

**UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM TECNOLOGIA**

FLÁVIA GRANZOTTO FACHINI

**A RACIONALIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS
HOSPITAIS: UMA ANÁLISE CRÍTICA BASEADA EM RELATOS DE
GINECOLOGISTAS OBSTETRAS E PEDIATRAS ATUANTES NA
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

DISSERTAÇÃO

CURITIBA

2016

FLÁVIA GRANZOTTO FACHINI

**A RACIONALIZAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO NOS
HOSPITAIS: UMA ANÁLISE CRÍTICA BASEADA EM RELATOS DE
GINECOLOGISTAS OBSTETRAS E PEDIATRAS ATUANTES NA
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia – PPGTE da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR como requisito parcial para obtenção do título de “Mestre em Tecnologia” - Área de Concentração: Tecnologia e Trabalho.

Orientador: Prof. Dr. Francis Kanashiro Meneghetti

CURITIBA

2016

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

F139r Fachini, Flávia Granzotto
2016 A racionalização das condições de trabalho nos hospitais
: uma análise crítica baseada em relatos de ginecologistas
obstetras e pediatras atuantes na urgência e emergência /
Flávia Granzotto Fachini.-- 2016.
100 f.: il.; 30 cm

Texto em português, com resumo em inglês.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Tecnológica
Federal do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia,
Curitiba, 2016.

Bibliografia: f. 73-76.

1. Tecnologia e trabalho. 2. Hospitais - Serviços de
emergência - Curitiba, Região Metropolitana de (PR) - Estudo
de casos. 3. Ambiente de trabalho. 4. Hospitais - Organização.
5. Emergências obstétricas. 6. Pediatria. 7. Tecnologia -
Dissertações. I. Meneghetti, Francis Kanashiro, orient. II.
Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Programa de
Pós-Graduação em Tecnologia. III. Título.

CDD: Ed. 22 - 600

TERMO DE APROVAÇÃO

Título da Dissertação N° 452

A Racionalização das Condições de Trabalho nos Hospitais: Uma análise crítica baseada em relatos de ginecologistas obstetras e pediatras atuantes na urgência e emergência

por

Flávia Granzotto Fachini

Esta dissertação foi apresentada às 09h00 do dia **17 de fevereiro de 2016** como requisito parcial para a obtenção do título de MESTRE EM TECNOLOGIA, Área de Concentração – Tecnologia e Sociedade, Linha de Pesquisa – , Programa de Pós-Graduação em Tecnologia, Universidade Tecnológica Federal do Paraná. A candidata foi arguida pela Banca Examinadora composta pelos professores abaixo assinados. Após deliberação, a Banca Examinadora considerou o trabalho APROVADO (aprovado, aprovado com restrições, ou reprovado).

Prof. Dr. José Henrique de Faria
(UFPR)

Profª. Drª. Marta Francis Benevides Rehme
(UFPR)

Prof. Dr. Fabio Vizeu Ferreira
(UNINTER)

Prof. Dr. Francis Kanashiro Meneghetti
(UTFPR)
Orientador

Visto da coordenação:

Profª. Drª. Faimara do Rocio Strauhs
Coordenadora do PPGTE

O documento original encontra-se arquivado na Secretaria do PPGTE



AGRADECIMENTOS

Certamente os seguintes parágrafos não contemplarão todas as pessoas que fizeram parte dessa importante caminhada, é por esse motivo que me desculpo de antemão àquelas que aqui não estão citadas. Expressar gratidão em palavras não é uma tarefa fácil, sou daquelas que prefere um olhar, um sorriso ou um abraço, porém, tentarei.

Primeiramente gostaria de agradecer ao meu querido orientador, Prof. Dr. Francis Kanashiro Meneghetti. Sou grata por seus ensinamentos, pelas trocas, pela compreensão, paciência, afeto, mas, principalmente por ter acreditado em mim nos momentos em que eu mesma não fui capaz. Respeito sua filosofia de trabalho e vida que inspira a todos que tem a oportunidade de conhecê-la.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Tecnologia – PPGTE, seus funcionários (as), professores (as) e coordenação na figura da Profa. Dra. Faimara do Rocio Strauhs, sempre fui acolhida e atendida no que foi preciso com muito carinho.

Aos membros da banca de avaliação desse trabalho, que despenderam seu tempo para leitura e já na qualificação contribuíram para sua elaboração, e também, aos profissionais participantes da pesquisa, pelo auxílio e por cederem seu tempo e suas experiências de vida.

Sou grata a todos (as) meus colegas do PPGTE, pelo auxílio, carinho e compreensão. Agradeço em especial a duas pessoas maravilhosas, Rejane e Mayara. Obrigada por todo amor e amizade nos tempos felizes e tristes, vocês são iluminadas, pessoas de coração puro e sincero que me fazem enxergar o melhor nas pessoas em tempos de desesperança.

Expresso aqui minha gratidão a minha família, em especial a minha mãe e irmã que fazem parte do meu cotidiano e tiveram paciência para encarar comigo os altos e baixos da minha vida e, também, na realização deste trabalho.

Por último, mas não menos importante, ao meu amor, meu companheiro, meu noivo Gabriel. Sou grata por sua compreensão, carinho, participação e torcida nesse processo. Você me faz uma pessoa melhor e mais feliz.

RESUMO

FACHINI, Flávia Granzotto. **A racionalização das condições de trabalho nos hospitais:** uma análise crítica baseada no relato de ginecologistas obstetras e pediatras atuantes na urgência e emergência. Curitiba, 2016.100 f. (Dissertação de Mestrado). Linha de Pesquisa: Tecnologia e Trabalho. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia da Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

As unidades hospitalares compõem grande parte do setor de serviços. Desta forma, esses locais são fortemente influenciados pela lógica de acumulação capitalista, pela tecnologia e pelas formas de organização do trabalho, em especial as organizações privadas. Com o movimento de reorganização produtiva e incorporação de tecnologias, são diversas as mudanças no processo de trabalho e, por conseguinte, nas atividades dos profissionais médicos. No decorrer da elaboração desse trabalho foram identificados elementos acerca da banalização do mal. Essa banalização e resignação dos profissionais frente a violência são desencadeadas pela adoção de estratégias coletivas de defesa. Sendo assim, esse trabalho tem por objetivo geral analisar como ocorre a racionalização das condições de trabalho por parte de ginecologistas obstetras e pediatras atuantes na urgência e emergência de hospitais públicos e privados de Curitiba e Região Metropolitana. Como procedimentos metodológicos, utilizou-se a abordagem de métodos mistos. A naturalização da violência, do sofrimento na qual os profissionais são submetidos, estão aliadas ao controle político-ideológico, controle burocrático, o imaginário construído acerca dos hospitais e as estratégias coletivas de defesa. Portanto, é possível compreender que as condições de trabalho de ginecologistas obstetras e pediatras na urgência e emergência são racionalizadas. Quando a injustiça social é naturalizada não são possíveis estratégias políticas de mudanças. Por isso, o primeiro passo é a tomada de consciência, é preciso desvelar a realidade, compreender os fenômenos em seu cerne e descartar superficialidades. É também necessário que as ações e as manifestações de indignação estejam aliadas a ações políticas com vistas a transformações.

Palavras Chave: Tecnologia e Trabalho. Racionalização das Condições de Trabalho nos Hospitais. Pediatria. Ginecologia Obstetrícia.

ABSTRACT

FACHINI, Flávia Granzotto. **The rationalization of working conditions in hospitals:** A critical analysis based on the report of gynecologists obstetricians and pediatricians that work in emergency rooms. Curitiba, 2016. 100 f. (Dissertação de Mestrado). Linha de Pesquisa: Tecnologia e Trabalho. Programa de Pós-Graduação em Tecnologia da Universidade Tecnológica Federal do Paraná.

Hospitals are a big part of the service sector. Thus, such institutions are highly influenced by the logic of the capitalist accumulation, technology and forms of labor organization, especially by private organizations. Starting with the restructuring process motion and incorporation of technologies, many changes in the working process occur, therefore, the activities of medical professionals as well. During the preparation of this research items regarding the banalization of evil were identified. This banalization and resignation of the professionals face to violence are caused by the adoption of collective defense strategies. Therefore, this research aims to analyze how the rationalization of working conditions by gynecologists obstetricians and pediatricians working in the emergency rooms of public and private hospitals in Curitiba and metropolitan region occurs. An approach of mixed methods was used as methodological procedures. The naturalization of violence, the suffering which professionals are submitted to, are combined with the political and ideological control, bureaucratic control, the imaginary built about hospitals and collective defense strategies. It is therefore possible to understand that labor conditions of gynecologists obstetricians and pediatricians in emergency rooms are rationalized. When social injustice is naturalized, political strategies for changes are not possible. For this reason, the first step is to gather awareness, there is a need to unveil the reality, to understand the phenomena at its core and discard superficialities. It is also necessary that the actions and expressions of indignation to come hand in hand with political actions in order to change to happen.

Keywords: Technology and Work. The rationalization of Working Conditions in Hospitals. Pediatrics. Obstetrics Gynecology.

LISTAS DE SIGLAS E ACRÔNIMOS

CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CF	Constituição Federal
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CRM	Conselho Regional de Medicina
IAPs	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOAS	Norma Operacional de Assistência a Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
PNS	Política Nacional de Saúde
SOGIPA	Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Paraná
SPP	Sociedade Paranaense de Pediatria
SPSS	Statistical Package for Social Science
SUCAM	Superintendência de Campanhas de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE TABELAS

QUADRO 1 – PROCEDIMENTOS TÉCNICOS DA PESQUISA.....	31
QUADRO 2 – POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	32
QUADRO 3 – PERFIL DOS RESPONDENTES DA PESQUISA QUANTITATIVA.....	32
QUADRO 4 – PERFIL DOS RESPONDENTES DA PESQUISA QUALITATIVA.....	32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A HISTÓRIA DA MEDICINA SOCIAL E A CONSTITUIÇÃO DO HOSPITAL.....	14
2.1 O NASCIMENTO DA MEDICINA SOCIAL	14
2.2 A CONSTITUIÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES	16
2.3 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES EM QUE OS PROFISSIONAIS ESTUDADOS ATUAM.....	18
2.3.1 Hospital “A”	18
2.3.2 Hospital “B”	19
2.3.3 Hospital “C”	19
2.3.4 Hospital “D”	19
2.3.5 Hospital “E”	19
2.3.6 Hospital “F”	20
2.3.7 Hospital “G”	20
2.3.8 Hospital “H”	20
2.3.9 Hospital “I”	20
3 HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL	22
3.1 MOMENTO ANTERIOR A INTERVENÇÃO ESTATAL	22
3.2 A INTERVENÇÃO DO ESTADO NA SAÚDE	23
3.3 A POLÍTICA DE SAÚDE NA DITADURA MILITAR	24
3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS	26
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	30
4.1 ABORDAGEM DA PESQUISA.....	30
4.2 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E COLETA DE DADOS	30
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	31
4.4 MÉTODO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	34
4.5 OBSERVAÇÕES ACERCA DAS ETAPAS DAS ENTREVISTAS	34
5 CONDIÇÕES DE TRABALHO DE GINECOLOGISTAS OBSTETRAS E PEDIATRAS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UNIDADES HOSPITALARES	36

5.1 PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES TRABALHISTAS (REMUNERAÇÃO, VÍNCULO EMPREGATÍCIO E DIREITOS TRABALHISTAS).....	37
5.2 GESTÃO PARA TRABALHAR MAL – A MANIPULAÇÃO DAS TECNOLOGIAS FÍSICAS E DE GESTÃO PELOS GESTORES HOSPITALARES.....	42
5.3 MANIPULAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO (NÃO) RACIONAL DO TRABALHO - ADMINISTRAÇÃO INSTITUCIONAL E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO.....	48
5.4 ROTINA E RITMO DE TRABALHO.....	52
5.5 ZELO PELA NORMA E MEDO DA INCOMPETÊNCIA.....	54
5.6 PRESSÃO PARA TRABALHAR MAL	56
5.7 EXPLORAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO PELO VOLUNTARIADO	58
5.8 FALTA DE RECONHECIMENTO	59
5.9 JOGO DOS CONFLITOS SOCIAIS – A RELAÇÃO COM A EQUIPE DE TRABALHO, PACIENTES E SEUS FAMILIARES	61
5.10 INCERTEZAS PROFISSIONAIS E A RESPONSABILIZAÇÃO DO PROFISSIONAL PELO SEU FUTURO – A FALTA DE INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E PLANO DE CARREIRA.....	63
5.11 BANALIZAÇÃO DO MAL.....	65
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
REFERÊNCIAS.....	73
APÊNDICE.....	77
PESQUISA QUALITATIVA – ROTEIRO DE ENTREVISTA	77
PESQUISA QUANTITATIVA – QUESTIONÁRIO SURVEY	80
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	82
DADOS QUANTITATIVOS – PEDIATRIA.....	83
DADOS QUANTITATIVOS – GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA.....	92

1 INTRODUÇÃO

As organizações hospitalares constituíram-se ao longo do tempo como principal espaço de atendimento de situações emergenciais de saúde. De acordo com a Fundação Brasileira de Hospitais (2015), em todo o país são 6.465 unidades hospitalares. Dessas unidades, 2.322 são privadas e com fins lucrativos, 1.772 privadas sem fins lucrativos, 1.665 públicas e municipais, 609 públicas e estaduais e 97 públicas e federais. Os leitos obstétricos correspondem a 54.989 destinados ao atendimento pelo Sistema único de Saúde (SUS) e 13.486 não SUS e os leitos pediátricos correspondem a 54.469 destinados ao atendimento SUS e 11.211 não SUS¹.

