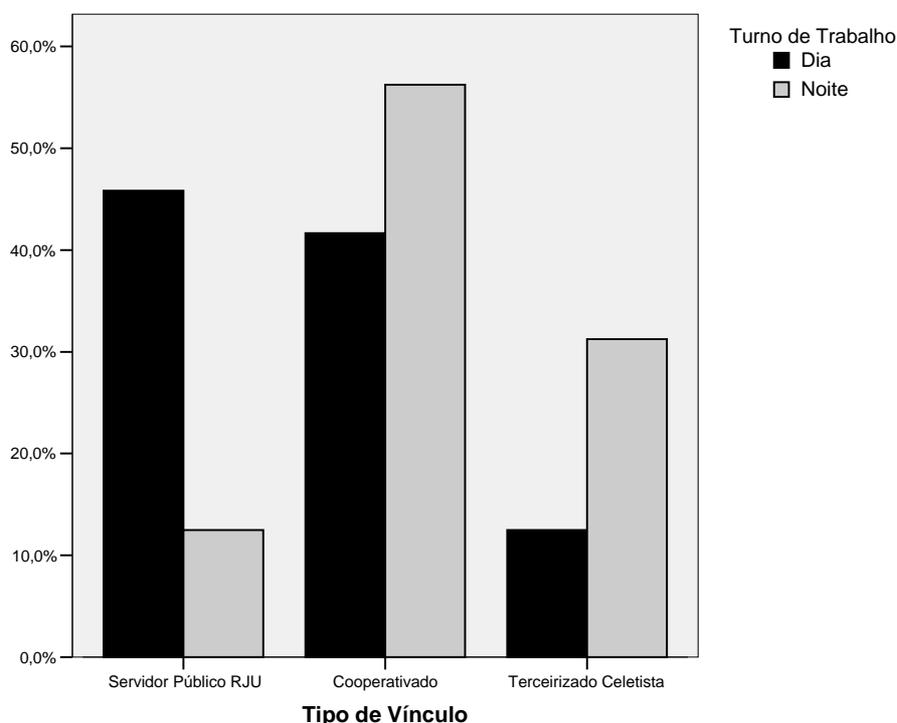
3.3- AS DESIGUALDADES E O CONFLITO

A abordagem política de Dahrendorf⁽²⁴⁾ sobre o conflito moderno entre classes revela suas origens na distribuição desigual de chances de vida em função dos interesses das estruturas de poder dominantes. Sob o enfoque sociológico de Elias, o conflito entre grupos com maior ou menor controle sobre os mecanismos de poder, acontece em função da necessidade de enfraquecer ou reforçar a hierarquia de status vigente. Na ótica organizacional, Motta⁽²⁷⁾ sinaliza que as principais condições que criam oportunidade para o conflito estão relacionadas à inadequação na comunicação (falta ou excesso de informação, ausência de transparência), à estrutura administrativa (tamanho da equipe, iniquidades na alocação de poder e repartição de ganhos, fragmentação) e a aspectos da liderança e cultura institucionais (autoritarismo, paternalismo da liderança e heterogeneidade do grupo). As análises que se seguem revelam o conflito sob todos esses aspectos, indicando as desigualdades existentes. Cabe ponderar a limitação quantitativa do universo para que se obtenha a representatividade percentual desejável.

Primeiros indícios de disparidades entre as categorias de vinculação contratual podem ser observados na distribuição por turnos de trabalho. O trabalho precário parece ter sido adotado também para o preenchimento de vagas em condições menos atraentes, como o trabalho noturno. Os contratos com cooperativas de trabalho não prevêem adicionais por trabalho noturno, ao contrário dos demais contratos protegidos pela legislação trabalhista, agravando a situação de precariedade. As análises que se seguem revelam como a desigualdade penaliza o lado “mais fraco” da relação, aquele que tem menor possibilidade de escolha ou de reação.

O trabalho noturno é realizado por uma maioria de terceirizados, cooperativados e celetistas, conforme demonstrado no gráfico 5.

Gráfico 5 - Tipo de vínculo por turno de trabalho, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.



A concentração de funcionários terceirizados no turno da noite pode apresentar reflexos no sentimento de integração e participação. Esta peculiaridade foi apontada pelos próprios funcionários, durante o contato mantido com as equipes noturnas. Nos plantões da noite, o contato com a chefia e o restante da equipe, onde está inserida a maior parte dos servidores públicos, é restrito ou inexistente. A comunicação acontece primordialmente através do livro de registros que orienta a transferência dos plantões e a interação com o cotidiano de decisões é mínima. Além deste aspecto, os quadros reduzidos de funcionários no turno da noite intensificam o trabalho, ocupando o tempo que seria disponibilizado para reflexões sobre o processo de trabalho e para as trocas interpessoais.

A maioria do grupo estudado é composta por profissionais que trabalham no turno diurno, sendo 60% (24) do total. A concentração de enfermeiros no turno da manhã (dos 24 funcionários, 33,5% (8) são enfermeiros) deve-se ao fato de que neste turno os enfermeiros realizam as atividades que extrapolam a assistência direta. Durante o dia são elaboradas as rotinas que orientam o trabalho da equipe, são realizados os cursos de capacitação, além das definições administrativas quanto à contratação de pessoal aquisição de materiais e

manutenção de equipamentos. No turno da noite, dentre os 16 funcionários entrevistados, apenas 2, ou 12,5% são enfermeiros. Os demais 87,5% (14) são técnicos de enfermagem.

Constata-se no turno da noite não apenas a concentração de funcionários cooperativados e terceirizados celetistas mas, como o reflexo desta concentração, a preponderância das faixas de remuneração inferiores entre os trabalhadores deste turno de trabalho: 37,5% (6) dos trabalhadores noturnos recebem entre 1 e 2 salários mínimos e 50% (8) mais de 2 a 4 salários mínimos. Apenas 12,5% (2) recebem mais do que 4 salários mínimos. Ao contrário do que se poderia imaginar, estes 12,5% com faixa salarial superior não são enfermeiros, mas técnicos de enfermagem servidores públicos.

No turno diurno, a distribuição por faixas salariais é mais uniforme, embora existam funcionários nas faixas salariais superiores a 6 salários mínimos, resultado da concentração no turno da manhã, de servidores públicos: 41,5% (10) dos trabalhadores diurnos recebem mais do que 6 salários mínimos mensais. 17% (4) recebem entre 1 e 2 salários mínimos, 33% (8) mais de 2 a 4 salários mínimos, 8,5% (2) mais de 4 a 6 salários mínimos, 33% (8) mais de 6 a 10 salários mínimos e 8,5% (2) mais de 10 salários mínimos.

No campo da remuneração e, principalmente, dos benefícios se concentram as maiores, mais visíveis e objetivas disparidades. Antes de prosseguir na análise destas disparidades, cabe uma crítica à estruturação das faixas salariais adotada na presente pesquisa. Apesar de permitirem a identificação de discrepâncias, as faixas salariais foram muito amplas. Acredita-se que a adoção de faixas salariais mais estreitas teria permitido a identificação mais clara e precisa de discrepâncias salariais entre funcionários com diferentes vínculos, com função, carga horária tempo de serviço e formação idênticos, bem como do movimento de progressão gradativa relacionada ao tempo trabalhado, à titulação alcançada ou a gradação relacionada ao aumento do número de horas trabalhadas.

A análise da distribuição salarial no grupo estudado é tarefa bastante complexa. Por se tratar de funcionários pertencentes a um grupo bastante heterogêneo e fragmentado do ponto de vista de sua vinculação contratual e funcional, a apreciação dos dados considerou, além do vínculo, a função, o tempo de serviço, a titulação do profissional e o número de horas trabalhadas. Servidores públicos estatutários pertencem a plano de carreiras com regras de progressão funcional atreladas ao tempo de serviço, ao cargo e à titulação. Funcionários cooperativados são remunerados por produção e terceirizados celetistas não

têm em seus contratos de trabalho plano de cargos com regras de progressão ou remuneração distinta em função da titulação. Na lógica da fragmentação contratual, a ausência de critérios equânimes para a atribuição da remuneração consiste grande desafio para a gestão e potencial fator de redução da motivação dos funcionários.

A análise do aspecto salarial nos leva a concluir que existem duas lógicas distintas. A lógica remuneratória dos servidores públicos é determinada pela estruturação do Plano de Carreiras, estando prevista a progressão atrelada ao grau de titulação e ao tempo de serviço. A progressão é limitada, estando grande parte dos servidores técnicos no último estágio da carreira, sem possibilidade de crescimento. A lógica remuneratória dos terceirizados não prevê mecanismos de progressão atrelada ao grau de titulação ou ao tempo de serviço.

Além da ausência de progressão, os dados indicam que há um desnível inicial nos salários pagos aos terceirizados recém ingressos em relação ao que seria pago a um servidor recentemente concursado, no início de sua carreira. Há duas perspectivas de análise para este fato. A primeira seria a compreensão de que a redução de salários pagos aos funcionários terceirizados é devida ao mecanismo de licitação de serviços, que prioriza o menor preço no momento da contratação. A outra é a possibilidade de que a real motivação para que as contratações “flexíveis”, intermediadas por empresas ou cooperativas, seja a redução do custo do trabalho.

Tabela 8 - Salário por tipo de vínculo, função, escolaridade e tempo de serviço, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

	Salário Líquido											
	1 a 2 Salários Mínimos		2 a 4 Salários Mínimos		4 a 6 Salários Mínimos		6 a 10 Salários Mínimos		Mais de 10 Salários Mínimos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Tipo de Vínculo												
Servidor Público RJU	0	0,0	1	6,3	1	33,3	9	100,0	2	100,0	13	32,5
Cooperativado	9	90,0	10	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	47,5
Terceirizado	1	10,0	5	31,3	2	66,7	0	0,0	0	0,0	8	20,0
Celetista												
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>10,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>3</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>
Função												
Auxiliar de Enfermagem	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	2,5
Técnico de Enfermagem	10	100,0	11	68,8	2	66,7	5	55,6	1	50,0	29	72,5
Enfermeiro	0	0,0	5	31,3	1	33,3	3	33,3	1	50,0	10	25,0
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>3</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>
Escolaridade												
2º Grau Completo	8	80,0	3	18,8	1	33,3	4	44,4	0	0,0	16	40,0
Superior Completo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	50,0	1	2,5
Superior Incompleto	2	20,0	8	50,0	1	33,3	0	0,0	0	0,0	11	27,5
Especialização	0	0,0	4	25,0	0	0,0	4	44,4	1	50,0	9	22,5
Residência	0	0,0	1	6,3	1	33,3	0	0,0	0	0,0	2	5,0
Mestrado	0	0,0	0	0,0	0	0,0	1	11,1	0	0,0	1	2,5
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>3</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>
Tempo de Serviço												
Menos de 1 ano	1	10,0	5	31,3	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	15,0
De 1 a 2 anos	3	30,0	4	25,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	7	17,5
De 2 a 5 anos	5	50,0	3	18,8	1	33,3	0	0,0	0	0,0	9	22,5
De 5 a 10 anos	1	10,0	3	18,8	0	0,0	1	11,1	0	0,0	5	12,5
Mais de 10 anos	0	0,0	1	6,3	2	66,7	8	88,9	2	100,0	13	32,5
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>3</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>

A faixa salarial de maior concentração no grupo estudado é de mais de 2 a 4 salários mínimos, estando nela inseridos 40% (16) dos funcionários. 25% (10) recebem entre 1 e 2 salários mínimos, 7,5% (3) mais de 4 a 6 salários mínimos, 22,5% (9) mais de 6 a 10 salários mínimos e 5% (2) mais de 10 salários mínimos.