Os Hospitais compõem grande parte do setor de serviços. A constituição desses enquanto espaço de “cura” de doenças com a intervenção médica se deu principalmente por meio da disciplinarização do ambiente hospitalar e também da transformação do saber e práticas médicas na modernidade (FOUCAULT, 1984). Desta forma, este local é fortemente influenciado pela lógica de acumulação capitalista, pela tecnologia e pelas formas de organização do trabalho que são utilizadas nas unidades produtivas, em especial nas organizações privadas, destacando-se que estas são a maioria no país, ou seja, são empresas que constituem objetivo de lucro.

No momento em que as organizações hospitalares são concebidas como local de cura, os profissionais da medicina passam a ser os principais responsáveis por esses espaços (FOUCAULT, 1985). Sendo assim, com o movimento de reorganização produtiva e incorporação das tecnologias de base microeletrônica são diversas as mudanças no processo de trabalho e, por conseguinte, nas atividades dos profissionais médicos. Portanto, essa pesquisa teve como objetivo inicial identificar e analisar as condições de trabalho de pediatras e ginecologistas obstetras atuantes na urgência e emergência em hospitais públicos e privados de Curitiba e Região Metropolitana. No decorrer de sua elaboração foram identificados elementos acerca da banalização do mal (ARENDRT *apud* DEJOURS, 2012), por parte dos profissionais, sociedade e pacientes. A banalização e resignação dos profissionais frente a violência que sofrem são desencadeadas pela adoção de “estratégias coletivas de defesa”

¹ Federação Brasileira de Hospitais (www.fbh.com.br).

(DEJOURS, 2012), utilizadas como meio para a manutenção da normalidade e não desencadeamento de doenças mentais. Esse processo fomenta a fragmentação e individualização das ações dos profissionais e conseqüentemente reforçam esse ciclo de violência e, assim, permitem que as organizações hospitalares atinjam seus interesses específicos que podem ser políticos, sociais, e principalmente, financeiros, se tratando das organizações hospitalares privadas.

O tema da pesquisa é “Uma análise crítica da racionalização das condições de trabalho de ginecologistas obstetras e pediatras na urgência e emergência de hospitais” e as perguntas que norteiam essa pesquisa são: “Quais as condições de trabalho de pediatras e ginecologistas obstetras na urgência e emergência das unidades hospitalares?” “Como se dá o processo de racionalização das condições de trabalho em que estão inseridos tais profissionais?”

O objetivo geral é: Analisar como ocorre a racionalização das condições de trabalho por parte de ginecologistas obstetras e pediatras atuantes na urgência e emergência de hospitais públicos e privados de Curitiba e Região Metropolitana.

Os objetivos específicos são:

- a) Contextualizar o aparecimento da medicina social e da instituição hospitalar;
- b) Analisar historicamente a saúde no Brasil;
- c) Analisar as condições de trabalho dos médicos pesquisados.

No universo dos estudos de natureza crítica, as pesquisas buscam desvelar os fenômenos indo além de suas dimensões explícitas. Destaca-se alguns autores influenciados pela teoria crítica, psicossociologia e a psicodinâmica do trabalho: FARIA (2004), ENRIQUEZ (2000), PAGÉS (19878) e DEJOURS (2012). Essas pesquisas são relevantes para o desocultamento das relações contraditórias e desiguais que permeiam nossa sociedade e que se caracterizam, cada vez mais, de formas sutis e melhor arquitetadas.

A escolha dos médicos para estudo se deu por sua caracterização como principais responsáveis pelos ambientes hospitalares, obtendo assim, contato direto com pacientes e gestores dos hospitais. A autora do trabalho foi instigada pelos acontecimentos que se desencadearam no país, mas, também, especificadamente no município de Curitiba e Região Metropolitana, que são: a) O afastamento dos profissionais médicos das atividades de urgência e emergência; b) atraso do

pagamento desses profissionais pelo Estado do Paraná e também pelo sistema de convênios; c) negligência na relação médico/paciente que fomenta a fragmentação de vínculos. Neste caso, faz-se importante a investigação das condições de trabalho na qual estes profissionais estão submetidos e por consequência a população usuária dos serviços. Acerca das especialidades de Ginecologia Obstetrícia e Pediatria, a escolha se deu a partir da pesquisa quantitativa realizada, que majoritariamente foi respondida por essas duas especialidades. Os procedimentos metodológicos adotados estão explanados em capítulo específico.

O trabalho se divide em quatro capítulos, sendo que o primeiro item se caracteriza por essa introdução². O capítulo 2 versará sobre o nascimento da medicina social e a constituição das organizações hospitalares. Ele está baseado no resgate histórico realizado por Michel Foucault em seu livro *Microfísica do Poder*. Além disso, é apresentada uma breve descrição das unidades hospitalares em que os profissionais médicos entrevistados atuam.

O capítulo 3 consiste em descrever o histórico da saúde no Brasil, a partir de um resgate dos principais acontecimentos e mudanças que se desdobraram na Constituição Federal de 1988, legitimação do Sistema Único de Saúde – SUS e normatização do financiamento privado. Ao final, são explicitadas as matrizes legais desse sistema, sua forma de atuação, financiamento e funcionamento.

O capítulo 4 trata dos procedimentos metodológicos adotados nessa pesquisa. Sua leitura proporciona o entendimento dos métodos adotados para a análise e interpretação dos dados explicitados no capítulo 5.

O capítulo 5 apresenta os dados quantitativos e qualitativos que dão sustentação a essa pesquisa. Nele, são conceituadas as categorias e elaboradas as discussões e análise dos dados.

Por fim, serão apresentadas as considerações finais.

² De acordo com as normas para realização de trabalhos acadêmicos da Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR.

2 A HISTÓRIA DA MEDICINA SOCIAL E A CONSTITUIÇÃO DO HOSPITAL

Os hospitais não possuem em sua gênese a cura de enfermidades ou a realização de tratamentos e procedimentos. Caracterizados inicialmente como “morredouros” por Foucault (1984), as ações eram direcionadas aos socialmente excluídos, como canal de salvação e preparação para a morte. Com a finalidade de compreender o histórico das organizações hospitalares e a constituição de uma medicina hospitalar, esse capítulo, desdobrará tais acontecimentos baseados no resgate histórico realizado por Michel Foucault em seu livro *Microfísica do Poder*. Por fim, será apresentado uma breve descrição das unidades hospitalares em que os profissionais médicos entrevistados atuam. Ressalta-se que as informações são baseadas nos relatos dos profissionais e observação da pesquisadora por intermédio da pesquisa de campo.

2.1 O NASCIMENTO DA MEDICINA SOCIAL

Tem-se hoje instituído um processo de medicalização da sociedade. Anterior a esse processo, especificadamente antes da segunda guerra, o profissional da medicina era procurado apenas em situações graves. Nesse momento, persistia a ideia da doença enquanto “castigo”, sendo essa tratada por “curandeiros” e “benzedeiros” (ADAM; HERZLICH, 2001).

Acerca do nascimento da medicina, Foucault (1984) explana que a medicina moderna é uma medicina social, pois está baseada em uma tecnologia de corpo social. Para o autor, com o advento do capitalismo não se deu um movimento de passagem de uma medicina coletiva para uma individual e privada, mas, ao contrário, o corpo passa a ser tomado enquanto objeto, força de produção ou força de trabalho.

A medicina moderna para Adam e Herzlich (2001), caracteriza-se pela busca de um saber racional sofisticado e pela crescente especialização do papel do médico.

Na concepção de Foucault (1984), não foi o “corpo que trabalha” o primeiro objeto de intervenção da medicina. A partir dessa afirmação são reconstituídas três etapas na formação da medicina social, configuradas como: medicina de Estado, medicina urbana e, finalmente, a medicina da força de trabalho.

Resumidamente, a medicina de Estado desenvolvida, sobretudo na Alemanha no começo do século XVIII tem por objeto o próprio Estado, ou seja, não apenas os

recursos naturais, nem a situação da população, mas, “o funcionamento geral de seu aparelho político” (1984, p. 81). Nesse sistema é presente a organização de um saber médico estatal, a normatização desse saber médico, a subordinação dos médicos a uma administração central, por intermédio de uma integração entre os profissionais.

Em relação a medicina urbana o autor toma como exemplo a França no final do século XVIII, onde foram analisados os locais de possível aumento de doenças, lugares de formação e difusão de fenômenos endêmicos e epidêmicos no espaço urbano. Um dos exemplos citados pelo autor são os cemitérios, onde as ações de enterro individual dos corpos caracterizam-se como medida preventiva de saúde. Na concepção do autor a medicina urbana tem o objetivo de controle de circulação das coisas e dos elementos, por exemplo, a água e o ar. Por intermédio da medicina social urbana a prática médica entra em contato com as chamadas “ciências intra-médicas”, como por exemplo, a química. Além disso, nesse momento têm-se a constituição da ideia de salubridade conceituada pelo autor como “base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos” (FOUCAULT, 1984, p. 93). Por fim, o autor exemplifica a medicina social inglesa, onde finalmente os pobres e trabalhadores tornam-se objetos de medicalização.

Foi no século XIX que a população pobre se configura como força política participante de revoltas. É também nesse período que emerge a divisão do espaço urbano, para os pobres e para os ricos, pois, a coabitação desses em um mesmo espaço foi considerada perigosa pelo viés sanitário e político da época. A chamada “Lei dos Pobres” legislava sobre o controle médico da população pauperizada. Por meio de uma assistência controlada foi realizada uma intervenção médica com a finalidade de atendimento das necessidades de saúde da população pobre destituindo-os de liberdade de intervenção sobre seus próprios corpos.

Corroborando para o controle pela qual os ricos ou representantes do governo asseguravam a saúde dos pobres e conseqüentemente proporcionavam a proteção de si mesmos, é implantado um sistema de controle de vacinações, além da organização e registro de epidemias e doenças.

Portanto, Foucault (1984) afirma que a medicina social inglesa foi a que pode vislumbrar futuro. Esse modelo possibilitou a integração de três coisas: a) assistência médica para a população pobre; b) controle da saúde, da força de trabalho e c) o esquadramento geral da saúde pública, ou seja, permitiu o desenvolvimento de uma medicina assistencial, de uma medicina administrativa encarregada dos

problemas gerais e uma medicina privada que beneficiava àqueles que possuíam recursos financeiros para seu usufruto.

Desta forma, é possível realizar uma correlação com o capítulo que trata do histórico da universalização da saúde no Brasil, que em sua gênese por intermédio de uma intervenção estatal busca a atenuação da tensão de classes sociais, promovendo de forma imediatista, o atendimento de saúde as classes pauperizadas e que revoltavam-se e se organizavam por intermédio da Reforma Sanitária. Destaca-se que o caráter filantrópico das ações de saúde é em muitos momentos retomadas descaracterizando a saúde como direito previsto legalmente. Tais questões serão melhor visualizadas no momento das descrições das unidades hospitalares, onde os profissionais participantes da pesquisa atuam.

2.2 A CONSTITUIÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES

Segundo Foucault (1984) é em torno de 1780 que o hospital se caracteriza como instrumento destinado a “curar”. São adotadas em seu interior novas práticas, dentre elas, a visita e a observação sistemática comparada dos hospitais. Essas ações se desdobraram em estudos sistematizados, citados pelo autor como a comparação em relação ao número de pacientes e leitos, relação entre fenômenos patológicos e espaciais, ou seja, observação das doenças e alocação dos enfermos de acordo com sua capacidade de infecção a outro. O autor faz objeção a ideia de que existiam locais de cura que funcionavam na Europa desde a Idade média. Para ele, nesta época a medicina não era uma prática hospitalar.

Anterior ao século XVIII, o hospital era um local de assistência aos pobres. Sendo o hospital nesse momento responsável por acolher o enfermo e, por conseguinte, isolar o perigo. Desta forma, o objeto de intervenção era o pobre que estava morrendo. Sendo assim, o autor explicita que nesse momento o hospital era correntemente denominado de “morredouro” ou “lugar onde morrer”. As pessoas do hospital não tinham o objetivo de cura, mas, com a finalidade de alcançar sua própria salvação e, por conseguinte, da alma do pobre no momento de sua morte. Para o autor, o hospital permanece com essas características até o começo do século XVIII.

Segundo Adam e Herzlich (2001), as práticas que eram condenáveis na sociedade a partir de uma moral religiosa, tais como doenças mentais, alcoolismo,

prostituição, entre outras eram consideradas doenças e por isso deveriam ser objeto de intervenções higienistas e de exclusão.

Em relação a prática da medicina, a experiência hospitalar estava excluída da formação médica. A intervenção era realizada apenas em momentos de crise onde os profissionais deviam observar o doente e a doença, pois, era na crise que se afrontava a natureza sadia do indivíduo e a doença. O médico deveria observar os sinais, era prognosticador e aliado da natureza contra a doença (FOUCAULT, 1984).

Segundo Foucault (1984), esse cenário altera-se quando se busca para o hospital sua medicalização, ou seja, a anulação das desordens de que era portador. Segundo o autor, a reforma hospitalar emerge nos hospitais marítimos, pois, os “ladrões” faziam-se de doentes para realizar o tráfico de objetos preciosos, especiarias, entre outros. Sendo assim, as mudanças ocorrem não por uma intenção de cura, mas com o objetivo de proteger os interesses econômicos da época. Os hospitais marítimos e militares tornaram-se exemplo do ponto de partida da reorganização hospitalar, pois, as regulamentações econômicas tornaram-se rigorosas em decorrência do mercantilismo.

Esses hospitais foram reordenados por meio de processos disciplinares. O poder disciplinar é aperfeiçoado como “técnica de gestão dos homens” (FOUCAULT, 1984, p. 105). É então, a incorporação de mecanismos disciplinares nos hospitais que possibilitam sua medicalização. Aliado a essa mudança, tem-se também a transformação do saber e das práticas médicas. São esses fenômenos que se ajustam ao aparecimento de uma disciplina hospitalar que tem como função a vigilância, disciplinarização e transformação das condições do meio em que os doentes são alocados, ou seja, os doentes são distribuídos em locais onde possam ser vigiados, onde os acontecimentos são registrados e o ar, a água que bebem, a temperatura, entre outros elementos são controlados e modificados. Desta forma, a estrutura espacial e sua arquitetura é também um meio de intervenção sobre o doente.

Até meados do século XVIII o médico era chamado apenas para tratar os doentes mais graves. Quem detinha o poder no ambiente hospitalar era o pessoal religioso. No momento em que o hospital é concebido como instrumento de cura o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar e essa legitimação se dá por meio dos “rituais” de passagem de visitas. Sendo assim, o hospital passa a ser local não só de cura, mas também de registro e formação de médicos. A aprendizagem clínica é fator essencial do hospital. O autor se refere a

“clínica” como o processo de transmissão de saberes e práticas médicas. O indivíduo emerge então, como objeto do saber e da prática de médicos.

Para o melhor entendimento do contexto em que estes profissionais estão imersos, tendo em vista que este trabalho não é uma análise especificadamente das organizações hospitalares, mas, do relato dos profissionais em relação as suas condições de trabalho e o cotidiano que experienciam, no tópico que segue serão apresentadas algumas informações³ acerca dos hospitais em que os profissionais atuam.

2.3 BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO DAS ORGANIZAÇÕES HOSPITALARES EM QUE OS PROFISSIONAIS ESTUDADOS ATUAM

Conforme explanado no tópico anterior destaca-se que a prática médica nesse contexto está intimamente ligada a uma prática médica-hospitalar, e também, ao processo de aprendizagem, de transmissão de práticas e saberes, por se tratarem majoritariamente de hospitais-escola. Sendo assim, considerando que os profissionais baseiam suas falas de acordo com o contexto na qual estão imersos apresenta-se uma breve contextualização dos espaços onde atuam. Para manter o sigilo, as organizações foram caracterizadas por letras do alfabeto.

2.3.1 Hospital “A”

Organização de natureza mista, localizada em Curitiba e que realiza atendimento de crianças e adolescentes (até 18 anos), por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), convênios e de forma particular. É porta de entrada, atende a casos simples, alta complexidade, cirurgias entre outros procedimentos, sendo hospital de referência nesse atendimento. Tem sua constituição através da filantropia e ainda mantém essa característica por doações e trabalho voluntário. Está vinculado a uma instituição de ensino (denominado – Hospital Escola), promovendo estágios e residências, para estudantes de medicina, médicos e de forma multiprofissional. Atualmente os profissionais médicos prestam serviço a essa organização por meio de contratos de produtividade, de forma autônoma e/ou através de cooperativa.

³ As informações acerca dos hospitais são fruto da pesquisa de campo, por meio de relatos dos profissionais e observação da pesquisadora.

2.3.2 Hospital “B”

Hospital público, especializado no atendimento de crianças e adolescentes (até 18 anos), sua localização é a região metropolitana do município de Curitiba. Realiza o atendimento de média e alta complexidade, tendo convênio firmado com o Hospital “A”. Atualmente os profissionais médicos prestam serviço a essa organização majoritariamente por meio de contratos de produtividade, de forma autônoma através de cooperativa ou por concurso público.

2.3.3 Hospital “C”

Maternidade pública, com gestão realizada por instituição de ensino Federal em parceria com Governo do Estado e Prefeitura, localizada em Curitiba, sendo a primeira do Estado do Paraná. Vinculada a uma instituição de ensino é também um Hospital Escola. Os profissionais médicos prestam serviço a essa organização de forma estatutária, porém, majoritariamente por meio de contratos de produtividade, de forma autônoma através de cooperativa.

2.3.4 Hospital “D”

Hospital particular, localizado no município de Curitiba, considerado um centro de excelência no atendimento das áreas de Oncologia, Cardiologia, Neurologia, Neurocirurgia, Ortopedia, Pronto Socorro e Medicina Preventiva. É também maternidade, com UTI neonatal. Os profissionais médicos prestam serviço a essa organização majoritariamente por meio de contratos de produtividade, de forma autônoma através de cooperativa e com registro em carteira de trabalho.

2.3.5 Hospital “E”

Hospital Militar que atende aos policiais e seus dependentes, localizando no município de Curitiba. Possui convênios com outros hospitais em caso de lotação. Os profissionais médicos prestam serviço a essa organização majoritariamente por meio de contratos de produtividade, de forma autônoma, podendo também ser

concurados. Os contratos possuem prazo de prestação de serviço e renovação, havendo avaliação dos profissionais com o intuito de firmar ou não continuidade.

2.3.6 Hospital “F”

Hospital de natureza privada, constituído por meio da filantropia, possui mais da metade de seus leitos destinados ao atendimento de pacientes oriundos do SUS. É também maternidade, com UTI neonatal. Os profissionais médicos prestam serviço a essa organização majoritariamente por meio de contratos de produtividade e de forma autônoma.

2.3.7 Hospital “G”

Hospital de natureza privada que mantém uma maternidade de caráter filantrópico para o atendimento da comunidade em geral, pelo SUS. Localiza-se no Município de Curitiba. Os profissionais médicos prestam serviço a essa organização majoritariamente por meio de contratos de produtividade, de forma autônoma através de cooperativa e com registro em carteira de trabalho.

2.3.8 Hospital “H”

Hospital privado, localizado do Município de Curitiba. Os profissionais médicos prestam serviço a essa organização majoritariamente por meio de contratos de produtividade, de forma autônoma através de cooperativa e com registro em carteira de trabalho.

2.3.9 Hospital “I”

Hospital Federal de natureza pública, vinculado e fundado por instituição de ensino Federal e por isso caracteriza-se como Hospital - Escola. É referência e possui maternidade. Está em processo de iniciar a Gestão de Pessoas através de empresa privada. Os profissionais médicos prestam serviço a essa organização majoritariamente por meio de contratos de produtividade, de forma autônoma, podendo também ser concursados.

No próximo capítulo, com o intuito de compreender a história da saúde e do SUS no Brasil, será realizada uma contextualização de sua institucionalização e sua configuração enquanto política pública.

3 HISTÓRICO DA SAÚDE NO BRASIL

O caráter universal da saúde no Brasil não se deu de forma rápida, mas sim, por um longo processo de mudanças. Sua consolidação foi apenas possível por intermédio da ação estatal que buscava, e ainda busca, atenuar as tensões entre classes sociais e expandir seu domínio, com o intuito de atendimento aos interesses de acumulação capitalista. Este capítulo dedica-se a descrever o histórico da saúde no Brasil a partir de um resgate dos principais acontecimentos e mudanças que se desdobraram na Constituição Federal de 1988, na legitimação do Sistema Único de Saúde – SUS e na normatização do financiamento privado. Por fim, são explicitadas as matrizes legais desse sistema, sua forma de atuação, financiamento e funcionamento.

3.1 MOMENTO ANTERIOR A INTERVENÇÃO ESTATAL

A assistência à saúde dos trabalhadores foi assumida pelo Estado por meio da aliança com a medicina social na Alemanha, França e Inglaterra. Só foi possível a conquista de alguns direitos por parte dos trabalhadores, por meio dessa interferência estatal que procurou estabelecer a manutenção da ordem social capitalista vigente e também, mediar as relações conflituosas entre as classes sociais. No século XVIII a assistência médica pautava-se na filantropia e na prática liberal e apenas no início do século XX, no Brasil, surgem algumas iniciativas de organização do setor de saúde que são aprofundadas na década de 30 (BRAVO, 2000).

Em 1923 a reforma Carlos Chagas realiza uma tentativa de ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central. Neste momento, também foram discutidas questões de higiene e saúde do trabalhador. Como resultado, em 1923 é aprovada a Lei Elói Chaves que demarca o início da Previdência Social no Brasil. Nesse momento, a Política de Saúde caracterizava-se por um estreito vínculo com as políticas de Previdência Social, em especial na sua forma de financiamento (BRAVO, 2000).

Na perspectiva de atender as reivindicações trabalhistas e os acidentes de trabalho, logo após a aprovação da lei, foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) que em um primeiro momento atendiam apenas a categoria

profissional dos ferroviários. As CAPs eram organizadas pelas empresas por meio de um contrato compulsório e de forma contributiva. A função era a prestação de serviços relacionados as pensões e aposentadorias, como também, assistência médica aos trabalhadores urbanos filiados e seus dependentes. Esse atendimento englobava ações de socorro médico, atendimento em caso de doenças e aquisição de medicamentos com preços mais acessíveis (COHN, 2005). Sendo assim, apenas uma pequena parcela de categorias profissionais urbanos detinha acesso as CAPs, os demais só conseguiram após 1930.