Todos os que recebem entre 1 e 2 salários mínimos são técnicos de enfermagem, estando 36% (10) desta categoria inserida nesta faixa salarial inferior. 39% (11) dos técnicos de enfermagem recebem entre 2 e 4 salários mínimos, 7% (2) mais de 4 a 6 salários, 17% (5) mais de 6 a 10 salários e 4% (1) mais de 10 salários mínimos.

De maneira geral, não é possível perceber correlação entre os salários nas faixas inferiores e o tempo de serviço em uma mesma categoria funcional, em função da concentração, nestas faixas, de funcionários terceirizados. Entre os técnicos de enfermagem que recebem entre 1 e 2 salários mínimos, 40% (4) têm entre 1 e 2 anos na Instituição, 50% (5) mais de 2 a 5 anos e 10% (1) mais de 5 a 10 anos. Entre os técnicos de enfermagem que recebem mais de 2 a 4 salários mínimos, 18% (2) tem menos de um ano na Instituição, 36,5% (4) tem entre 1 e 2 anos, 18% (2) mais de 2 a 5 anos, 18% (2) mais de 5 a 10 anos e 9,5% (1) mais de 10 anos. Há trabalhadores cooperativados inseridos na mesma faixa salarial – de 1 a 2 salários – com tempo de serviço indicado nas faixas de menos de 1 ano até 5 a 10 anos.

Nas faixas salariais superiores, a correlação entre salário e tempo de serviço torna-se possível em função da concentração, nestas faixas, de servidores públicos. Segundo depoimento obtido durante o contato com o grupo, esta superioridade salarial se reflete no valor cobrado pelos profissionais nos plantões extraordinários.

“Os plantões dos servidores são mais caros, apesar de alguns servidores cobrarem menos”.

Cooperativado

Ressalva-se que não há nos dados coletados fonte de comprovação da informação obtida. Dentre os técnicos de enfermagem que recebem mais de 4 salários mínimos, todos tem mais de 10 anos na Instituição. A maioria, 62,5% (5), recebem mais de 6 a 10 salários mínimos e um (1) recebe mais de 10 salários mínimos.

Cinquenta por cento (5) dos enfermeiros recebem entre 2 e 4 salários mínimos, 10% (1) mais de 4 a 6 salários, 30% (3) mais de 6 a 10 salários e 10% (1) mais de 10 salários

mínimos. Não há enfermeiros na faixa salarial inferior, de 1 a 2 salários mínimos. Entre os enfermeiros, é menor o grau de percepção de diferenças salariais atreladas ao tempo de serviço na faixa salarial inferior. Nestas faixas concentram-se os enfermeiros cooperativados. Dentre os que recebem mais de 2 a 4 salários, 60% (3) tem menos de 1 ano na Instituição, 20%(1) mais de 2 anos a 5 anos e 20% (1) mais de 10 anos. Cabe a observação da existência de registro de enfermeiro cooperativado com especialização, carga horária de 40 horas e mais de 5 anos de serviço inserido em faixa de remuneração idêntica a de técnico de enfermagem celetista com carga horária e tempo de serviço idênticos. Também é percebida a discrepância salarial entre enfermeiro cooperativado com especialização, carga horária de 40 horas e mais de 5 anos de serviço, inserido na faixa salarial de 2 a 4 salários mínimos e enfermeiro servidor público com titulação, carga e tempo de serviço idênticos em faixa salarial de 4 a 6 salários mínimos.

Frente à constatação da existência de discrepância salarial entre profissionais com a mesma função, o mesmo grau de titulação e tempo de serviço idênticos, com vínculos contratuais distintos, infere-se que a forma de vinculação é determinante da remuneração. Entre os terceirizados não há evidências de vinculação entre a qualificação e a remuneração, salvo aquela relacionada à função ocupada. A conformação de disparidades intracategoriais geradas pela precarização do trabalho é sinalizada por Castel ⁽²⁰⁾. Analisando o contexto de insegurança produzido pelo enfraquecimento do Estado do bem estar social, cita como exemplo destas disparidades produzidas, a constatação de que entre dois trabalhadores como a mesma qualificação, as condições e garantia de inserção no mercado de trabalho não serão as mesmas.

Entre os enfermeiros que recebem mais de 6 a 10 salários mínimos, todos estão a mais de 5 anos na instituição, tendo 75% (2) destes, mais de 10 anos no serviço. O enfermeiro que recebe mais de 10 salários mínimos está a mais de 10 anos no serviço.

Apenas um funcionário exerce chefia, sendo remunerado por seu exercício, o que confirma a concentração de poder e estruturação hierárquica rígida própria do trabalho em enfermagem.

A conjunção dos fatores maior tempo de serviço, inserção em Plano de Carreiras com regras de progressão e remuneração vinculada ao grau de titulação e concentração de enfermeiros no grupo, configura a inserção de todos os servidores públicos nas faixas

salariais superiores. Dentre estes, 69% (9) recebem mais de 6 a 10 salários mínimos, 15% (2) mais de 10 salários, 8% (1) mais de 4 a 6 salários e 8% (1) mais de 2 a 4 salários mínimos. Conforme registrado anteriormente, não há neste grupo funcionários com menos de 5 anos de tempo de serviço na Instituição. Observa-se, no entanto, que o salário inicial da carreira, para o cargo de técnico de enfermagem sem nenhuma titulação, é superior a 2 salários mínimos, correspondendo à faixa salarial indicada por todos os enfermeiros cooperativados, estando 3 há menos de 1 ano na Instituição e 2 há mais de 2 anos. Há um perceptível desnível entre as remunerações de servidores públicos e cooperativados, quando confrontados os salários iniciais da carreira do servidor com a faixa salarial de 1 a 2 salários mínimos indicada por 31,5% (6) dos cooperativados com mais de 1 até 5 anos de serviço.

Percebe-se relativa correlação entre a distribuição remuneratória e a escolaridade. Entre os funcionários que recebem entre 1 e 2 salários mínimos, 80% (8) tem 2º grau completo e 20% (2) curso superior incompleto. Entre os que recebem mais de 2 a 4 salários mínimos, 50% (8) tem curso superior incompleto, 25% (4) tem especialização, 18,8% (3) tem 2º grau completo e 6,2% (1) tem residência. Entre os que recebem mais de 4 a 6 salários mínimos, 33,3% (1) tem 2º grau completo, 33,3% (1) curso superior incompleto e 33,3% (1) tem residência. Entre os que recebem mais de 6 a 10 salários mínimos, 44,4% (4) tem especialização, 44,4% (4) tem 2º grau completo, 11,1% (1) tem mestrado. Entre os funcionários que recebem mais de 10 salários mínimos, 50% (1) tem nível superior completo e 50% (1) tem especialização.

Os mais claros e maiores desníveis são aqueles relacionados ao acesso a benefícios e garantias trabalhistas. Nenhum funcionário terceirizado, cooperativado ou celetista, tem direito ao plano de saúde e seguridade próprios da Instituição estudada, direito este assegurado à totalidade dos servidores públicos. O mesmo ocorre em relação à creche oferecida aos servidores públicos. Observe-se que a quase totalidade dos funcionários terceirizados (99%) são mulheres em idade reprodutiva e que a ausência de auxílio creche ou do direito à creche na Instituição deve representar mais um fator de dificuldades cotidianas para esse grupo.

Refletindo uma grande contradição, em que parcela significativa do pessoal empregado na assistência à saúde não tem a própria cobertura de saúde assegurada, percebe-se que entre

os funcionários terceirizados, apenas os celetistas tem plano de saúde garantido no contrato de trabalho. Dentre estes, apenas 1, ou 12,5% do conjunto, contrata plano de saúde complementar, familiar. Dentre os cooperativados, 53% (10) não possuem nenhum plano de saúde. 26% (5) contratam plano individual e 21% (4) pagam planos familiares.

Tabela 9 - Benefícios e direitos trabalhistas por faixa salarial, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

	Salário Líquido											
	1 a 2 Salários Mínimos		2 a 4 Salários Mínimos		4 a 6 Salários Mínimos		6 a 10 Salários Mínimos		Mais de 10 Salários Mínimos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Direito ao Fioprev												
Sim	0	0,0	0	0,0	1	33,3	9	100,0	2	100,0	12	30,0
Não	10	100,0	16	100,0	2	66,7	0	0,0	0	0,0	28	70,0
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>3</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>
Plano de Saúde												
Sim	1	10,0	6	37,5	2	100,0	0	0,0	0	0,0	9	32,1
Não	9	90,0	10	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	67,9
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>	<i>28</i>	<i>100,0</i>
Contrata Plano de Saúde												
Sim, plano individual	4	44,4	1	9,1	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	25,0
Sim, plano familiar	2	22,2	4	36,4	0	0,0	0	0,0	0	0,0	6	30,0
Não	3	33,3	6	54,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	9	45,0
<i>Total</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>11</i>	<i>100,0</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>	<i>0</i>	<i>0,0</i>	<i>20</i>	<i>100,0</i>
Auxílio Refeição												
Sim	1	10,0	6	37,5	3	100,0	9	100,0	2	100,0	21	52,5
Não	9	90,0	10	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	47,5
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>3</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>
Vale-Transporte												
Sim	1	10,0	6	37,5	3	100,0	8	88,9	1	50,0	19	47,5
Não	9	90,0	10	62,5	0	0,0	1	11,1	1	50,0	21	52,5
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>3</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>
Direito à Creche												
Sim	0	0,0	1	6,3	1	33,3	9	100,0	2	100,0	13	32,5
Não	10	100,0	15	93,8	2	66,7	0	0,0	0	0,0	27	67,5
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>3</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>

continua

Tabela 9 - Benefícios e direitos trabalhistas por faixa salarial , Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006. (continuação)

	Salário Líquido											
	1 a 2 Salários Mínimos		2 a 4 Salários Mínimos		4 a 6 Salários Mínimos		6 a 10 Salários Mínimos		Mais de 10 Salários Mínimos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Férias Remuneradas												
Sim	3	30,0	6	37,5	3	100,0	9	100,0	2	100,0	23	57,5
Não	7	70,0	10	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	17	42,5
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>3</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>
Férias Últimos 2 Anos												
Sim	5	50,0	2	12,5	2	66,7	9	100,0	2	100,0	20	50,0
Não	5	50,0	14	87,5	1	33,3	0	0,0	0	0,0	20	50,0
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>3</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>
13º Salário												
Sim	1	10,0	6	37,5	3	100,0	9	100,0	2	100,0	21	52,5
Não	9	90,0	10	62,5	0	0,0	0	0,0	0	0,0	19	47,5
<i>Total</i>	<i>10</i>	<i>100,0</i>	<i>16</i>	<i>100,0</i>	<i>3</i>	<i>100,0</i>	<i>9</i>	<i>100,0</i>	<i>2</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>

Acentuando a natureza contraditória da distribuição de benefícios, percebe-se que o déficit da cobertura de saúde é quase absoluto nas faixas salariais inferiores e inexistente nas faixas superiores. Como se pode perceber na análise da tabela 9 a mesma realidade é observada em relação aos demais benefícios, auxílios e direitos. Entre os funcionários que recebem entre 1 e 2 salários mínimos, nenhum tem plano de saúde garantido no contrato de trabalho, 60% (6) contratam planos por conta própria e 40% (4) não possuem nenhum plano de saúde. Entre os que recebem mais de 2 a 4 salários mínimos, 33,3%(3) não tem plano de saúde no contrato de trabalho. Dentre estes, 45,5% (5) contratam planos por conta própria e 54,5% (6) não possuem plano de saúde. Todos os funcionários que tem direito a plano de saúde pelo contrato de trabalho, recebem mais de 4 salários mínimos.