3.2 A INTERVENÇÃO DO ESTADO NA SAÚDE

Na década de 1930, a política de saúde formulada era de âmbito nacional e organizada em dois subsetores: saúde pública e medicina previdenciária. (BRAVO, 2000). As principais alternativas adotadas para a saúde pública no período de 1930 a 1940 são caracterizadas por: a) ênfase nas campanhas sanitárias; b) coordenação dos serviços estaduais de saúde pelo Departamento Nacional de Saúde; c) Interiorização das ações para áreas de endemias rurais; d) Criação de serviços de combate à endemias; e) Reorganização do Departamento Nacional de Saúde que incorporou vários serviços de combate às endemias e assumiu a formação de técnicos de saúde pública (BRAGA E PAULA, 1981).

A medicina previdenciária, que emerge na década de 30, pretendeu estender o atendimento de saúde para um número maior de categorias assalariadas urbanas, com o intuito de antecipadamente conter manifestações. Sendo assim, as CAPs passam a denominar-se Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), que continuavam não abrangendo a toda a população (BRAVO, 2000). Na concepção de Cohn (2005), essa nova estrutura previdenciária na qual foi implantada junto da legislação trabalhista e sindical instituiu um padrão verticalizado de relação do Estado com a sociedade civil. A previdência então se caracteriza como um mecanismo de captação de recursos dos trabalhadores.

Destaca-se que o atendimento à saúde se reduziu a aspectos normativos e não solucionava as graves problemáticas que estavam relacionadas ao intenso processo de industrialização, urbanização e êxodo rural. O Estado passa a assumir as competências de cunho coletivo frente à população, e ao setor privado cabe à

assistência individual, sendo que os recursos previdenciários passam a ser investidos em maior escala no setor privado de saúde.

Na concepção de Bravo (2000), no período de 1945 a 1964 não foi possível a contenção de doenças infecciosas e parasitárias acarretando em elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil. Segundo a autora, a estrutura hospitalar de natureza privada, com fins lucrativos, já inicia sua configuração a partir dos anos 50. A corporação médica ligada aos interesses do setor capitalista era no momento a mais organizada e pressionava o financiamento por parte do Estado, e, por conseguinte, fomentava a privatização. Mesmo assim, as ações ainda eram majoritariamente realizadas através dos institutos. Esse cenário altera-se com o regime instaurado no país em 1964, que será abordado a seguir.

3.3 A POLÍTICA DE SAÚDE NA DITADURA MILITAR

A partir de 1964, o Estado busca aumentar seu poder de regulação da sociedade, criando mecanismos de ampliação da política assistencial. Junto dessa ampliação, tem-se o aumento da burocracia e a busca pela suavização das tensões sociais com o intuito de conseguir legitimidade para o regime, e atender aos interesses de acumulação capitalista. Ainda nesse período, os IAPs foram unificados em um único instituto, denominado Instituto Nacional de Previdência Social – INPS. O governo incorporou os benefícios que eram antes instituídos pelos IAPs, sendo criados convênios e contratos com médicos e hospitais de todo o país para o fornecimento de assistência à saúde, constituindo um sistema médico-industrial, crescendo assim, o número de hospitais financiados por recursos da previdência. Além disso, o setor de saúde nesse momento busca assumir características capitalistas, havendo o fomento da incorporação de recursos tecnológicos espelhados nas modificações ocorridas nos países estrangeiros (BRAVO, 2000).

O bloco de poder não conseguiu, ao longo de anos, legitimação de sua hegemonia e por isso, busca medidas visando modificar sua relação com a sociedade civil (BRAVO, 2000). Sendo assim, podem ser destacadas algumas mudanças na estrutura do Ministério da Saúde, como a reforma de 1974 que articula as secretarias de saúde e de assistência médica, onde constitui-se a Secretaria Nacional de Saúde com o objetivo de demonstrar a existência de uma unidade entre Saúde Pública e

Assistência Médica. A Superintendência de Campanhas de Saúde Pública – SUCAM passa a subordinar-se ao Ministro do Estado. As delegacias Federais de Saúde deixavam de integrar os órgãos de primeira linha e, dessa forma, criam-se as Coordenadorias de Saúde, a Coordenadoria de Comunicação Social e o Conselho de Prevenção Antitóxica (Lei Orgânica da Saúde, 1990).

As medidas tomadas não extinguiram a tensão entre o bloco de poder, sociedade civil e o movimento de Reforma Sanitária, porém, o Ministério da Saúde retoma medidas de saúde pública (BRAVO, 2000). Com o agravamento da crise na década de 80 o crescimento econômico decai e o desemprego aumenta. Nesse momento, ocorre um fortalecimento dos movimentos sociais e organizações da sociedade civil consolidando o movimento de Reforma Sanitária. Emergem ações integradas em saúde que promovem o fortalecimento e avanços na rede básica ambulatorial, recursos humanos, articulação com os serviços municipais, revisão dos serviços privados e participação da população na gestão dos serviços. O Prev-Saúde que é o primeiro projeto implantado pelo governo já previa a hierarquização do atendimento em saúde por níveis de complexidade, a regionalização e a integração dos serviços (ESCOREL et. al., 2005).

Em 1986 acontece a 8ª Conferência Nacional de Saúde, onde são apresentados os princípios da Reforma Sanitária⁴. De acordo com Bravo (1996), a discussão se deu na perspectiva da saúde como direito da população e dever do Estado. O conceito de saúde também foi um assunto discutido, a necessidade de sua reestruturação com a separação entre saúde e previdência. Desta forma, é aprovada a criação de um Sistema Único de Saúde com princípios básicos de universalização, equidade, descentralização, regionalização a hierarquização e a participação comunitária.

No fim da década de 80 é elaborada a Constituição Federal de 1988 que passa a versar sobre a saúde, agora instituída como dever do Estado, legitimando e normatizando o SUS.

⁴ <http://portalsaude.saude.gov.br/>, acesso em 2014.

3.4 POLÍTICAS PÚBLICAS DO SUS

Segundo a Constituição Federal de 1988 a saúde caracteriza-se como política que se insere no tripé da Seguridade Social. Essa inserção provoca mudanças na Política de Saúde do Brasil, dentre elas a saúde como um direito social e dever do Estado. A garantia de saúde pública se estende a toda à população e o Estado torna-se responsável pela execução, direta, indireta e sua fiscalização. De acordo com o art. 196 da CF (1988), “o direito à saúde deverá ser garantido mediante políticas econômicas e sociais que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

Ressalta-se que o SUS foi fundado pelos princípios da universalidade, gratuidade, não-contributividade, redistributividade e descentralização. Sua regulamentação se dá com a Lei Orgânica da Saúde – LOS 80.80/90 e a 8.142/90 que buscam delinear o modelo de atenção e assegurar seus princípios e diretrizes, as competências e atribuições das três esferas de governo. Destaca-se que a municipalização instituída agora, se contrapõe ao antigo modelo centralizado que foi implantado junto do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social – INAMPS, gestado na ditadura militar. Assim sendo, o SUS proporcionou a descentralização da assistência à saúde entre os entes federativos, a união, estados e municípios.

As matrizes legais desse sistema são: a) constituição Federal de 1988; b) Lei 8.080/90 que dispõe sobre a promoção, proteção e recuperação em saúde, além do funcionamento, objetivos e atribuições, princípios diretrizes, organização e gestão; c) Lei 8.142/90 que trata do controle social, das instâncias colegiadas e respectivas atribuições; d) Emenda Constitucional n. 29 de 13 de setembro de 2000 que trata dos recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde; e) Norma Operacional Básica – NOB 1/96 do SUS que é um instrumento para o disciplinamento das relações entre as três esferas de gestão do sistema, pauta-se na definição de estratégias e movimentos táticos que orientam a operacionalidade do SUS; f) Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/ SUS 01/2002; g) Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as diretrizes operacionais do pacto.

Em relação a CF de 1988, pode-se destacar em seu texto que o SUS, como aqui já citado, versa suas ações a partir da gratuidade dos serviços, da descentralidade e universalidade. Em seu artigo. 200. É explicitado que a ele compete além de outras atribuições, nos termos da lei:

I – controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos; II – executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; III – ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde; IV – participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico; V – incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico; VI – fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; VII – participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos; VIII – colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho.

Na Lei Orgânica da Saúde – LOS (8.080/90) estão dispostos que os objetivos desse sistema são:

I – a identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde; II – a formulação de política de saúde destinada a promover, nos campos econômico e social, a observância do disposto no § 1º do art. 2º desta lei; III – a assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas.

Ainda no texto da LOS, cada esfera de governo é responsável pela direção do SUS em sua região, dessa forma:

Art. 9º A direção do Sistema Único de Saúde (SUS) é única, de acordo com o inciso I do art. 198 da Constituição Federal, sendo exercida em cada esfera de governo pelos seguintes órgãos: I – no âmbito da União, pelo Ministério da Saúde; II – no âmbito dos Estados e do Distrito Federal, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente; e III – no âmbito dos Municípios, pela respectiva Secretaria de Saúde ou órgão equivalente (Lei Orgânica da Saúde – LOS 8.080/90).

Os estados e municípios podem organizar e constituir consórcio com outros meios para desenvolver em conjunto ações e serviços de saúde para atender melhor a população. A legislação também prevê a complementaridade dos serviços junto ao setor privado. Logo, nos termos da CF de 1988, quando o setor público não dispõe do serviço ou ação para atender a demanda da população é possível que o gestor contrate o serviço do setor privado por meio de convênios, garantindo que os preceitos do SUS continuem a ser cumpridos não descaracterizando a natureza pública e

gratuita do serviço. Além disso, o artigo 199 da CF (1988) regulamenta a participação de instituições privadas de forma complementar mediante o direito público ou convênio, tendo preferência as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos. Sendo assim, só é previsto pela legislação a terceirização dos serviços quando esgotadas a capacidade de atendimento público a nível próprio ou outro nível de governo.

A terceirização dos serviços de saúde está disposta no próprio texto da constituição. O artigo 197 da CF (1988), expressa que a execução das ações e serviços de saúde deve ser feita diretamente pelo Poder Público inclusive por pessoa física ou jurídica de direito privado, remunerado pelos cofres públicos.

O SUS contempla uma diversidade de ações, dentre elas estão às atividades que englobam a vigilância sanitária, vigilância epidemiológica, saúde do trabalhador, promoção da saúde, prevenção e recuperação da saúde.

A definição desse sistema se dá pelo artigo 198 da CF (1988):

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I – Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II – Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III – Participação da comunidade. Parágrafo único – O Sistema Único de Saúde será financiado com recursos do orçamento da Seguridade Social da União, dos Estados, o Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes.

Quanto aos seus princípios, eles podem ser definidos em doutrinários (ou éticos) que incluem a equidade, integralidade e universalidade. Quanto ao princípio doutrinário da equidade, pode-se destacar que esse busca a garantia de acesso aos serviços de saúde no atendimento das necessidades específicas de cada indivíduo. A integralidade proporciona que o indivíduo seja atendido em sua totalidade e considera os fatores psicossociais no processo saúde-doença e a universalidade garante o acesso de toda a população, sem restrição, às ações e serviços de saúde.

Eles ainda podem ser definidos em organizacionais (ou operativos), sendo estes a descentralização, regionalização, hierarquização e participação popular. A descentralização foi definida na CF de 1988, e proporciona que cada esfera do governo tenha autonomia e responsabilidade acerca das ações em saúde, desta forma, tem-se um gestor em cada nível. Quanto à regionalização, determina que os serviços de saúde sejam dispostos em uma área geográfica demarcada e com a definição da população que será atendida. De acordo com a LOS (1990), os serviços

organizados em níveis de complexidade garantem a capacidade de serem oferecidas a uma determinada população todas as modalidades de assistência, acesso a todo o tipo de tecnologia disponível possibilitando um alto grau de resolução dos problemas.

Sendo assim, a regionalização garante de forma mais acessível o atendimento à população, porém considerou-se financeiramente inviável que fossem oferecidos em todos os municípios os mesmos serviços, e por isso, criou-se a hierarquização. A hierarquização prevê a articulação das ações preventivas, curativas, individuais e coletivas em todos os níveis de complexidade, sendo os níveis: primário, secundário e terciário. A entrada da população deve se dar pelo nível primário, que atende questões menos complexas, porém não menos importantes. A intenção é que 80% dos problemas de saúde sejam resolvidos nas Unidades Básicas de Saúde – UBS (LOS, 1990).

O nível secundário se refere aos problemas de saúde que não conseguem ser resolvidos no nível primário. Esse nível possui maior complexidade e aparatos tecnológicos adequados. Nele, profissionais especialistas, atuam nas ações de recuperação da saúde. Já o nível terciário é composto por hospitais de ponta com alta complexidade tecnológica, nesses locais são realizadas ações complexas como cirurgias e transplantes.

Destaca-se que na prática essas ações de atendimentos e encaminhamentos não se dão de forma tão hierarquizada como disposto na legislação, elas se entrelaçam e se complementam em situações específicas que emergem de acordo com a realidade do local, problemas de saúde e população atendida.

Quanto à participação popular a lei 8.142/90 regulamenta a integração da sociedade civil nos processos decisórios em saúde. Os usuários tem o direito de participar de fóruns, conselhos e conferências e são nesses espaços, como nas conferências, que acontecem as decisões que versam sobre as diretrizes da saúde nas três esferas de governo.

Por fim, tem-se a resolutividade que é a capacidade dos serviços de resolver problemas no seu nível de complexidade e capacidade tecnológica. As ações de planejamento para atender a resolutividade devem estar baseadas nas características geográficas e culturais daquele local e daquela determinada população.

No capítulo que segue serão apresentados os procedimentos metodológicos para realização deste trabalho.

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Esse capítulo apresentará os procedimentos metodológicos adotados para realização dessa pesquisa. O nível de alcance e abordagem da pesquisa, os procedimentos técnicos para coleta de dados, população e amostra e o método para interpretação de dados. Os instrumentos utilizados para coleta de dados quantitativos e realização das entrevistas qualitativas encontram-se no apêndice desse trabalho.

4.1 ABORDAGEM DA PESQUISA

A abordagem dessa pesquisa é a de métodos mistos que implica na coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos de forma integrada. Segundo Creswell e Tashakkori (2007), essa abordagem é um método de investigação que guia a direção para coleta, análise e mistura das abordagens qualitativa e quantitativa proporcionando um melhor entendimento dos problemas de pesquisa de cada uma das abordagens isoladamente. Sendo assim, cada uma delas possui singularidades, por conseguinte, as limitações de um método podem ser compensadas pelo outro, promovendo um entendimento mais completo do objeto da pesquisa.

A pesquisa foi realizada por meio de um projeto sequencial explanatório, pois a coleta de dados se dá de forma primária por meio do recurso da pesquisa quantitativa e, portanto, em um segundo momento utiliza-se a pesquisa qualitativa. Para Creswell e Clark (2013) a fase da pesquisa qualitativa é destinada a acompanhar os resultados da primeira fase, e por meio dela o pesquisador interpreta como os resultados qualitativos ajudam a explicar os resultados quantitativos iniciais.

- Abordagem da Pesquisa: Métodos Mistos

4.2 PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E COLETA DE DADOS

Quanto a abordagem quantitativa utilizou-se a pesquisa de levantamento por meio de questionário *survey* com questões fechadas que foi disponibilizado no site do Conselho Regional de Medicina e divulgado no *mailing* dos médicos cadastrados. Quanto à abordagem qualitativa utilizou-se da pesquisa de campo por meio de

entrevistas semiestruturadas. Outros recursos foram a análise documental, a pesquisa bibliográfica e a observação.

A coleta dos dados quantitativos foi possível a partir da elaboração de um questionário (*survey*) com perguntas fechadas. De acordo com Bryman (1989), a pesquisa *survey* caracteriza-se pela coleta de dados em um número de unidades e geralmente em uma única conjuntura de tempo, que tem como objetivo colher sistematicamente um conjunto de dados quantificáveis que possibilitam examinar uma amostra da população. Este questionário ficou disponível no período de outubro de 2013, no site do Conselho Regional de Medicina do Estado do Paraná – CRM/PR e contou com a resposta de 565 profissionais da medicina que atuam na urgência e emergência no sistema público ou privado do em todo o Estado do Paraná em todos os níveis de complexidade, desse número foram acatados 512 questionários válidos.

Procedimentos Técnicos da Pesquisa	
Pesquisa Quantitativa	Questionário <i>Survey</i> disponibilizado no site do CRM – outubro de 2013
Pesquisa Qualitativa	Entrevista em posse de roteiro semiestruturado – Maio a agosto de 2015

Quadro 1 – Procedimentos Técnicos da Pesquisa

Fonte: Autoria própria.

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Dos 512 questionários válidos, realizou-se um recorte regional selecionando o município de Curitiba e Região Metropolitana (277 médicos), desta forma foi obtida uma amostragem randomizada. Desses 277 questionários, foram identificadas as especialidades mais respondentes sendo estas a Pediatria com 11,2% ou 31 respostas e a Ginecologia Obstetrícia com 6,9% ou 19 respostas.

Foi elaborado então, um recorte de amostra intencional onde selecionando as duas especialidades que mais responderam e escolhendo apenas os profissionais que atuam em hospitais públicos e privados de Curitiba e Região Metropolitana, foram obtidos 11 (onze) questionários da Ginecologia Obstetrícia e 10 (dez) da Pediatria, havendo uma amostra de N=21 profissionais da medicina.

Em relação à pesquisa qualitativa, foram 9 (nove) entrevistas gravadas, sendo 5 (cinco) entrevistas das especialidades de Pediatria e 4 (quatro) da Ginecologia Obstetrícia. O contato com os médicos foi realizado por meio de visita presencial em 16 (dezesesseis) hospitais de Curitiba e Região Metropolitana, envio de 154 cartas eletrônicas, por meio da Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Paraná – (SOGIPA) e Sociedade Paranaense de Pediatria – (SPP) e contato via indicação entre profissionais. As entrevistas foram realizadas de acordo com a adesão profissional.

Pesquisa Quantitativa	Pesquisa Qualitativa
Recorte de amostra intencional	Por adesão dos profissionais
Regional: Curitiba e Região Metropolitana – N=277	Regional: Curitiba e Região Metropolitana – envio de 154 cartas convite (meio eletrônico);
Por especialidade: Pediatria N= 31 Ginecologia Obstetrícia N=19	Por especialidade: Contato telefônico e eletrônico com SOGIPA e SPP;
Por local: Ginecologistas Obstetras e Pediatras que atuam na emergência e urgência de hospitais: N=21	Por local: Visita a 16 hospitais de referência nas especialidades selecionadas, entrega de mais de 30 cartas convite. Adesão: N=9

Quadro 2 – População e Amostra

Fonte: Autoria própria.

Perfil dos Respondentes da Pesquisa Quantitativa						
Números N total=21	Sexo		Faixa etária	Tempo de experiência na medicina	Vínculo profissional	
	Fem	Masc			Público	Privado
Pediatria	80,0%	20,0%	31 a 40 anos 50,0%	02 a 05 anos 40,0%	Autônomo 50,0%	Autônomo 50,0%
	N=8	N=2	N=5	N=4	N=5	N=5
Ginecologia Obstetrícia	82,0%	18,0%	31 a 40 anos 55,0%	05 a 10 anos 45,5%	Autônomo 40,0%	Autônomo 50,0%
	N=9	N=2	N=6	N=5	N=4	N=4

Quadro 3 – Perfil dos Respondentes da Pesquisa Quantitativa⁵

Fonte: Autoria própria.

Perfil dos Respondentes da Pesquisa Qualitativa						
Números N total=9	Sexo		Faixa etária	Tempo de experiência na medicina	Vínculo profissional	
	Fem	Masc			Público	Privado
Pediatria	80,0%	20,0%	31 a 40 anos 80%	05 a 10 anos 80%	Autônomo	Autônomo
	N=4	N=1	N=4	N=4	N=5	N=5
Ginecologia Obstetrícia	50,0%	50,0%	41 a 50 anos 50,0%	10 a 20 anos 75,0%	Autônomo	Autônomo
	N=2	N=2	N=2	N=3	N=4	N=4

Quadro 4 – Perfil dos Respondentes da Pesquisa Qualitativa⁶

Fonte: Autoria própria.

⁵ Os dados correspondem as respostas mais expressivas.⁶ Os dados correspondem as respostas mais expressivas.

4.4 MÉTODO E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

Na pesquisa de métodos mistos os dados quantitativos e qualitativos podem ser analisados separadamente em seus respectivos métodos e, posteriormente, analisados de forma conjunta. Desta forma, em um primeiro momento da pesquisa os dados quantitativos foram submetidos a uma análise estatística por meio da verificação de correlação de *Person*, utilizando dois *softwares R Cran – Software* livre onde foram analisadas as matrizes de correlação e *SPSS*, onde foram realizadas algumas estatísticas para o entendimento das relações entre as variáveis.

Os dados qualitativos foram submetidos a uma análise de conteúdo que possui contribuições conceituadas por Bardin (2011). Para a autora a análise de conteúdo busca a identificação dos principais elementos recorrentes dos materiais analisados, bem como inferir resultados a partir da análise dos elementos centrais das comunicações estudadas.

- Método e interpretação de dados:

Quantitativos: Análise estatística

Qualitativos: Análise de Conteúdo

4.5 OBSERVAÇÕES ACERCA DAS ETAPAS DAS ENTREVISTAS

No período de maio a agosto de 2015 a pesquisadora iniciou sua aproximação com os profissionais médicos para realização das entrevistas. Ao longo da trajetória de pesquisa destacam-se alguns entraves. Um dos problemas consiste que a pesquisadora não possui formação em medicina, tal fato dificultou a aproximação com os profissionais e adesão destes à pesquisa. No início buscou-se visitar as urgências e emergências dos hospitais, nas visitas feitas em 16 (dezesesseis) hospitais, em apenas 1 (um) a pesquisadora foi recebida diretamente pelo responsável da urgência e emergência. Sendo assim, buscou-se outras estratégias para realização do contato. Por meio da SOGIPA, SPP e profissionais da rede de relacionamentos foi possível agendar as demais entrevistas. A partir do momento em que foi realizada a primeira entrevista os profissionais começaram a indicar seus colegas e assim, foi possível a adesão de 09 profissionais. As entrevistas foram realizadas majoritariamente nos

plantões profissionais, quando os médicos haviam finalizado seus atendimentos, ou, reservado um horário em seu consultório. Poucos profissionais se mostraram resistentes a realização da entrevista, porém, demonstravam-se ansiosos e desconfiados no início. Ao longo, os profissionais compartilharam suas experiências de vida, dando ênfase a angústia causada pelos acontecimentos recentes que envolvem o processo de precarização da saúde, demissões, atraso de pagamento, entre outros.

Uma das questões positivas foi que, a indicação por parte de um colega profissional permitiu que os entrevistados confiassem na pesquisa. Sendo assim, os profissionais muitas vezes compartilharam seu cotidiano e rotina profissional no ambiente em que estavam inseridos.

5 CONDIÇÕES DE TRABALHO DE GINECOLOGISTAS OBSTETRAS E PEDIATRAS NA URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DE UNIDADES HOSPITALARES

O hospital moderno que emerge como ambiente de recuperação da força de trabalho (FOUCAULT, 1984), torna-se um espaço fértil para a reprodução do sistema de capital. A finalidade de atendimento as necessidades da população, é relegada face aos objetivos de poder políticos, econômicos e sociais. Sendo assim, são criadas estratégias lucrativas para as unidades hospitalares que se desdobram em reais dificuldades para o trabalho médico no sistema de urgência e emergência.

Esse capítulo versará sobre as condições de trabalho de pediatras e ginecologistas obstetras na urgência emergência de hospitais públicos e privados de Curitiba e Região Metropolitana. Por condições de trabalho compreende-se a situação atual de trabalho e saúde em que os profissionais médicos estão submetidos.

Toma-se pelo pressuposto que os profissionais médicos assalariados no sistema de urgência e emergência⁷, por venderem sua força de trabalho, estão submetidos a algumas expressões desse movimento de precarização. Este processo pode manifestar-se pela: a) diminuição dos postos de trabalho; b) precarização do emprego e do salário; c) redução do valor do salário; d) ausência dos benefícios; e) expansão do trabalho informal; f) intensificação do trabalho; g) ausência de recursos materiais para realização adequada do seu trabalho; h) impactos na saúde física e mental. A partir da coleta de dados quantitativos e qualitativos foi possível identificar algumas dessas expressões que serão discutidas nas categorias que se seguem. Além disso, foi possível constatar que os profissionais adotam uma postura de resignação frente aos problemas que sofrem, bem como, a sociedade e toda a gama de profissionais o que caracterizaremos nesse trabalho como a banalização do mal (DEJOURS, 2012).