Nenhum cooperativado recebe auxílio refeição ou vale transporte. Todos os demais funcionários, servidores públicos e terceirizados celetistas recebem estes auxílios. Todos os funcionários que não recebem auxílio refeição ganham menos de 4 salários mínimos. A

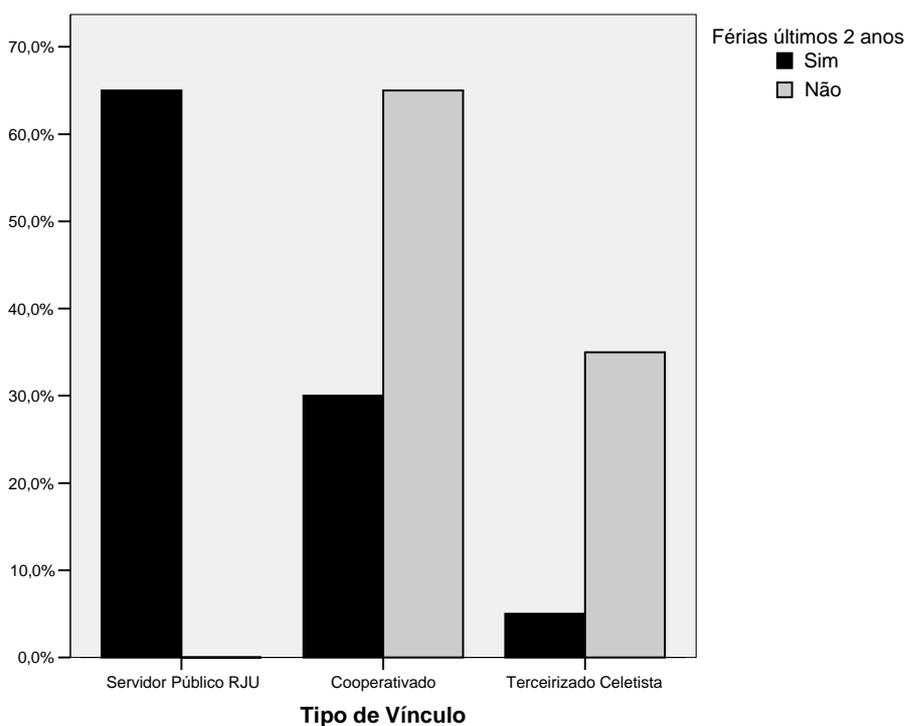
maioria, 66%(14), dos que recebem o benefício ganham mais de 4 salários mínimos. Todos os funcionários que não tem vale transporte recebem menos de 4 salários. 65% (13) dos que tem direito ao vale transporte recebem mais de 4 salários mínimos. A mesma distribuição ocorre em relação ao pagamento de 13º salários e as férias remuneradas.

A quase totalidade dos que tem direito à creche, 85% (11), recebem mais do que 6 salários mínimos, enquanto 93% (25) dos que não tem acesso a tal benefício recebem menos do que 4 salários mínimos.

Nenhum cooperativado recebe o 13º salário ou adicional de férias. Todos os demais funcionários, servidores públicos e terceirizados celetistas têm este direito assegurado.

As informações sobre o gozo de férias nos dois últimos anos confirmam a tendência à intensificação e degradação das condições de trabalho nos grupos com contratos precários. Somente 50% (20) do grupo estudado informou ter gozado férias nos últimos dois anos. Dentre estes, 65% (13) são servidores públicos, 30% (6) cooperativados e 5% (1) terceirizado celetista (gráfico 6).

Gráfico 6 - Incidência de férias por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.



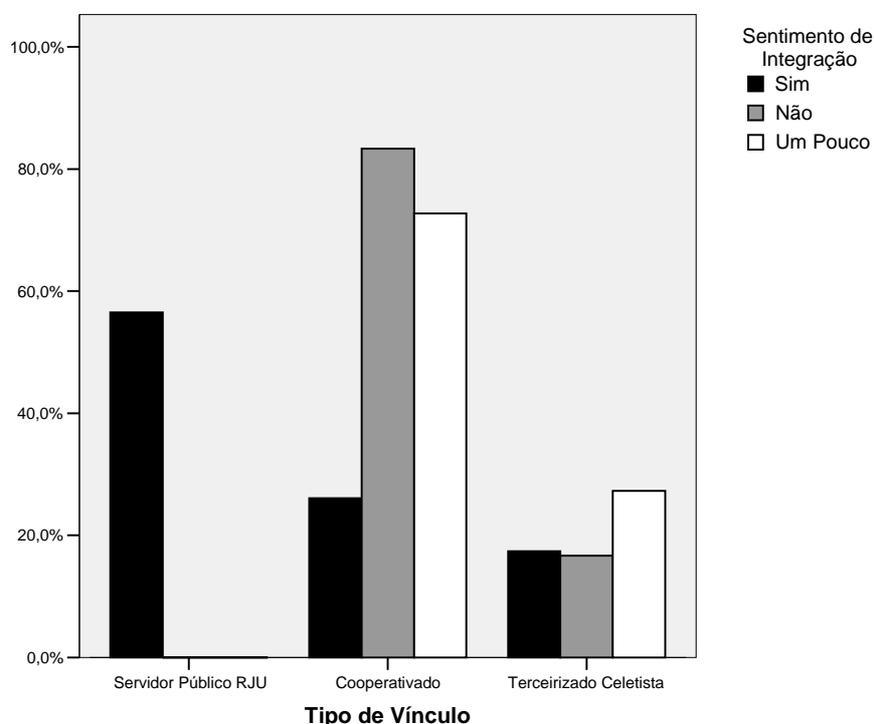
Entre os servidores públicos, todos tiraram férias nos últimos dois anos, enquanto apenas 31% (6) dos cooperativados tiveram férias nos dois últimos anos e somente 1 funcionário, ou 12,5% do grupo de terceirizados celetistas tiveram férias neste período.

Dentre os funcionários que tiveram férias nos últimos dois anos, 65% (13) recebem mais de 4 salários mínimos. Entre os que não tiveram férias nos últimos dois anos, 95% (19) recebem menos de 4 salários mínimos.

Até aqui, foram analisados aspectos objetivos das desigualdades. A abordagem que se segue procura tratar as questões relacionadas à subjetividade e à dinâmica das relações estabelecidas no grupo.

É necessário, para a adequada observação dos dados relativos à percepção do trabalhador sobre a forma com que se insere na Instituição, na equipe e sobre a dinâmica das relações que ali se estabelece, que a análise esteja pautada no conceito de trabalho enquanto produtor e condicionador da subjetividade (Matrajt apud Novo) ⁽²¹⁾. A existência do trabalhador no contexto da flexibilização e precarização do trabalho passa a ser permeada pelo binômio exclusão x inclusão, proposto por Novo ⁽²¹⁾ e evidenciado na classificação dos trabalhadores da saúde em típicos e atípicos, proposta por Nogueira e Santana ⁽¹⁹⁾. Nessa lógica, conforma-se um novo modo de vida, instável e inseguro. Retomando as reflexões do capítulo I, infere-se a possibilidade de que o desejo de pertencimento e de preservação da identidade do trabalhador precarizado, confrontado pela instabilidade produzida pela nova ordem e acirrado pela percepção de disparidades em relação ao grupo estabelecido, representante de uma antiga ordem estável, estabelecida e pactuada, produza tensão entre indivíduos, entre estes e a Instituição e sua direção. Identidade profissional, distribuição de poder e status são algumas categorias de análise das fontes potenciais de conflito.

Gráfico 7 - Sentimento de integração por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.



No que tange ao sentimento de integração, uma análise que pretenda identificar correlação direta entre a forma contratual e o grau de integração, deve considerar o menor tempo de permanência na Instituição do grupo de funcionários terceirizados, além da concentração dos mesmos no turno da noite. Um conjunto de fatores – tempo, vínculo e turno de trabalho – são determinantes do sentimento de integração, não sendo possível um olhar fragmentado sobre o fenômeno. Talvez seja possível projetar, a médio ou longo prazo, a conformação de grupos de trabalhadores menos integrados às Instituições com que mantêm vínculos contratuais frágeis, mas a leitura dos dados ainda parece insuficiente para que se chegue a tal conclusão. No presente recorte, constata-se apenas a existência de um grupo antigo completamente integrado e de outro, com formação recente, com menor grau de integração (tabela 7).

Cabe observar que utilizou-se a gradação “um pouco” com o objetivo de permitir a percepção da sutileza do fenômeno de integração, entendendo que a apresentação de apenas duas alternativas - “não” ou “sim” – provocaria a supressão da manifestação dos reflexos da transitoriedade e da instabilidade da vinculação. “Um pouco” parece traduzir

incompletude, insatisfação, desejo de obter mais e foi essa a opção indicada pelo maior número de funcionários terceirizados – celetistas ou cooperativados.

As desigualdades parecem mais nítidas quando analisados os graus de participação institucional e de representatividade nas estruturas de poder.

O grau de participação da equipe nos processos decisórios institucionais e no âmbito das discussões sobre o cotidiano de trabalho reflete a manutenção da estrutura de poder vigente, mantendo à margem dos espaços de participação os trabalhadores com vínculos terceirizados, instáveis.

Analisando o desempenho em equipes de saúde, Motta ⁽²⁷⁾ identifica o papel da participação na alteração das relações de poder. Segundo ele “a participação constitui uma forma dinâmica de restaurar o equilíbrio de poder e caminhar para a solução de conflitos reais” ⁽²⁷⁾, caracterizando-se como formas de influência dos membros nos destinos da equipe. Alguns aspectos peculiares das formas de vinculação do grupo observado precisam ser ressaltados para assegurar a adequada compreensão dos limites colocados à participação que extrapolam, ou reforçam a manutenção da ordem vigente.