Os dados quantitativos condensados na análise são o resultado da pesquisa quantitativa realizada também nessas duas especialidades tendo como n=21. Os detalhes das entrevistas qualitativas e também dos dados quantitativos estão discriminados nesse trabalho no capítulo acerca dos procedimentos metodológicos.

⁷ Essa dissertação irá ater-se aos médicos que trabalham como assalariados em sistema de plantões na urgência e emergência. Por isso, não será feita referência àqueles que possuem outras formas de trabalho (proprietários de clínicas e consultórios, hospitais, cargos de gestão, entre outros) e nem a comparação com outras profissões.

Em decorrência do sigilo, esses profissionais foram caracterizados apenas pela sua especialidade e em sequência por numeração que corresponde a ordem em que as entrevistas foram realizadas. Por referenciar em vários momentos os hospitais em que trabalham ou que trabalharam e pela própria dinâmica da entrevista - onde os profissionais foram questionados primeiramente sobre sua atuação na urgência e/ou emergência do sistema privado e na sequência no sistema público - as organizações hospitalares são representadas por letras do alfabeto de acordo com a ordem das entrevistas, como exemplo: Hospital "A" e na sequência se o profissional se refere ao ambiente privado ou público, exemplo: Pediatra 2 – Hospital A (Privado).

Na sequência, serão apresentadas as categorias selecionadas, precedidas de conceituação e análise dos relatos e dados.

5.1 PRECARIZAÇÃO DAS RELAÇÕES TRABALHISTAS (REMUNERAÇÃO, VÍNCULO EMPREGATÍCIO E DIREITOS TRABALHISTAS)

Concomitante ao processo de reorganização produtiva tem-se o movimento de precarização do trabalho, onde o trabalho informal e os contratos flexíveis passam a fazer parte do cotidiano profissional. Sua principal manifestação se dá através da degradação dos padrões de compra e venda da força de trabalho, em um plano objetivo e se expressam no desemprego, nos vínculos empregatícios, no preço da força de trabalho, na qualidade do trabalho, entre outros (FARIA e KREMER, 2005).

Segundo Antunes (1999), houve uma expressiva expansão do trabalho assalariado a partir da enorme ampliação do setor de serviços, além disso, vivencia-se uma grande extensão do trabalho temporário, precário, subcontratado e "terceirizado". Esse movimento desencadeia a precariedade do emprego e remuneração, a desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes, a ausência de proteção e uma tendência à individualização extrema da relação salarial.

Portanto, por meio dos dados quantitativos e qualitativos coletados foram observados alguns indicativos de precarização do trabalho médico, sendo esses:

- a) Sobrecarga de trabalho: Em relação ao trabalho na urgência e emergência do SUS, 50,0% dos pediatras dedicam-se de 13 a 24 horas. Em relação ao

sistema privado, 25,0% de 13 a 24 horas e os outros 25,0% de 24 a 36 horas. 40,0% desses profissionais dedicam 61 a 72 horas semanais ao exercício da medicina independente do regime ou local de trabalho. 50,0% dos pediatras classificam seu nível de fadiga diário no SUS como muito alto e no sistema privado 50,0% consideram médio. Quanto aos ginecologistas obstetras em relação ao trabalho na urgência e emergência do SUS 36% dedicam-se de 13 a 24 horas e 50,0% de 1 a 12 horas no sistema privado. 45,0% desses profissionais dedicam 49 a 60 horas semanais ao exercício da medicina independente do regime ou local de trabalho. 40,0% dos ginecologistas classificam seu nível de fadiga diário no SUS como alto e no privado 60,0% consideram alto.

b) Flexibilização dos vínculos de trabalho: 50,0% dos pediatras do sistema privado e 50,0% do sistema público prestam serviço de forma autônoma para os hospitais, ou seja, como pessoa física. Em relação aos ginecologistas obstetras 50,0% do sistema privado e 40% do sistema público, também trabalham nesse regime.

c) Precarização do salário: 40,0% dos pediatras que trabalham no SUS consideram muito baixa a remuneração e 66,7% classificam a remuneração como média no sistema privado. Em relação aos ginecologistas obstetras 60,0% classificam como muito baixa a remuneração no SUS e 60,0% como muito baixa no sistema privado.

Pediatra 2 – Hospital A (Público): “No SUS você acaba recebendo por hora e é um valor extremamente baixo, muito mal remunerado...”

d) Ausência de benefícios e desregulamentação das normas trabalhistas: De acordo com a Pediatra 1 – Hospital A (Privado): o serviço era prestado de forma autônoma com ausência de direitos trabalhistas e recorrentes atrasos de salário. Tal realidade pode ser também exemplificada:

Pediatra 2 – Hospital A (Público): “[...] quando você tem uma carteira de trabalho assinada, você ficou doente, pega o atestado e vai lá apresentar, como qualquer trabalhador do mundo que tem o direito, você apresenta o atestado, é dispensado e vai receber aquele dia. Mas, como somos horistas

se você não trabalhou, não ganha. Isso aconteceu comigo, eu tive um problema sério do olho e não pude trabalhar por duas semanas, daí eu fiquei duas semanas sem ganhar nada”.

Ginecologista 1 – Hospital C (Público): “O nosso salário começou a atrasar na verdade há dois anos atrás, desde que eu entrei vira e mexe tem atraso...”.

Desta forma, a prática médica na urgência e emergência se configura como venda da força de trabalho, pois, os profissionais estão submetidos a algumas expressões do movimento de precarização. Uma das questões que devem ser ressaltadas, em relação a esse movimento, é que a profissão médica tem em seu histórico uma prática social considerada indispensável e principal para o funcionamento dos hospitais e as práticas em saúde, porém, a categoria tem muito de sua relação com o trabalho negligenciada. Outro problema consiste no profissional médico, dada a análise e observação dos relatos, não conseguir trabalhar em sua área específica de especialização, residência ou mais especificadamente sua subespecialidade, pois, a qualificação profissional é um quesito negligenciado, conforme exemplifica:

Pediatra 2 – Hospital “A” – (Público): “ Não importa se eu tenho mestrado, qual é a minha qualificação, o hospital não está preocupado com qualidade, mas sim, em atender aquela demanda”.

Destaca-se que a precarização do trabalho consiste na ampliação e valorização do capital, existindo assim a intensificação da exploração do trabalho, onde a queda da qualidade é fator inevitável, porém, conforme relato dos profissionais a intencionalidade da organização hospitalar consiste em atender as demandas, que se traduzem nesse contexto em consultas emergenciais, independente da remuneração, número de funcionários, sobrecarga de trabalho e qualidade da consulta. As unidades hospitalares são influenciadas pela inserção de um elemento econômico, a partir das diversas mudanças que ocorrem no contexto na qual fazem parte, que redefine os valores no processo saúde-doença. Nesse sentido, a intencionalidade de cura é subsumida aos objetivos financeiros de um atual “hospital empresa”. Além disso, os profissionais que nela trabalham não estão inseridos nessa lógica, tendo em vista que os profissionais colocam sua saúde de lado em detrimento do trabalho. Destaca-se a contradição em que a organização hospitalar moderna que têm o papel de “curar” ou manter os profissionais aptos a ser explorados não cumpre seu objetivo, pois, o

próprio funcionário não tem a possibilidade de cuidar de sua saúde, conforme explicitado pela:

Pediatra 5 – Hospital C (Público): [...] “hoje eu estou doente, se eu pudesse ficar em casa, mas quem ficaria no meu lugar? “

Outra questão a ser problematizada consiste em que para o recebimento de salário os profissionais precisam estar vinculados a um sistema de cooperativa de médicos:

Ginecologista 1 – Hospital C (Público): “Eu fazia plantões sempre remunerados por cooperativa, como eles só aceitavam você como pessoa física”.

Desta forma, cabe resgatar o conceito de cooperativa que se caracteriza como:

Sociedade de pessoas, com forma e natureza jurídica própria e, independentemente de seu objeto, a Lei (parágrafo único, art. 982, CC/ 2002) a classifica como sociedade simples, não sujeita à falência. É constituída para prestar serviços em proveito dos associados (art. 4º da Lei 5764/76), sem finalidade lucrativa (BRASIL, portal do empreendedor, 2015).

A cooperativa é utilizada pelas organizações hospitalares para imposição de vínculos fragilizados de trabalho. Essa maneira de contratação flexível isenta a organização do pagamento de tributos e direitos trabalhistas no caso de afastamento dos profissionais por motivo de doença, demissões, férias, entre outros. Essa imposição leva ao questionamento dos próprios profissionais acerca de seu papel, conforme explicitado:

Ginecologista 2 – Hospital C (Público): “Hoje funciona o sistema de cooperativa que na verdade não é uma cooperativa, nenhum de nós se propôs a entrar na cooperativa. O que acontece é que a gente vem para fazer plantão no hospital e nos apresentam a cooperativa como um modo de receber, mas não é uma opção que a pessoa tem. A pessoa quer trabalhar”.

Em relação ao sistema privado os profissionais relatam ainda outra problemática, sendo esta, a forma de repasse da remuneração realizada pelos convênios:

Pediatra 1 – Hospital A (Privado): “A gente recebia quando o convênio pagava, e recebia por paciente, por produção. [...] E assim, se o convênio pagar... muitas fichas, várias vezes o convênio “glosava”, a gente chama de glosa quando o convênio anula o procedimento por algum motivo, a instituição nunca reembolsa isso, o convênio não pagava, o médico não recebia”.

Pediatra 2 – Hospital A (Privado): “Se esse procedimento é “glosado”, você vai trabalhar de graça porque não tem salário que cubra isso”.

Pediatra 2 – Hospital A (Privado): “O médico lá na emergência do Hospital A ele deve receber por atendimento, então se um paciente veio ontem foi atendido por um médico e volta hoje e vai ser atendido por mim, eu não vou receber nada, por quê? Porque o convênio já pagou ontem, mas o que eu tenho haver com o atendimento de ontem? Eu estou trabalhando de graça, quem nesse mundo trabalha de graça? ”.

Como relatado pelos profissionais, o pagamento pelo convênio é realizado meses após o atendimento. Além disso, existem os problemas de “Glosa”, ou seja, se por algum motivo aquele atendimento foi anulado ou não computado, não é feita a remuneração. Outra questão são os retornos. Quando os usuários do serviço realizam mais de uma consulta para tratar de um mesmo episódio, apenas o médico que realizou a primeira consulta será remunerado, tendo em vista que os outros atendimentos são caracterizados como retorno.

Sendo assim, compreende-se que no regime flexível os profissionais estão expostos ao risco inerente a essa moderna configuração do mundo do trabalho. As carreiras são extinguidas, os profissionais da modernidade devem estar dispostos a se ajustar as rápidas mudanças, estar apto a mudar de emprego e ambiente de trabalho a qualquer momento (SENNETT, 1999). Conseqüentemente a esse processo existe a flexibilização dos vínculos de trabalho, destaca-se essas novas modalidades de contratos de trabalho, de forma autônoma ou por cooperativas, em detrimento aos concursos públicos ou regimes de registro em carteira de trabalho, onde os profissionais podem sair ou entrar em regime de plantão de forma muito rápida, exemplifica-se: Ginecologista – Hospital “C” (Público): “Hoje é muito fácil você estar no plantão, é só eu colocar meu nome na escala, também se eu não quiser vir não vai ter problema nenhum para mim, não tem vínculo, sabe”.

Outro fator a se considerar é a faixa etária dos profissionais inseridos nos regimes de plantão, geralmente, são os recém-formados, os recém-saídos da residência. A faixa etária de 50,0% dos pediatras é de 31 a 40 anos e dos ginecologistas obstetras é de 55,0% também possuem de 31 a 40 anos.