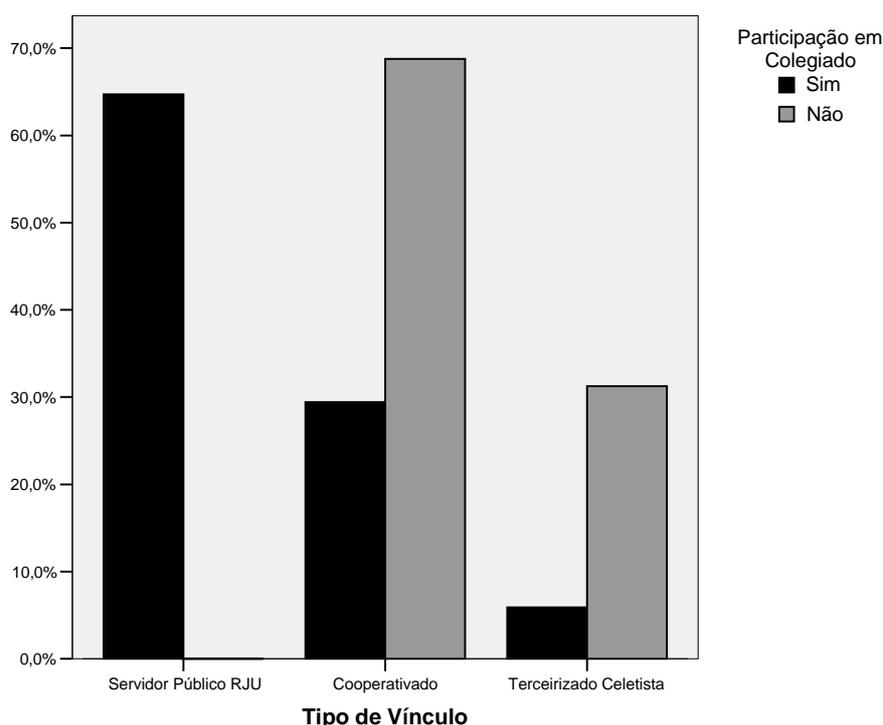
O primeiro aspecto é a baixa governabilidade do Instituto Fernandes Figueira sobre as decisões a cerca dos mecanismos de incorporação e recompensa do pessoal empregado, uma vez que está vinculado às macro diretrizes institucionais da Fundação Oswaldo Cruz, por sua vez vinculada às decisões governamentais, do Ministério da Saúde em interação com o Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. Além desta limitação, as relações de trabalho são pautadas por condições contratadas a partir do critério de menor preço. O outro é a inadequação da regulamentação no que tange as relações de trabalho mantidas com funcionários de empresas terceirizadas ou cooperativas que prestam serviços de assistência em entidade pública. Como dito anteriormente, em tese, a gestão deste pessoal deveria ser realizada pela prestadora de serviços. Sob o prisma legal, a inserção de terceirizados nos espaços institucionais de gestão participativa, configura relação irregular.

O Instituto Fernandes Figueira, integrante da Fundação Oswaldo Cruz, segue o modelo de gestão participativa adotado pela Instituição. As diretrizes estratégicas da gestão são determinadas por um processo de debate democrático que envolve representantes eleitos

pelos trabalhadores. As decisões são compartilhadas pelo Conselho Deliberativo do hospital, composto por chefias eleitas.

A possibilidade de participação institucional dos funcionários com diferentes formas de vinculação neste cenário, está retratada pelo gráfico 8.

Gráfico 8 - Participação institucional por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.



Quarenta por cento (16) do grupo observado informaram ter direito a participar em colegiados de decisão e gestão participativa. Dentre estes, 62,5% (10) são servidores públicos, 31% (4) cooperativados e 16,5% (2) celetistas. Cabe observar que entre os terceirizados, a maioria das experiências de participação relatadas foi pautada nas ocasiões em que foram chamados a votar durante eleições de chefias. Observe-se que o grupo de servidores constitui a minoria (13 em 40), no entanto, concentra o maior índice de direito à participação em colegiados decisórios. Entre os que informaram a não participação em colegiados, 45% (18) do grupo, 95% (17) são funcionários terceirizados, cooperativados e celetistas. Não souberam informar se tem direito a participar em colegiados 15% (6) dos entrevistados.

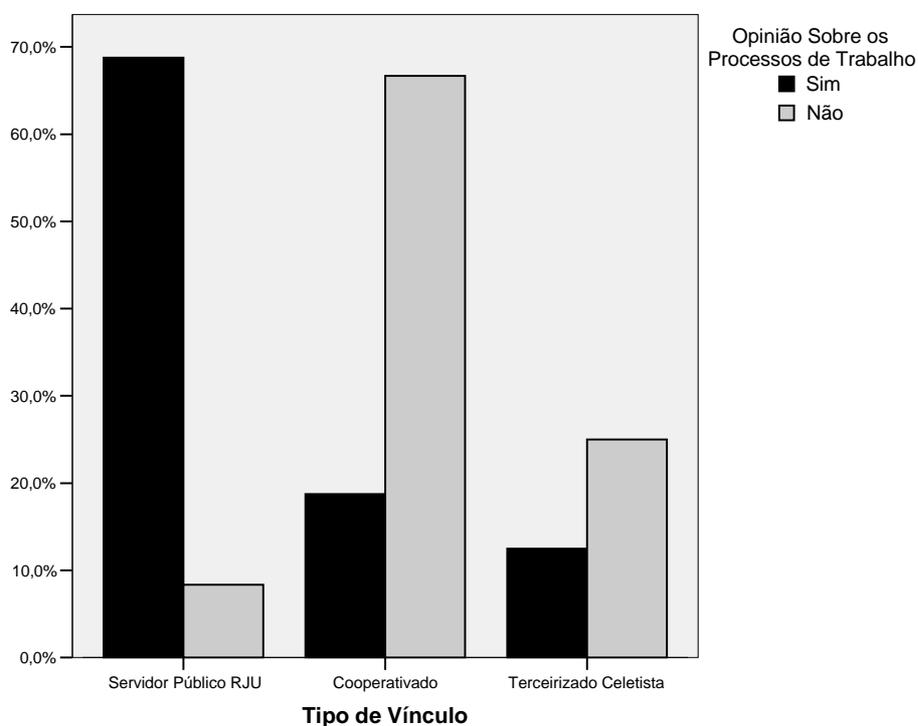
Dentre os que têm direito à participação, 24% (4) participam efetivamente, sendo que 75% (3) destes são servidores públicos), 35% (6) já participaram (sendo que 50% (3) dos mesmos são servidores) e 41% (7) nunca participaram.

As reuniões de equipe contam com a participação de 85% (34) dos informantes. Todos os que não participam de reuniões de equipe (6) são cooperativados, dentre estes, 67% (4) trabalham no turno da noite. Sobre a natureza das reuniões, as conversas mantidas ao longo das entrevistas revelaram ser, com maior frequência, disciplinar.

Tal informação parece ser confirmada pela constatação de que, apesar do elevado índice de participação em reuniões de equipe, a maioria, ou 65% (26) do grupo informou não opinar sobre os processos de trabalho. A inexistência do envolvimento dos trabalhadores na formulação de melhorias, na proposição de novas práticas poderia ser atribuída à natureza parcelar e hierarquizada da organização tradicional do trabalho em enfermagem, no entanto, percebe-se a concentração de servidores públicos entre os trabalhadores que informaram opinar sobre os processos de trabalho (gráfico 9) .

O baixo grau de participação dos funcionários terceirizados pode estar atrelado a diversos fatores. A ausência de reconhecimento da legitimidade do grupo para participar das discussões sobre os processos de trabalho pode ser um destes fatores. O outro, como já dito, pode ser a concentração destes funcionários no turno da noite e a pouca disponibilidade de tempo entre os que possuem mais de um emprego. Estas são possíveis abordagens mais perceptíveis, no entanto, Zeligmann ⁽²²⁾ indica a possibilidade de que a instabilidade e a precariedade da relação de trabalho interfiram no grau de comprometimento dos empregados. O baixo índice de adesão dos funcionários as oportunidades de participação também pode sinalizar a existência deste fenômeno.

Gráfico 9 - Opinião sobre os processos de trabalho por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.



Parece ter sido observada conformação contrária à tendência recente de mudança no trabalho na enfermagem identificada por Pires ⁽³²⁾. Segundo a autora, essa tendência é mais perceptível nas unidades de terapia intensiva, em que a introdução dos cuidados integrais mobiliza profissionais mais qualificados capazes de promover avaliação da situação e alteração na conduta, com maior grau de autonomia. O grupo estudado revela de forma geral, baixo grau de autonomia e participação e grande discrepância nestes graus entre os diferentes vínculos contratuais. Entre os cooperativados, 89% (17) informaram que não opinam sobre os processos de trabalho, o mesmo ocorrendo com 75% (6) dos celetistas. No grupo de servidores, 77% (10) informaram opinar.

Os dados obtidos não são suficientes ou adequados para evidenciar o conflito entre os estratos provocado pela dicotomia entre o saber e o fazer onde os enfermeiros afastados das tarefas rotineiras assistenciais determinam a forma como essas tarefas devem ser realizadas, característica do trabalho em enfermagem sinalizada por Pires ⁽³¹⁾. Revelam, outrossim, o conflito entre os estratos configurados pela forma de vinculação contratual. Todos os enfermeiros servidores públicos (4) informaram opinar sobre os processos de trabalho, enquanto todos os enfermeiros com outras formas de vinculação (6) informaram

que não opinam sobre os processos de trabalho. Ao longo da análise sobre as relações de trabalho da equipe estudada, no que diz respeito à proporção de enfermeiros em relação aos técnicos e auxiliares de enfermagem, indicou-se a predominância entre as enfermeiras, de vínculos precários através de cooperativas. A reflexão proposta indicou duas possíveis implicações da precarização dos vínculos da enfermagem: a quebra da relação hierárquica entre os diferentes vínculos neste estrato funcional ou a possibilidade de concentração do poder em um grupo reduzido de enfermeiras estatutárias. Os dados obtidos parecem confirmar a segunda interpretação, se sobrepondo a hierarquia de status entre os vínculos à hierarquia entre os estratos funcionais.

Distribuição semelhante verifica-se em relação à participação em novos projetos. 75% (30) dos entrevistados informaram não participar de novos projetos. Entre os 25% (10) que informaram participar, 90% (9) são servidores públicos. Apenas 1 cooperativado informou participar, representando 5% do conjunto. A totalidade dos celetistas informou que não participa de novos projetos.

O grau e a forma de participação parecem estar atrelados tanto à distribuição do poder, concentrado no grupo estável, de conformação antiga, formado por servidores públicos quanto ao status funcional que confere a este grupo maior legitimidade. Este quadro é ilustrado pelos depoimentos de funcionários terceirizados:

-“Na relação informal não há diferenças, somos todos amigos, mas no formal tem muita diferença. Quer ver? Quando precisamos pedir alguma coisa à chefia, pedimos a um servidor para falar porque ele é ouvido”.

Funcionário terceirizado celetista

- É difícil explicar a diferença, como eu vou falar? É o lado mais fraco (o terceirizado), é isso!