Na concepção de Sennett (1999), os jovens são vistos como mais dispostos e adaptáveis, assumindo mais facilmente os riscos e a submissão imediata, mas, por outro lado, têm pouca lealdade e compromisso com a empresa que também corre constantemente o risco de perdê-los para o mercado competitivo do trabalho. Os

contratos flexíveis, os ganhos por produtividade e o trabalho por sistema de convênios são expressões desse processo. São diversas as infrações das legislações trabalhistas, que de certa forma não são caracterizadas como infrações pelo regime de trabalho imposto, que são a ausência de: a) férias remuneradas; b) 13º salário; c) não possibilidade de apresentação de atestado médico para que não haja desconto do dia trabalhado, dentre outros benefícios conquistados por aqueles que possuem carteira de trabalho assinada ou regime de concursos. Essa flexibilização favorece as organizações hospitalares sob o comando do sistema de capital.

Conforme explicita Dejours (2012), existe uma “vitrine” que demonstra apenas a aparência, em detrimento da realidade caracterizada pelo sofrimento dos que trabalham. Esses profissionais continuam a exercer atividades arriscadas para a saúde em condições muito pouco diferentes de antigamente e que por vezes são agravadas pelas frequentes infrações leis trabalhistas.

Portanto, compreende-se que existe um movimento intenso de precarização do trabalho médico na emergência e urgência, mascarado pelo regime flexível e consequentemente pela forma como estes profissionais estão empregados. Existe o constante aumento de sobrecarga de trabalho, enquanto a remuneração e os direitos trabalhistas não se estendem.

5.2 GESTÃO PARA TRABALHAR MAL – A MANIPULAÇÃO DAS TECNOLOGIAS FÍSICAS E DE GESTÃO PELOS GESTORES HOSPITALARES

No final dos anos 60 e início dos anos 70, com o declínio do modo de produção fordista é desencadeado um processo de reestruturação produtiva, constituindo-se assim, em um novo regime de acumulação. Para Faria (1997), por consequência desse modo de produção, ocorre à implementação de uma nova base técnica, e, por conseguinte, de tecnologias físicas de base microeletrônica associadas às novas formas de organização e gestão do trabalho. Destaca-se que o desenvolvimento das forças produtivas de acordo com Faria (2011) é o elemento que “afeta diretamente as relações de trabalho e gestão dos processos de trabalho” (FARIA, 2011, p. 61).

Sendo assim, as mudanças são marcadas pela intensificação do uso das tecnologias de base microeletrônica, descentralização da produção e por mudanças na gestão do trabalho. Esse processo que tem ocorrido de forma mais incisiva na produção industrial, não se limita a ela. As características que em processo tornaram-

se hegemônicas em nossa sociedade influenciam todos os setores, dentre eles o setor de serviços.

Sendo a saúde parte do setor de serviços, nas organizações hospitalares são incorporadas cada vez mais, tecnologias de gestão que estão aliadas ao modo de organizar o trabalho dos profissionais da saúde. Esses profissionais tornam-se cada vez mais dependentes das tecnologias físicas para realização de seu trabalho, por meio do uso de aparelhos de diagnósticos cada vez mais sofisticados, medicamentos que são cada vez mais desenvolvidos em suas diversas formas e são necessários hoje para a realização de um trabalho de qualidade. Junto dessa transformação no espaço produtivo, as leis, normas e regras para a realização do trabalho médico também estão em mudança e cada vez mais também se associam a elas, ou seja, as transformações que advém do processo de reestruturação produtiva se dão não apenas do âmbito da produção de mercadorias, mas em todo o arranjo da sociedade.

Na concepção de Faria (2011), não há concretamente como separar a tecnologia física da de gestão, pois a utilização da primeira leva ao emprego da segunda. Dessa forma, têm-se as tecnologias de processo que formam as bases da reestruturação produtiva. As tecnologias físicas e de gestão vão constituir-se em fenômenos integrados e complementares que viabilizam um sistema de controle pelo capital sobre o processo de trabalho e conseqüentemente daqueles que vivem do trabalho.

Em decorrência da manipulação da gestão, que ocorre por meio de vínculos formais e psicológicos instituídos nas organizações, os profissionais médicos constituem sua percepção acerca das condições para a realização de seu trabalho. O controle político-ideológico se apresenta na forma da gestão organizacional, mesmo que essa não se apresente com uma natureza visivelmente repressiva (FARIA, 2011). As estruturas de gestão fomentam a exploração da força de trabalho e promovem o aumento da produtividade seja, de forma repressiva ou explícita, seja como estão sendo utilizadas as tecnologias físicas e de gestão.

Em relação às tecnologias físicas, uma das formas de controle físico do trabalho está relacionada às condições não adequadas para o descanso dos profissionais, um exemplo são as salas de descanso divididas com os alunos estagiários de medicina que adentram o local em vários momentos, ou o espaço pequeno que não comporta todos os profissionais o que acarreta na volta para o trabalho, sem o intervalo previsto na legislação, exemplifica-se: Pediatria 4 – Hospital

“A” (Público e privado): ‘A gente tenta descansar, mas, dividimos o quarto com os estudantes e residentes que vão chegando pra deixar sua mala, é impossível dormir, aí eu volto a fazer minhas atividades” e Pediatra 1 – Hospital “A” (Público e privado): “A sala de descanso é uma bem pequena e fica ao lado do atendimento da emergência, o que significa muito barulho”.

Os profissionais foram indagados acerca da disponibilidade e da qualidade das tecnologias físicas empregadas no ambiente de trabalho, sendo estas: a) infraestrutura; b) leitos de regulação; c) equipamentos (desfibrilador, oxímetro, entre outros); c) insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, seringas, agulhas, entre outros); d) medicações e e) exames complementares básicos.

Quanto às tecnologias físicas empregadas no ambiente da emergência e urgência, sobre a disponibilidade dessas para realização de seu trabalho. No SUS 40,0% dos pediatras responderam que frequentemente existe a falta de infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico e etc.) e 80,0% de leitos de regulação. 40,0% desses mesmos profissionais, responderam que raramente existe a falta de equipamentos (desfibrilador, oxímetro, etc.), 60,0% de insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.), 40,0% de medicações e 40,0% de profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.). Além disso, 40,0% relatam que às vezes existe a falta de exames complementares básicos.

No sistema privado, 28,6% dos pediatras respondentes consideram que existe a falta frequente de leitos de regulação e 28,6% de profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.). 42,9% relatam que, às vezes existe a falta de equipamentos (desfibrilador, oxímetro, etc.) e 28,6% às vezes a falta de leitos de regulação. 42,9% responderam que raramente existe a falta de medicações, 42,9% a falta de infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc), 28,6% insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.) e 28,6% de profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.). 57,1% considera que nunca houve a falta de exames complementares básicos e 28,6% de insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.).

No SUS 40,0% dos ginecologistas obstetras responderam que sempre existe a falta de leitos de regulação. 50,0% responderam que frequentemente existe a falta de infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico e etc.), 50,0% de medicações,

40,0% de equipamentos (desfibrilador, oxímetro, etc.), 40,0% de insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.) e 30,0% de exames complementares básicos. 30,0% explicitam que raramente existe a falta de profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.) e 30,0% de exames complementares básicos.

No sistema privado, 33,3% responderam que frequentemente existe a falta de leitos de regulação. 66,7% que raramente falta profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.), 66,7% de exames complementares e 50,0% de medicações. 50,0% relatam nunca existir a falta de infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico e etc.), 50,0% de equipamentos (desfibrilador, oxímetro, etc.) e 50,0% de insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.).

Destaca-se que, conforme demonstram os dados, as problemáticas tanto no ambiente público quanto no privado se dão principalmente pela falta de leitos de regulação e estrutura física. Ainda em relação a esses mesmo itens, acerca de sua qualidade, foram obtidas as seguintes respostas dos profissionais:

No sistema público 80,0% dos pediatras respondentes consideram média a qualidade dos equipamentos (desfibrilador, oxímetro, etc.), 60,0% da infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc), 60,0% dos insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.), 60,0% de profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.), 60,0% de exames complementares básicos, 50,0% de leitos de regulação e 50,0% de medicações.

Quanto à qualidade desses itens no sistema privado 57,14% dos pediatras respondentes consideram média a qualidade dos equipamentos (desfibrilador, oxímetro, etc.), 57,14% de medicações, 57,14% de profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.), 42,86% da infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc), 42,86% dos leitos de regulação e 42,6 % dos insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.). 42,6% classificam como alta a qualidade dos exames complementares básicos.

Quanto à qualidade desses itens no sistema público 40,0% dos ginecologistas obstetras consideram alta a qualidade dos exames complementares, 60,0% média a qualidade dos insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas,

seringas, etc.), 60,0% das medicações, 60,0% dos profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.), 40,0% dos equipamentos (desfibrilador, oxímetro, etc.) e 40,0% dos exames complementares básicos. 40,0% classificam como baixa a qualidade da infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico e etc.), 40% dos equipamentos (desfibrilador, oxímetro, etc.) e 30,0% dos leitos de regulação. 40,0% consideram muito baixa a qualidade da infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico e etc.) e 30,0% dos leitos de regulação.

Quanto à qualidade desses itens no sistema privado, 66,7% dos ginecologistas obstetras consideram ser alta dos insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.), 50,0% dos equipamentos (desfibrilador, oxímetro, etc.) e 33,3% dos leitos de regulação. 50,0% consideram média a qualidade da infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico e etc.), 50,0% das medicações e 50,0% dos profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.).

Quanto à qualidade dos itens, no sistema privado tem-se a baixa qualidade de leitos e infraestrutura. Isso se dá, pois no SUS não existe, ou existe muito pouco a manutenção da infraestrutura e dos equipamentos, que se desgastam com o uso e não são renovados, exemplifica-se:

Pediatra 1 – Hospital A (Público): “Igual, o tipo de berço por um exemplo, é que na emergência do convênio foi reformado, depois ganhou coisas novas, mais modernas, e a emergência do SUS ficou com as coisas mais antigas [...]. Esse movimento de melhoria e aprimoramento do SUS não tem porque o dinheiro que vem do SUS pouco, aí eles não investem, se não vão ganhar nada com isso...”

Pediatra 2 – Hospital A (Público): “No consultório do SUS, em um mesmo consultório você atende dois pacientes, coisa que não acontece no convênio...”

Pediatra 2 – Hospital A (Público): “No sistema público a gente tem uma carência grande de infraestrutura, material muito antigo e quebrado, que vai mantendo por muito tempo”.

Desta forma, a diferença substancial do atendimento público e privado está relacionada à falta ou precariedade de infraestrutura, insumos e equipamentos para realização do trabalho. Tratando-se principalmente de organizações de composição mista, tanto os profissionais quanto o local de realização dos exames são os mesmos.

Segundo os dados quantitativos respondidos pelos profissionais, tanto no sistema privado quanto público de saúde o item mais problemático está relacionado aos leitos de regulação. No sistema privado 28,6% dos pediatras responderam que os leitos de regulação faltam frequentemente, no sistema público 80,0%. Esses dados podem ser exemplificados pela fala da Pediatra 1 – Hospital A – (Privado): “O hospital sempre foi muito ágil em mobilizar vaga especialmente quando tem paciente de convênio particular esperando. E aí, o hospital é cobrado pelos convênios então o hospital se vira bem rápido para agilizar essas vagas [...]”

No sistema privado 33,3% dos ginecologistas responderam que existe a falta frequente de leitos de regulação e no sistema público 20,0%. Isso pode ser exemplificado pela seguinte fala:

Ginecologista 3 – Hospital E – Privado “Leitos de regulação é uma questão que eventualmente a gente não consiga vaga para todos os convênios, porém existem alguns convênios que o hospital é referência e que é obrigado a aceitar. Então, algumas vezes a gente não tem vaga, mas para aquele convênio específico a gente precisa aceitar e dá um jeito de conseguir [...]”

Por meio da fala dos profissionais pode-se notar que eles relatam um maior empenho de atendimento aos pacientes que se utilizam do serviço privado de saúde. As organizações hospitalares privadas buscam reproduzir e empenhar-se para manter uma imagem para os pacientes que são sua clientela, e conseqüentemente, aos próprios profissionais médicos que optam por prestar serviço ao sistema privado:

Ginecologista 1 – Hospital D (Privado): “Nós como médicos, somos vistos como clientes do hospital, como não temos vínculo CLT, nós levamos as nossas pacientes para serem operadas lá, então, nós somos muito bem tratados dentro do hospital. Todos os tipos de cortesias, comidas e estacionamento...”