Cooperativado

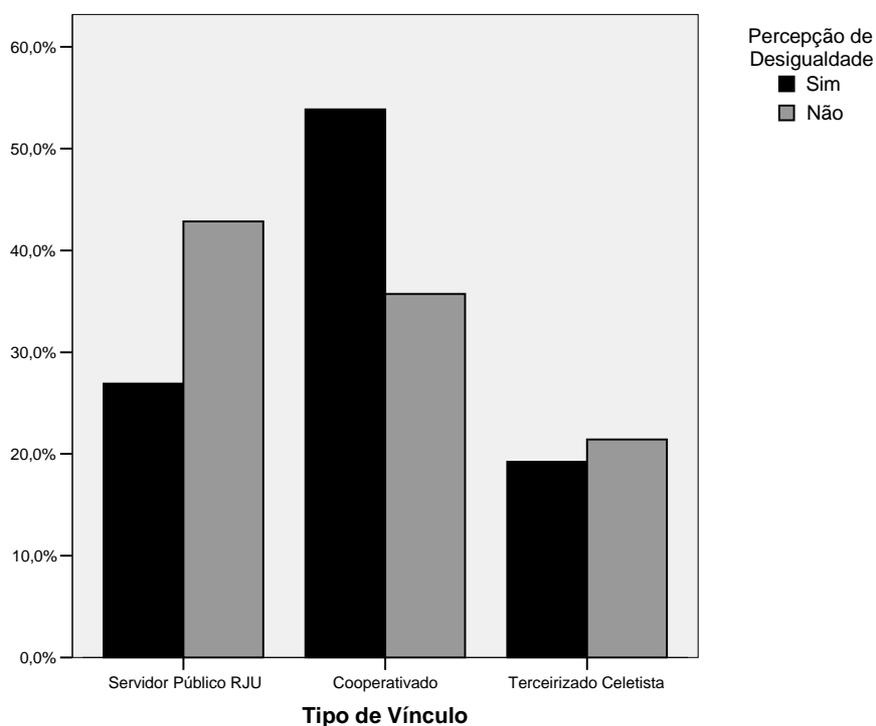
-“Os servidores têm prioridade na escolha das férias e das escalas. O que sobra é do terceirizado. Férias em mês “nobre” só para servidor”.

Funcionário terceirizado celetista

É árdua a tarefa dos gestores de serviços de saúde no que diz respeito ao gerenciamento de múltiplos vínculos de trabalho. O aparato jurídico que sustenta cada tipo de relação contratual é diferenciado, assim como a contrapartida recebida pelos trabalhadores por sua dedicação ao trabalho. Além de diferenciado, o aparato é inadequado para a forma de inserção e vinculação real dos profissionais ao serviço. Na teoria, o trabalho cooperativado é essencialmente autônomo, existindo subordinação apenas ao objetivo da contratação, ou seja, à necessidade de que o serviço seja realizado. O trabalho terceirizado tendo o trabalhador vinculação celetista é, em tese, subordinado à empresa de terceirização que presta serviços ao hospital. Ora, o que ocorre no cotidiano da equipe estudada é a subordinação de todos os trabalhadores, independentemente do vínculo, a uma estrutura hierarquizada, em funções cotidianas, com a gestão integralmente realizada pela instituição hospitalar contratante dos serviços. Mais uma vez, percebe-se a quebra do coletivo de trabalhadores e a conformação de condições propícias ao surgimento da gestão individualizada das situações de trabalho apontada por Castel (20) como responsável pela intensificação da “concorrência entre iguais”, resultante da dinâmica de descoletivização em que membros de uma mesma categoria deixam de se mobilizar para a conquista de benefícios comuns, estimulando a disputa individual por melhores condições.

No cenário da gestão individualizada ou fragmentada do coletivo de trabalhadores, percepção de desigualdade nas regras de gestão do cotidiano é elevada. A maioria, 62,5% (25) do grupo estudado, informou perceber desigualdade nas regras do cotidiano de trabalho colocadas aos membros da equipe. A percepção é mais acentuada entre os terceirizados. 68% (13) dos cooperativados e 62,5% (5) dos celetistas informaram a mesma percepção. 54% (7) dos servidores informaram perceber desigualdades (gráfico 10).

Gráfico 10 - Percepção de desigualdades por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.



A diferença com maior incidência de percepção foi em relação ao grau de cobrança e exigência, sinalizada por 72% (18) do grupo que percebe desigualdade. Essa realidade parece estar manifesta pela fala registrada ao longo dos encontros com a equipe:

“A culpa sobre o que sai errado é sempre do terceirizado”.

Funcionário terceirizado celetista

A desigualdade no reconhecimento do trabalho foi percebida por 48% (12) do grupo. O controle de frequência desigual foi apontado por 44% (11) do grupo. A existência de diferenças no controle de frequência foi sinalizada em distintos depoimentos obtidos.

“Se “eles” faltam ou atrasam são descontados, por isso, fica mais fácil controlar”

Servidor público

“Os servidores não têm exigência de pontualidade. Pela legislação profissional, ninguém é obrigado a “dobrar” um plantão se o outro faltar, mas nas regras do hospital, sim. O erro maior não é de quem falta, mas de quem não fica para cobrir o plantão” .

Funcionário terceirizado celetista

“Não sei se tem punição para quem não cobrir o colega que faltar ou atrasar mas acho que ninguém “paga para ver”, porque para nós pode funcionar como no hospital particular, se não respeitar, você pode ser mandado embora”.

Funcionário terceirizado celetista

Comprovando o caráter subjetivo que permeia tais interpretações, observa-se o registro, dentre os terceirizados, de opinião que não vincula o grau de responsabilidade no cumprimento do dever ao tipo de vinculação contratual:

“Acho que a falta aos plantões ou a não permanência para cobrir o seguinte não depende do vínculo, mas da pessoa”.

Funcionário terceirizado celetista

Qualquer que seja a opinião sobre a questão da pontualidade e assiduidade, o estatuto da estabilidade do servidor público, que garante a manutenção do emprego, salvo infrações graves confrontado com a instabilidade do terceirizado, parece permear a relação dos profissionais com o cotidiano de trabalho.

A participação nas decisões e a carga horária foram apontadas por 40% (10) do grupo de cooperativados.

É interessante a observação de que, entre os servidores públicos, as manifestações de desigualdade mais percebidas são de natureza objetiva ou ligada à distribuição do poder. Já entre os terceirizados, as desigualdades mais percebidas são aquelas relacionadas a aspectos subjetivos.

Os servidores públicos que percebem desigualdades apontaram com maior frequência 71% (5) para as desigualdades relativas a carga horária. 57% (4) do grupo de servidores que percebem desigualdades apontaram com a mesma frequência desigualdades na participação nas decisões, no controle de frequência e no grau de cobrança e exigência. Com menor

freqüência, 43% (3) do grupo de servidores informaram perceber desigualdade no reconhecimento do trabalho.

Entre os cooperativados, a desigualdade apontada com maior freqüência é o grau de cobrança e exigência, apontado por 92% (12) do grupo que percebe desigualdade. O reconhecimento do trabalho é a segunda desigualdade com maior grau de percepção, apontada por 54% (7) dos cooperativados que percebem desigualdades. 31% (4) deste grupo percebe desigualdade no controle de freqüência, 23% (3) na participação nas decisões e apenas 8%(1) na carga horária.

Entre os terceirizados celetistas, a desigualdade na carga horária é apontada com maior freqüência, por 80% (4) do grupo que percebe desigualdade. Este resultado pode ser explicado pelas informações obtidas por ocasião da aplicação dos questionários de que, no momento da migração dos contratos com cooperativas de trabalho para contratos celetistas, houve aumento da carga horária trabalhada pelos terceirizados em troca da concessão de cesta de benefícios e do acesso à proteção social assegurada pela CLT. Controle de freqüência e participação nas decisões são desigualdades apontadas igualmente por 60% (3) do grupo. 40% (2) do grupo apontaram o grau de cobrança e exigência e o reconhecimento do trabalho como desigualdades percebidas.

Uma das características de uma instituição de pesquisa em Ciência e Tecnologia é a disseminação do conhecimento produzido e a necessidade de formação de quadros profissionais especializados. A oferta de capacitação pela Instituição é confirmada por todos os funcionários, no entanto, a tabela 10 sinaliza que no grupo terceirizado, a participação em ações de capacitação é menor.

Tabela 10 - Número de cursos realizados por tipo de vínculo, Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

Número de Cursos Realizados	Tipo de Vínculo							
	Servidor Público RJU		Cooperativado		Terceirizado Celetista		Total	
	n	%	N	%	n	%	n	%
Nenhum	0	0,0	7	38,9	0	0,0	7	17,9
1 curso	0	0,0	5	27,8	3	37,5	8	20,5
2 a 5 cursos	1	7,7	5	27,8	3	37,5	9	23,1
Mais de 5 cursos	12	92,3	1	5,6	2	25,0	15	38,5
<i>Total</i>	<i>13</i>	<i>100,0</i>	<i>18</i>	<i>100,0</i>	<i>8</i>	<i>100,0</i>	<i>39</i>	<i>100,0</i>

A distribuição indica na tabela 10 pode ser justificada pela conjunção de alguns fatores: maior tempo de serviço dos servidores públicos e celetistas em relação aos cooperativados, a oferta de capacitação no turno da manhã, pouca disponibilidade de tempo de cooperativados que têm, em sua maioria, dupla jornada de trabalho ou maior restrição na liberação de cooperativados para capacitação durante o horário de trabalho. Analisando os desafios colocados para o processo de qualificação de equipes de saúde frente as transformações do trabalho no mundo contemporâneo, Martins ⁽²⁹⁾ relaciona a baixa participação de técnicos de enfermagem em atividades de treinamento à inadequação do modo de organização do trabalho, em que não há previsão de tempo dedicado a atividades de formação. “O que se observa na maioria das organizações, é que a qualificação é oferecida, mas não se criam condições objetivas para que ela aconteça de forma eficaz, pois não há como o trabalhador se afastar do trabalho para frequentá-la” ⁽²⁹⁾.

Além da inadequação no formato da organização do trabalho, outros aspectos podem estar relacionados ao menor índice de capacitação de funcionários terceirizados. A transitoriedade dos vínculos impõe à gestão a avaliação do calculo custo x benefício antes de qualquer investimento na capacitação de pessoal ⁽³⁰⁾.

A qualificação contínua do trabalhador é viabilizada tanto pela possibilidade de afastamento do trabalhador para esta finalidade quanto pela permanência do trabalhador

nos quadros. Esta permanência deve ser assegurada pela existência de perspectivas de crescimento profissional normalmente atrelada à existência de planos de cargos e salários. Face à inexistência de planos desta natureza ou de mecanismos de progressão em contratos terceirizados, a migração de trabalhadores entre contratos precários e outros com menor grau de precariedade, além de atender imposições legais, parece ter constituído mecanismo de recompensa e fixação de trabalhadores. Nesta lógica distorcida, o que seria atributo da cidadania, passa a ser considerado recompensa ao trabalhador. Este cenário, somado ao fato de que muitos servidores públicos encontram-se no último estágio da carreira é refletido no índice de 55% de informações de impossibilidade de ascensão funcional.

Para os funcionários terceirizados, as únicas possibilidades de ascensão seriam: a ocupação de cargo comissionado ou a aprovação em concurso público. Apenas um (1) servidor público indicou a ocupação de cargo comissionado como possibilidade de ascensão e apenas 25%(10) do total de funcionários informaram ter possibilidade de ascensão profissional através de concurso público. Indicaram esta possibilidade, 50% (4) dos funcionários celetistas, 23% (3) dos servidores públicos e 16% (3) dos cooperativados.

Esta distribuição pode refletir em termos gerais, a baixa percepção dos trabalhadores sobre a possibilidade de aprovação em concurso público. Esta percepção é mais presente no grupo de terceirizados celetistas. Entre os servidores públicos, provavelmente apenas técnicos de enfermagem no último estágio da carreira e com formação de nível superior, vislumbram a possibilidade de progressão através de concurso para o cargo de tecnologista. Entre os cooperativados, o menor grau de percepção da possibilidade de ascensão através de concurso público pode refletir a conformação do grupo com a lógica transitória de sua vinculação, a insegurança em relação à possibilidade de aprovação ou simplesmente a falta de tempo para dedicação ao estudo.

Apenas os servidores públicos que ainda não chegaram ao topo da carreira, 12,5% (5) do conjunto de funcionários, informaram ter a possibilidade de progressão na carreira. 38,5% (5) dos servidores informaram esta possibilidade, por estarem inseridos em plano de cargos – PCCS, Plano de Carreiras em Ciência e Tecnologia ou Plano de Carreiras e Cargos de Ciência, Tecnologia, Produção e Inovação em Saúde Pública da Fiocruz.

Discutindo a conformação de equipes, Peduzzi ⁽³³⁾, indica a existência de uma relação inversamente proporcional entre o grau de integração de uma equipe de saúde e o grau de

desigualdade entre os agentes do trabalho. Talvez esta relação inversa, em que um dos fatores são as desigualdades técnicas, possa ser verificada em equipes com elevado grau de desigualdade na forma de vinculação. Na equipe estudada, foi levantado com uma escala de três graus se os funcionários sentiam que seu trabalho era valorizado pela equipe, pela Instituição e pelos pacientes, como mostra a Tabela 11.

Conclui-se que há clara distinção na percepção de valorização entre o grupo de servidores e o de terceirizados (celetistas e cooperativados), no que diz respeito à sua inserção na equipe e na Instituição. Entre os primeiros, verifica-se a tendência dominante do sentimento de valorização, enquanto entre os terceirizados, o sentimento de desvalorização predomina. Os dados obtidos sobre o sentimento de valorização confirmam a forma e a intensidade com que aspectos subjetivos são percebidos pelo grupo de cooperativados como desigualdades manifestas.

Tabela 11 - Sentimento de valorização pela equipe, pela instituição e pelos pacientes; , Serviço de Neonatologia, Instituto Fernandes Figueira, outubro 2006.

	Tipo de Vínculo							
	Servidor Público RJU		Cooperativado		Terceirizado Celetista		Total	
	N	%	n	%	n	%	n	%
Valorização pela Equipe								
Nunca	0	0,0	3	15,8	1	12,5	4	10,0
Raramente	4	30,8	10	52,6	5	62,5	19	47,5
Frequentemente	9	69,2	6	31,6	2	25,0	17	42,5
<i>Total</i>	<i>13</i>	<i>100,0</i>	<i>19</i>	<i>100,0</i>	<i>8</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>
Valorização pela Instituição								
Nunca	0	0,0	5	26,3	2	25,0	7	17,9
Raramente	4	33,3	13	68,4	5	62,5	22	56,4
Frequentemente	8	66,7	1	5,3	1	12,5	10	25,6
<i>Total</i>	<i>12</i>	<i>100,0</i>	<i>19</i>	<i>100,0</i>	<i>8</i>	<i>100,0</i>	<i>39</i>	<i>100,0</i>
Valorização pelos pacientes								
Raramente	2	15,4	4	21,1	3	37,5	9	22,5
Frequentemente	11	84,6	15	78,9	5	62,5	31	77,5
<i>Total</i>	<i>13</i>	<i>100,0</i>	<i>19</i>	<i>100,0</i>	<i>8</i>	<i>100,0</i>	<i>40</i>	<i>100,0</i>

Os dados relativos à percepção de valorização por parte dos pacientes confirmam que o trabalho no grupo estudado pode encontrar seu sentido na relação com os pacientes. Sob esse aspecto, o sentimento de valorização predomina e não há diferenças na percepção entre os diferentes vínculos.

3.4. CONCLUSÕES

À luz do referencial teórico adotado e da análise dos dados obtidos, percebeu-se a fragmentação da equipe estudada sob diversos aspectos e identificou-se conflito no contexto fragmentado e desigual. A desigualdade é assim fator de conflito, de redução no grau de coesão da equipe e o sistema de relações de trabalho em que a equipe está inserida é gerador de desigualdades.

O aspecto crucial da fragmentação verificada é a conformação de grupos distintos no conjunto de trabalhadores em uma dinâmica que se justapõe à estratificação por categoriais profissionais ou a antiguidade dos grupos. Tal conformação é pautada pelas desigualdades inerentes à forma de vinculação contratual, notadamente pela distinção de direitos e do grau de estabilidade funcional. A maioria dos integrantes da equipe estudada está vinculada ao trabalho por contratos frágeis, instáveis ou precários e uma minoria possui vinculação estável e protegida.

A desigualdade começa no momento da inserção do profissional terceirizado ao serviço. Sua remuneração inicial é menor do que seria por um vínculo estatutário, não tem acesso a benefícios e não tem mecanismo de seleção regulado. Conformam – se lógicas distintas de gestão do pessoal. Servidores públicos pertencem a um plano de carreiras com regras de progressão funcional atreladas ao tempo de serviço, ao cargo e à titulação. Funcionários cooperativados são remunerados por produção e terceirizados celetistas em tese prestam serviços, não possuindo em seus contratos de trabalho planos de cargos com regras de progressão ou remuneração atrelada à qualificação.

Além destes aspectos, o grupo de terceirizados e cooperativados, representantes de uma nova ordem, tem carga de trabalho maior, concentram um maior número de empregos e trabalham primordialmente nos turnos da noite.

A estrutura de poder vigente reproduz as desigualdades nas relações no trabalho e produz subjetividade que parece permeada pelo sentimento de exclusão e inclusão. O sentimento de integração é diferente entre servidores, funcionários terceirizados e cooperativados. Os primeiros indicaram absoluta integração. O grau de integração é reduzido entre terceirizados celetistas e nitidamente inferior entre os cooperativados.

As desigualdades são ainda mais perceptíveis em relação ao grau de participação nas discussões sobre o cotidiano de trabalho e à legitimidade para participar de instâncias de formulação e decisão. Estes dois atributos estão diretamente relacionados à identidade do trabalhador e ao status funcional. Os grupos conformados por distintas lógicas, com distintos graus de coesão e antiguidade reproduzem comportamentos de exclusão ou inclusão com o objetivo de reforçar ou modificar a estrutura de poder vigente. Esses movimentos, somados as desigualdades estruturais nas condições de contratação, geram uma nova estratificação funcional. A tradicional estratificação entre as categorias funcionais – enfermeiros e técnicos de enfermagem – é sobreposta pela estratificação por vínculos contratuais.

Na equipe estudada, o grupo de servidores tem elevado grau ou possibilidade de participação institucional enquanto os demais, terceirizados celetistas e cooperativados, tem reduzida participação. Reflexo similar das desigualdades na produção de subjetividade foi verificado no sentimento de valorização dos trabalhadores por parte da equipe e da Instituição. Entre os primeiros, predomina o sentimento de valorização e entre os demais, o de desvalorização.

O quadro estudado revela elementos conflitantes. É possível traduzir o conflito a partir da leitura e compreensão do grau e natureza das desigualdades verificadas. Suas manifestações estão expressas com maior clareza nos depoimentos obtidos ao longo da pesquisa. As falas de trabalhadores integrados por distintos mecanismos contratuais revelam traços de separação, estigmatização, superioridade, inferioridade. Esses traços refletem um desequilíbrio de forças gerado por diversos fatores. Dentre estes fatores estão o contraste entre o estatuto da estabilidade e a absoluta instabilidade dos trabalhadores ingressos recentemente, entre as condições de vida e de trabalho destes grupos.

O resultado desta ordem de coisas pode ser uma tendência ao aumento da rotatividade de pessoal, de adoecimento funcional, absenteísmo, a dificuldade na implementação de melhorias nos processos de trabalho, na implantação de novos projetos, no alcance e manutenção do grau de qualificação e interação desejado na equipe.

3.5- CONSIDERAÇÕES GERAIS

A observação da fragmentação da equipe e das desigualdades geradas pelo sistema de relações de trabalho tem reflexos junto à política de incorporação de pessoal, ao planejamento e gestão dos serviços, que mesmo não sendo objetos da presente investigação, são elementos constituintes para a garantia de uma assistência de qualidade.

É premente a discussão sobre a adequação da política de incorporação de pessoal às peculiaridades do trabalho em unidades de assistência à saúde pública, ao menos no que diz respeito à mão de obra empregada de forma intensiva, subordinada, contínua, em atividades de assistência direta. Dentre os aspectos cruciais na formulação política, se incluem a revisão dos processos e instrumentos de seleção e a regulação da vinculação contratual dos trabalhadores ao serviço.

No que tange ao planejamento, algumas questões parecem relevantes: o dimensionamento da força de trabalho necessária, considerados aspectos quantitativos, qualitativos e temporais, a antecipação das necessidades de contratação e a escolha dos mecanismos de seleção mais adequados às especificidades do trabalho em unidade de terapia intensiva. Para que tais questões sejam tratadas, é necessário confrontar as especificidades das diversas modalidades de processos de seleção e contratação com as peculiaridades do perfil do trabalho em unidades de terapia intensiva, em hospital de referência no SUS, cujo papel extrapola as funções de assistência, acumulando atividades de pesquisa, desenvolvimento tecnológico e formação de recursos humanos.

É importante compreender que a capacidade de gerir os recursos humanos na Instituição estudada é constrangida pela regulação das contratações no âmbito da administração pública, pela baixa governabilidade sobre as decisões de incorporação de pessoal e pelo caráter político dessas definições. No entanto, tais constrangimentos não devem impedir a discussão de alternativas de superação do quadro observado.

A definição da oferta de vagas para preenchimento por vínculo estatutário depende de aprovação pelo Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão e resulta de negociações conduzidas pela Fundação Oswaldo Cruz, a que o Instituto Fernandes Figueira está vinculado. Da mesma forma, a alternativa de contratação de pessoal pelo regime de

emprego público com vínculo celetista dependeria da regulamentação da Lei 9.962 de 2000.

Não se pretendeu extrapolar o objeto da presente dissertação, inserindo elementos de discussão acerca dos efeitos do estatuto da estabilidade funcional sobre o desempenho, sobre o ônus orçamentário ou previdenciário deste tipo de contratação. Fato é que, seja o vínculo celetista ou estatutário, as alternativas de contratação através de concurso público realizado mediante autorização prévia para o preenchimento de vagas pelo MPOG não oferecem a agilidade necessária à reposição de pessoal nos serviços assistenciais, principalmente naqueles intensivos e emergenciais. Caso se deseje superar de fato a terceirização irregular ou precária, substituindo-a pela vinculação estatutária ou mesmo pelo regime de emprego público, uma vez regulamentado, é fundamental a estruturação de um sistema capaz de atender aspectos cruciais da contratação que, na ausência de mecanismos adequados, são supridos pela intermediação de mão de obra através de contratos de terceirização. Um destes aspectos é a rapidez na reposição de pessoal, possibilitada, por exemplo, pela realização de concursos ou seleções regulares para manutenção de cadastro de reserva. O outro ponto crucial é a adequação dos formatos dos processos seletivos de maneira a permitir a avaliação da adequação do perfil profissional às necessidades do serviço.

Considerados os limites anteriormente expostos, a gestão dos serviços tem como primeiro grande desafio a superação da condição de absoluta precariedade dos contratos com cooperativas de trabalho. Qualquer projeto de humanização da assistência inclui entre suas preocupações as condições de trabalho. A forma mais ágil de superação da precariedade parece ser a conversão dos vínculos cooperativados em vínculos celetistas, através da opção pela contratação de empresas prestadoras de serviços que passam a intermediar os vínculos, em substituição às cooperativas. Este processo teve início no período em que a presente pesquisa estava em andamento.

Esta solução diminui o grau de precariedade, conferindo ao trabalhador a proteção atrelada aos direitos trabalhistas. No entanto, a precariedade do contrato perdura. Continua a existir a relação de intermediação, de locação de mão de obra que será subordinada à gestão pela instituição que contrata os serviços. Além deste aspecto, algumas desigualdades permanecem, por exemplo: a absoluta susceptibilidade dos funcionários contratados à

transitoriedade e a mudança de regras nos contratos. Ao longo da análise dos resultados obtidos na presente pesquisa, encontramos como exemplo desta susceptibilidade o aumento da carga horária dos funcionários que migraram de contrato cooperativado para contrato celetista, representando uma espécie de ônus pelo acesso aos direitos que lhes seriam garantidos.

Outra necessidade não atendida pela conversão dos contratos de cooperativas em contratos de empresas de terceirização é a ausência nestes contratos de mecanismos similares ao plano de carreiras, com regras de progressão funcional e de incentivo à qualificação profissional. Considerando a tendência de que os movimentos de migração de vínculos até então utilizados em substituição aos mecanismos de progressão e de fixação do pessoal qualificado aos serviços sejam restringidos pela regulação trabalhista e pela atuação dos órgãos de controle, vislumbra-se um cenário de crescente dificuldade de fixação de pessoal qualificado aos serviços.

A lógica do menor preço que rege as contratações de serviços tende a resultar na oferta de baixos salários para os funcionários em contratos terceirizados. A baixa remuneração oferecida e a ausência de perspectivas de progressão conformam a tendência de que a oportunidade de emprego se torne interessante para profissionais com reduzida experiência. Neste cenário, a Instituição passa a contratar profissionais que, teoricamente, deveriam ser capacitados para a realização do serviço, forma estes profissionais e os entrega ao mercado, diante da impossibilidade de mantê-los. Em um cenário como este, o papel formador de recursos humanos para o Sistema Único de Saúde pode se converter em formador de recursos humanos para os hospitais privados.

Na esfera privada, muitas empresas utilizam programas que visam qualificar profissionais recém egressos das instituições de ensino e ingressos no mercado de trabalho para compor seus quadros futuros. Os profissionais incorporados por esses programas passam por processos de seleção prévia e o próprio programa tem características seletivas. Na maioria das vezes, os treinandos são contratados pelo regime celetista desde que ingressam no programa. Na esfera pública, os programas de fomento com a concessão de bolsas muitas vezes promovem a formação em serviço. A dificuldade consiste na fixação do pessoal formado por esses programas, que têm prazo de duração pré-determinado. A inserção do bolsista em atividades de rotina, de natureza subordinada e contínua, é questionada por

configurar vínculo trabalhista. Na ausência de mecanismos que viabilizem a permanência regular do bolsista formado pela Instituição pública, criam-se situações precárias ou abdica-se do quadro.

Uma possível solução seria a criação de programas de formação em serviço regulamentados, aos quais apenas seria possível o acesso através de processos seletivos regulares, amplamente divulgados, conforme as regras dos concursos e seleções públicas. O treinando público teria regime contratual especialmente regulamentado, sem estabilidade funcional, respeitados os direitos trabalhistas inerentes às características de subordinação e continuidade do trabalho. Estes programas seriam destinados à inserção e qualificação de profissionais em serviços assistenciais específicos, sob a supervisão de servidores ou empregados públicos com qualificação determinada. A aprovação no programa seria requisito para posterior concurso, realizado de maneira regular, em que o profissional qualificado seria finalmente incorporado ao regime estatutário ou de emprego público, o que estiver em vigor.

Recentes discussões têm apontado alternativas para a superação das dificuldades inerentes à baixa autonomia das unidades hospitalares para gerir os recursos necessários ao seu funcionamento. A conversão dos hospitais públicos em fundações de direito privado, ou fundações estatais, é uma das alternativas colocadas para a superação de questões relacionadas à falta de autonomia administrativa e aos males provocados pela estabilidade funcional. Nesta proposta, o pessoal seria contratado diretamente pelo regime celetista e integrado em plano de cargos e salários regulamentado pela própria Instituição.

Qualquer que seja a alternativa adotada, parece importante que não tenha caráter meramente adaptativo ou reativo. O ônus das medidas paliativas pode ser grande no que diz respeito à estruturação de equipes de trabalho. Os resultados obtidos pelo presente trabalho revelam o que se pode entender como parte do ônus da informalidade com que os serviços de saúde pública se estruturaram para sobreviver no contexto da flexibilização e reforma do Estado brasileiro.

ANEXO I - Roteiro de entrevistas exploratórias:

- 1- Quais os conflitos percebidos entre os profissionais de nível superior nos serviços de que participa/que chefia?
- 2- Dentre estes conflitos, existe parcela passível de atribuição à diferenciação e coexistência de vínculos?
- 3- Quais os exemplos de conflitos relacionados à coexistência de diferentes formas de vinculação contratual ao trabalho?
- 4- Você avaliaria os conflitos relacionados à diferenciação de vínculos como manifestos ou latentes (não expostos)?
- 5- Em caso de conflitos manifestos que fatores próprios das diferentes vinculações podem ser relacionados a sua manifestação?
- 6- Os processos de gestão do trabalho distinguem os profissionais em função das diferentes vinculações no que diz respeito ao recrutamento, seleção, treinamento, remuneração e incentivos, gestão do cotidiano (metas e controle)?
- 7- Há distinção na condição de participação nos processos colegiados ou decisórios para profissionais com vinculações distintas?
- 8- Os critérios de gestão ou participação diferenciados são explicitados a todos os profissionais?

ANEXO 2

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA – MESTRADO 2006
Conflitos nas relações no trabalho no contexto de flexibilização e reforma do Estado – a terceirização às avessas

QUESTIONÁRIO N° _____

<p>1. Identificação pessoal</p> <p>1.1 Idade: _____</p> <p>1.2 Sexo: (1) masculino (2) feminino</p> <p>1.3.1 Escolaridade: (1) 1º grau (2) 2º grau incompleto (3) 2º grau completo (4) superior completo (5) superior incompleto (6) especialização (7) residência (8) mestrado (9) doutorado (10) pós-doutorado</p> <p>1.3.2 Ano de conclusão: _____</p> <p>1.4.1 Formação profissional: (1) auxiliar de enfermagem (2) técnico de enfermagem (3) enfermagem (4) outro (explicitar): _____</p> <p>1.4.2 Ano de conclusão: _____</p> <p>2. Remuneração e Benefícios (neste emprego)</p> <p>2.1 Salário líquido: (1) de 1 a 2 salários mínimos (2) mais de 2 a 4 salários mínimos (3) mais de 4 a 6 salários mínimos (4) mais de 6 a 10 salários mínimos (5) mais de 10 salários mínimos</p> <p>2.2 Tem direito ao Fioprev ? (1) sim – vá para a pergunta 2.5 (2) não</p> <p>2.3 Caso não , seu contrato dá direito a plano de saúde?</p> <p>(1) sim – vá para a pergunta 2.5 (2) não</p> <p>2.4 Caso não tenha plano no contrato, você contrata plano de saúde?</p> <p>(1) sim, plano individual (2) sim, plano familiar (3) não</p> <p>2.5 Recebe auxílio-refeição? (1) sim (2) não</p> <p>2.6 Recebe vale-transporte? (1) sim (2) não</p> <p>2.7 Seus filhos têm direito à creche? (1) sim (2) não</p> <p>2.8 Tem direito à férias remuneradas? (1) sim (2) não</p> <p>2.9 Teve férias nos últimos dois anos? (1) sim (2) não</p> <p>2.10 Recebe 13º salário? (1) sim (2) não</p>	<p>3. Inserção profissional</p> <p>3.1 Tipo de vínculo (assinalar apenas 1) :</p> <p>(1) servidor público RJU (2) servidor público celetista (3) cooperativado (4) terceirizado celetista (5) cargo comissionado (6) residente (7) autônomo (8) bolsista (9) outro (explicitar): _____</p> <p>3.2 Forma de ingresso:</p> <p>(1) concurso público (2) seleção pública (3) indicação (4) sem processo seletivo (5) outro (explicitar): _____</p> <p>3.3 Instrumento de seleção adotado:</p> <p>(1) prova objetiva (2) prova escrita (3) prova prática (4) psicotécnico (5) entrevista (6) outro (explicitar): _____ (7) não informou</p> <p>3.4 Durante o tempo de serviço na Instituição mudou de vínculo? (1) sim (2) não – vá para a pergunta 3.5 (3) não informou</p> <p>3.4 Caso sim, qual a mudança?</p> <p>(1) de cooperativado para servidor (2) de cooperativado para celetista (3) de cooperativado para cargo comissionado (4) de residente para autônomo (5) de residente para cooperativado (6) de residente para servidor (7) de residente para cargo comissionado (8) de autônomo para servidor (9) de autônomo para celetista (10) de autônomo para cargo comissionado (11) de autônomo para cooperativado (12) de bolsista para servidor (13) de bolsista para celetista (14) de bolsista para cargo comissionado (15) de bolsista para cooperativado (16) outro (explicitar): _____</p> <p>3.5 Tem outros empregos? (1) sim (2) não</p>
---	--

QUESTIONÁRIO Nº _____

<p>3.6 Quantas horas trabalha por semana? (1) até 20 horas (2) mais de 20 a 40 horas (3) mais de 40 a 60 horas (4) mais de 60 horas</p> <p>4. Exercício profissional</p> <p>4.1 Carga horária semanal na Neonatologia: (1) 20h (2) 40h (3) outro (explicitar): _____</p> <p>4.2 Regime de escala: (1) 12 x 24 (2) 12 x 36 (3) 12 x 48 (4) 12 x 60 (5) outro (explicitar): _____</p> <p>4.3 Cargo (no contrato): (1) auxiliar de enfermagem (2) técnico (3) enfermeiro (4) tecnologista (5) assistente de pesquisa (6) outro (explicitar): _____ (7) não soube informar</p> <p>4.4 Função (na prática): (1) auxiliar de enfermagem (2) técnico de enfermagem (3) enfermeiro</p> <p>4.5 Tempo de serviço na Instituição: (1) menos de 1 ano (2) de 1 a 2 anos (3) mais de 2 a 5 anos (4) mais de 5 a 10 anos (5) mais de 10 anos</p> <p>4.6 Tempo de serviço na Neonatologia: (1) menos de 1 ano (2) de 1 a 2 anos (3) mais de 2 a 5 anos (4) mais de 5 a 10 anos (5) mais de 10 anos</p> <p>4.7 Exerce chefia? (1) sim (2) não</p> <p>4.8 É remunerado pelo exercício da chefia? (1) sim (2) não (3) não informou</p> <p>5. Participação/identidade</p> <p>5.1 Você se sente integrado à Instituição em que trabalha? (1) sim (2) não (3) um pouco</p> <p>5.2 Sua condição contratual permite que faça parte de colegiados, ou seja, delegado em Congresso Interno? (1) sim (2) não – vá para a pergunta 5.4 (3) não soube informar</p>	<p>5.3 Caso sim, você participa? (1) sim (2) não (3) já participei</p> <p>5. Participação/identidade (cont.)</p> <p>5.4 Participa de reuniões de equipe? (1) sim (2) não</p> <p>5.5 É chamado a opinar sobre os processos de trabalho? (1) sim (2) não</p> <p>5.6 Participa da elaboração de novos projetos? (1) sim (2) não</p> <p>5.7 Na rotina de trabalho você percebe desigualdade nas regras colocadas para os diferentes membros da equipe? (1) sim (2) não (3) não informou</p> <p>5.8 Caso sim, que aspectos são desiguais? (1) participação nas decisões (2) controle de presença (3) carga horária (4) reconhecimento do trabalho (5) grau de cobrança e exigência (6) outros(explicitar): _____</p> <p>6. Desenvolvimento e status profissional</p> <p>6.1 A Instituição oferece cursos de capacitação profissional? (1) sim (2) não (3) não soube informar</p> <p>6.2 Caso sim, você tem direito a participar desses cursos? (1) sim (2) não (3) não soube informar</p> <p>6.3 Caso sim, de quantos cursos de capacitação participou? (1) nenhum (2) 1 curso (3) 2 a 5 cursos (4) mais de 5 cursos</p> <p>6.4 Você teve ou tem possibilidade de ascensão funcional, por progressão ou promoção? (1) não (2) sim, através de concurso público (3) sim, através de progressão na carreira (4) sim, através de ocupação de cargo comissionado (5) sim, o contrato de terceirização prevê progressão (6) não soube informar</p> <p>6.5 Sente-se valorizado profissionalmente pelos membros da equipe? (1) nunca (2) raramente (3) frequentemente</p> <p>6.6 Sente-se valorizado profissionalmente pela Instituição? (1) nunca (2) raramente (3) frequentemente</p> <p>6.7 Sente-se valorizado profissionalmente pelos pacientes e suas famílias? (1) nunca (2) raramente (3) frequentemente</p>
--	--

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- 1 Política de Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: Uma Proposta - Comissão de Ciência e Tecnologia da ABRASCO – 2002.
- 2 ANTUNES R – “Algumas teses sobre o presente (e o futuro) do trabalho” in DOWBOR, Ladislau; FURTADO O; TREVISAN L; SILVA H (organizadores) – Desafios do Trabalho – Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.p.38-46.
- 3 DAL ROSSO S. “ Dilemas do tempo – O tempo de trabalho no Brasil e no mundo globalizado” in DOWBOR, Ladislau; FURTADO, Odair; TREVISAN, Leonardo; SILVA, Hélio (organizadores) – Desafios do Trabalho – Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.P.47-62.
- 4 POSCHMANN M – O Trabalho sob fogo cruzado: exclusão, desemprego e precarização no final do século, 2ª edição – São Paulo: Contexto, 2000.
- 5 POCHMANN M – Reestruturação produtiva – perspectivas de desenvolvimento local com inclusão social – Petrópolis: Vozes, 2004.Cap.1.P.15-62.
- 6 CARELLI RL – Terceirização e Intermediação de Mão de Obra: ruptura no sistema trabalhista, precarização do trabalho e exclusão social – Rio de Janeiro:Renovar, 2003.
- 7 Sana JJB. Formas de inserção no trabalho em uma sociedade que está liquidando os empregos in BORGES LH; MOULIN MGB; ARAÚJO MD (organizadores) – Organização do Trabalho e Saúde – múltiplas relações – Vitória: EDUFES, 2001.p.295-322.
- 8 JR.CARDOSO JC. Texto para discussão nº 8. Crise e desregulação do trabalho no Brasil – Brasília, IPEA, 2001. Disponível em http://www.ipea.gov.br/pub/td/2001/td_0814.pdf. Acesso em: 29 Mar. 2007.
- 9 PIERATONI CR – “As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades” – Ciência e Saúde Coletiva,v.6 n.2 - Rio de Janeiro,2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S1413-81232001000200006

- 10 COSTA N; RIBEIRO JMS, Barros PL – Reforma do Estado e mudança organizacional: um estudo em hospitais públicos – Revista Ciência e Saúde Coletiva, v.5 – Rio de Janeiro, 2000, p.13. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200015&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 29 Mar 2007. Pré-publicação. doi: 10.1590/S1413-81232000000200015
- 11 CKAGNAZAROFF IB;PORTUGAL, Suzane M; MOTA N - Parceria ONG – Estado: sugestão de um esquema de análise – Seminários em administração - USP, 2005. <http://www.ead.fea.usp.br/semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/321.pdf>. Acesso em:29 Mar. 2007.
- 12 Ferrarezi E, Rezende V.OSCIP - Organização da Sociedade Civil de Interesse Público - A Lei 9.790/99 como Alternativa para o Terceiro Setor. 2ª Edição (revista e ampliada). Brasília:ComunidadeSolidária,2002.<http://www.mj.gov.br/snj/oscip/publicacoes/CARTILHA%20OSCIP%20%C2%AA%20edi%C3%A7%C3%A3o.pdf> Acesso em 29 Mar 2007.
- 13 TEIXEIRA M - Desenhos Alternativos de Incorporação e Gestão do Trabalho Médico na SMS do Rio de Janeiro: as experiências dos Hospitais Lourenço Jorge e Salgado Filho – Dissertação de Mestrado – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1999.
- 14 MOLINARO A. - Do Estado Gerencial ao estado Precário – Emprego Público Federal na Década de 90 (Dissertação de Mestrado), Escola Nacional de Saúde Pública; Fundação Oswaldo Cruz; 2004.
- 15 Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado. A Nova Política de Recursos Humanos Cadernos MARE da reforma do Estado;c.11. Brasília:MARE, 1997
- 16 Nogueira RP in Relatório Oficina de Gestão do Trabalho: regulação X precarização – o fenômeno da terceirização no setor público de saúde – Coordenação e Secretaria Técnica da Oficina - VII Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva – 2003.
- 17 ALVES G – O Trabalho e Globalização 2 - http://www.revistaautor.com.br/artigos/2004/34_gal.htm . Acesso em 04 Abr 2006.

18 NOGUEIRA RP, Baraldi SR, V.A (org.) - Bases Normativas e Conceituais da Política de Desprecarização e Regularização do Trabalho no SUS – Relatório Final – Brasília: Rede Observatório de Recursos Humanos POLRHS/NESP/CEAM/UNB, 2004.

19 NOGUEIRA RP, SANTANA JP - Gestão de RH e Reformas no Setor Público: Tendências e pressupostos de uma nova abordagem – Documento elaborado para o Workshop on Global Health Workforce Strategy, OPAS; 2000. Disponível em <http://www.opas.org.br/rh/admin/documentos/ACF22.pdf>. Acesso em 29 Mar. 2007.

20 CASTEL R - A insegurança social – O que é ser protegido? – Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. Cap.3.

21 NOVO L – “El lugar social del trabajo. El papel del mecanismo empleo-desempleo em el capitalismo mundial integrado” in SCHVARSTEIN, Leonardo (at al) - Trabajo y subjetividade: entre lo existente e lo necesario – Buenos Aires: Paidós, 2005. Cap.4.P.114-143.

22 Zeligmann E, Desemprego e psicopatía da recessão in Borges LH; Moulin MGB; Araújo MD (organizadores). Organização do trabalho e saúde: múltiplas relações. Vitória: EDUFES; 2001. P.219-54.

23 BOBBIO N, 1909 - Dicionário de Política / Norberto Bobbio, Nicola Matteuci e Gianfranco Pasquino; tradução Carmen C. Varriale... [et.al.];. 5ª ed. - Brasília: Editora Universidade de Brasília: São Paulo: Imprensa Oficial de São Paulo, 2000.p.225.

24 DAHRENDORF H – O conflito social moderno: um ensaio sobre a política da liberdade; tradução, Renato Aguiar e Marco Antonio Esteves da Rocha – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed. São Paulo: Edusp, 1992. Cap.2. p.40-61.

25 ELIAS N – Os estabelecidos e os outsiders: sociologia das relações de poder a partir de uma pequena comunidade/ Norbert Elias e John L.Scotson; tradução, Vera Ribeiro; tradução do posfácio à edição alemã, Pedro Sússekind; apresentação e revisão técnica, Federico Neiburg – Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.,2000.

26 MOTTA PR – Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente, 6ª edição – Rio de Janeiro: Record, 1995. Cap.6. P.147-185.

27 MOTTA, Paulo Roberto - O desempenho em equipes de saúde: manual - São Paulo - Editora FGV, 2001. Cap.6.P.67-79.

28 DEDECCA CS – Relações de Trabalho - <http://www.mre.gov.br/cdbrasil/itamaraty/web/port/economia/merctrab/reltrab/apresent.htm>. Acesso em 04 Abr. 2006.

29 MARTINS MIC – A transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho – Revista Trabalho Educação e Saúde.2(2):287-310, 2004.

30 VAITSMAN J, FARIAS LO – “Interação e conflito entre categorias profissionais em organizações hospitalares públicas” in Cadernos de Saúde Pública – Rio de Janeiro, 2002. P.1229-1241.

31 MINTZBERG H – Mintzberg on management: inside our strange world of organizations- London, Collier Macmillan Publishers, 1989.

32 PIRES D – “Processo de trabalho em saúde no Brasil no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas” – Doutorado – UNICAMP, 1996.

33 PEDUZZI M – “Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde” in Revista Trabalho Educação e Saúde – Rio de Janeiro, 2002. P.75-91.

34 PEDUZZI M – “Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação” – Doutorado – UNICAMP, 1998.

35 PEDUZZI M – “Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia” in Revista de Saúde Pública 2001; 35(1): 103-9.

36 Barros AL, Vidal AT; Alves CA. Mapa de riscos: serviço de neonatologia, berçário de alto risco. Instituto Fernandes Figueira; Fundação Oswaldo Cruz; 2005.

37 GUIMARÃES NA – Flexibilizando o flexível: As novas formas do trabalho sob o prisma do mercado de intermediação – in: Colóquio Internacional “Novas formas do trabalho e do desemprego: Brasil, Japão e França numa perspectiva comparada” – São Paulo, 2006.