Portanto, compreende-se que existem mecanismos de controle sutis que estão aliadas as tecnologias de gestão, quando se trata da organização do processo de trabalho e físicas, quanto a disposição de elementos necessários para a realização do trabalho e incorporação de sistemas que reforçam a exploração. Os profissionais passam a estabelecer padrões de conduta que correspondem ao desejado e orientado pela gestão dos hospitais por meio dessa manipulação. Sendo assim, os recursos para realização de seu trabalho, bem como, a disponibilidade de profissionais de apoio, insumos de procedimentos, medicamentos, leitos de regulação, entre outros são mediados pela gestão, não havendo recursos necessários ou insuficientes,

conforme elucidado pelos dados quantitativos e os profissionais são submetidos a uma intensificação da rotina e ritmo de trabalho para que as demandas sejam sanadas. Os profissionais tomam para si os objetivos organizacionais, a partir de um controle simbólico-imaginário, que se utiliza dos valores dos profissionais, uma relação entre punições e recompensas que buscam a adesão dos profissionais nos objetivos da organização (FARIA, 2011). Sendo assim, a história da organização, seus valores, missões e objetivos falseados, as organizações hospitalares, em especial as mistas que tem sua gênese na filantropia são caracterizadas como “organização humana e solidária” tanto para com os pacientes, como para seus funcionários, criando-se assim, um imaginário, principalmente relacionado aos hospitais privados em detrimento dos hospitais públicos. Sendo assim, como já relatado os profissionais são tratados como clientes, onde são oferecidos diversos serviços para os profissionais, exemplifica-se: Ginecologista 1 – Hospital “D” (Privado) “Nós recebemos todo o tipo de regalia, estacionamento, cafezinho, porque querendo ou não nós trazemos nossas pacientes particulares para cá, também somos cliente”. Ocultando assim, o real objetivo, o objetivo de lucro.

5.3 MANIPULAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO (NÃO) RACIONAL DO TRABALHO - ADMINISTRAÇÃO INSTITUCIONAL E ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO

“O processo de racionalização é um dos elementos constitutivos das relações de trabalho” (FARIA; MENEGHETTI, 2007, p.1), desta forma, são desenvolvidos métodos de organização do trabalho com a finalidade de conhecimento dos processos e de execução das atividades. Esse movimento de racionalização perpassa diversos momentos da história da sociedade, e é considerado fundamental para o desenvolvimento dos processos produtivos.

Enriquez (2000) realiza uma interpretação das ideias de Taylor, que destacava a necessidade do domínio sobre o psiquismo dos indivíduos para que esses pudessem contribuir para o estabelecimento de uma direção racional na empresa, com vistas a acabar com a “ociosidade”. Ainda na concepção do autor as ideias de Weber acerca da temática são mais sutis, porém, estão de acordo com os princípios de Taylor, sendo para ele a organização o local onde as decisões são tomadas

racionalmente e não de maneira intuitiva e isso resultaria em indivíduos assíduos, que deveriam dispor de poderes limitados sabendo separar a vida pública da privada.

É possível perceber os discursos que de forma positiva incorporam que a racionalização do trabalho que é conceituada como “conhecer, organizar e sistematizar os conhecimentos adquiridos ou desenvolver métodos utilitários e pragmáticos de execução de tarefas” (FARIA; MENEGHETTI, 2007, p. 2) seria uma alternativa para as diversas problemáticas apresentadas na realidade do atendimento emergencial. Essa ideia positiva acerca da organização do trabalho pode ser percebida por meio das críticas à administração hospitalar que se apresentam de forma muito particular e focalizada. Exemplifica-se tal afirmação:

Pediatra 2 – Hospital A (Privado): “A administração para a gestão da parte médica é muito ruim [...]”

Pediatra 2 – Hospital A (Público): “Não tem organização de administração [...] A administração das organizações, a questão de trabalho é bem ruim também, em questão à administração [...]”

Ginecologista 1 – Hospital C (Público): “Em relação à administração é uma coisa bem bagunçada [...]”

Pediatra 4 – Hospital A (Privado): “Eu vejo que ainda falta realmente um preparo melhor da questão de gestores [...]” “Há dificuldade na organização da forma de trabalho e até as vezes mesmo entre o diálogo do médico e a administração [...]” “A gente vê a questão da dificuldade de comunicação, ou seja, existem decisões que são tomadas pela administração e que demoram para chegar ou chegam de forma não muito clara para quem está lá na ponta [...]” “Então, eu acho o preparo muito fraco e falta ainda o preparo das pessoas para a gestão”

Pediatra 4 – Hospital A (Público): “O público segue a mesma linha *pra* pior, ou seja, aí já entra a questão de cargos que são políticos, pessoas que não estão preparadas para administrar [...]” “Eu acho bem complicado a questão da administração no serviço público [...]”.

Em contrapartida, se percebe os discursos que condenam as atividades burocráticas administrativas que se desdobram em entraves para a realização do atendimento aos usuários dos serviços:

Pediatra 4 – Hospital A (Privado): “[...] Teve uma mudança do laboratório, uma mudança do sistema do hospital, então tudo o que a gente precisava a gente tinha que pedir pelo sistema e isso atrasava um pouco a nossa vida [...]”.

“Eu queria fazer uma coleta de sangue ou queria prescrever um soro... "ah, não dá pra instalar agora porque tem que esperar vir da farmácia e...". Então você tem que prescrever agora, esperar a pessoa, a enfermeira pegar a prescrição, esperar a enfermeira ir até o almoxarifado, farmácia, pegar o material para vir pra simplesmente... as vezes assim... igual no meu, urgência, isso atrapalhava a vida porque precisava coletar com urgência uma gasometria do paciente, e o médico mesmo coleta ali na hora... [...]”

Como já explicitado nas falas dos profissionais esses se referem à organização do trabalho como não satisfatória para o atendimento das necessidades profissionais. A ausência do planejamento adequado para a execução do trabalho é uma das ferramentas adotadas para o atendimento dos interesses específicos institucionais.

Pediatra 2 – Hospital A (Público): “vieram com essa nova regra de instabilidade total, cada hora muda a regra, não tem nenhuma estabilidade, amanhã pode mudar tudo o que foi decidido ontem. E daí vieram e disseram “ah você vai ter que fazer final de semana também” daí eu disse “mas eu já faço sexta feira a noite que são quatro horas de dia de semana a noite mais 8 horas no sábado... eu não vou fazer mais no final de semana.. eu já faço plantão em outro lugar” aí disseram “ahh mas é obrigatório fazer porque senão você vai sair da escala”.

A partir dessa exemplificação pode-se destacar que a racionalização por meio de técnicas, da burocratização com vistas ao incremento dos ideais da organização e do gerenciamento e do controle dos recursos é responsável pela formação de desigualdades nas relações de trabalho (FARIA; MENEGHETTI, 2007). Sendo assim, as instituições criam estratégias de organização do trabalho para atender os interesses específicos institucionais. Interesses esses, que são incorporados por serem dominantes em nossa sociedade, em especial as organizações hospitalares privadas que direcionam as atividades com a finalidade de atendimento aos interesses lucrativos.

É preciso exaltar as problemáticas acerca de tais questões, tendo em vista que os atendimentos aos interesses particulares das organizações hospitalares vão impactar nas relações de trabalho e por consequência nos usuários desses serviços. Os profissionais por meio de alternativas, muitas vezes custosas para si e para os pacientes, buscam o atendimento em consonância com a responsabilidade ética profissional e moral social, sendo impulsionados a trabalhar com zelo devido ao medo

da incompetência⁸. A percepção dos profissionais acerca desse movimento se dá de forma particular à organização ou a administração da instituição e pode ser exemplificada por meio das seguintes falas:

Pediatra 1 – Hospital A (Privado): “a administração do hospital é muito focada, é... eles não cuidavam assim, eles queriam suprir as necessidades deles, de diminuir a fila de espera e ter médicos e atendendo. Eles queriam cobrir a escala deles, precisavam cobrir a escala para ter bastante médico na escala, pra todos os dias não ter furo, não ter ninguém faltando”. “Era esse o interesse deles, porque esse era o interesse da instituição, então, a gente tem que ter médicos, não pode faltar médicos, a gente tem que fazer rodar a sala de espera, para não ficar acumulando paciente lá”.
Ginecologista 1 – Hospital D (Privado): “O hospital privado onde eu trabalho eu vejo que funciona como uma empresa mesmo com o objetivo de lucro, apesar de ter toda essa questão humana de assistência e tudo mais a gente sabe que tem uma gestão financeira pesada. Rapidamente se retira um convênio e coloca outro de acordo com o interesse financeiro [...]”.

Desta forma, “[...] a racionalização não atinge a todos equitativamente e nem sempre se apresenta como expressão do interesse coletivo”. (FARIA; MENEGHETTI, 2007, p.1). Sendo assim, embora a racionalização do trabalho seja entendida como essencial para o desenvolvimento dos processos produtivos ela se desdobra no exercício da violência. Por conseguinte, uma organização racional do trabalho configura-se como irracional na medida em que não atende as demandas de interesse coletivo, mas se traduz no atendimento a interesses específicos institucionais, onde uma parcela minoritária usufrui seja de forma econômica, política ou social desse sistema, pois, “a racionalidade, enquanto é capaz de estabelecer o uso da lógica e da utilização de princípios científicos é também incapaz de direcionar toda sua potencialidade em benefício coletivo” (FARIA; MENEGHETTI, 2007, p. 3). Destaca-se que essa parcela favorecida, se tratando de organizações complexas onde diversas instâncias e pessoas estão envolvidas direta e indiretamente, se expressam de forma sutil frente aos profissionais, dificultando a compreensão dessas relações de força de forma clara, mesmo assim, conforme já explicitado os profissionais realizam uma

⁸ Tais termos que são conceituados por Dejours (2012) são tratados em uma categoria particular de forma específica nesse trabalho.

crítica ao modo de gestão e em específico ao tratamento das organizações hospitalares como meio de benefício financeiro ou político.

A ideologia capitalista, ou teoria gerencialista, constitui-se no fundamento do sistema de ideias, e ao mesmo tempo, reproduz a lógica de dominação do capital. Oferece um suporte “científico” que legitima as ações que decorrem dessa lógica (FARIA, 2011). Sendo assim, a gestão das organizações hospitalares é legitimada pelo “conhecimento científico” da gerência, que por Braverman (1987) já foi analisado, pois para o autor a “gerência científica” não possui qualidades científicas em sua essência, mas apenas ações para a reprodução e manutenção do sistema de capital.

5.4 ROTINA E RITMO DE TRABALHO

A rotina e o ritmo de trabalho na urgência e emergência são extenuantes. Mesmo com as pressões do trabalho desencadeadas pela sua rotina e seu ritmo, os profissionais continuam a executá-lo. Em nossa sociedade é predominante à valoração do “esgotamento pelo trabalho”, ou seja, são reconhecidos socialmente aqueles que demonstram sua dedicação ao trabalho por meio do sofrimento. Associando isso ao zelo pela norma e o medo da incompetência, os médicos da emergência realizam plantões e se desdobram, mesmo quando existe a falta de profissionais, para que o atendimento no pronto socorro continue a fluir. Somente os considerados aptos em termos de disciplina e produtividade oferecem seus serviços, os jovens mal preparados, idosos, entre outros são excluídos (DEJOURS, 2012). Destaca-se que o “estar mal preparado”, não está relacionado com a qualificação profissional, mas sim, com a capacidade de atendimento as grandes demandas no ambiente de trabalho, ou seja, ligadas a flexibilização do trabalho.

Destaca-se que, 80,0% dos pediatras que trabalham no SUS classificam como muito alto o ritmo de trabalho no dia-a-dia (volume de atendimentos) e 66,7% dos profissionais que trabalham no sistema privado também consideram o ritmo muito alto. Dos ginecologistas obstetras que trabalham do SUS 40,0% classificam o ritmo de trabalho como alto e 40,0% que trabalham no sistema privado consideram também alto.

Além da valoração social, cada vez mais as organizações utilizam-se de práticas de controle sutis que aumentam o ritmo de trabalho e, por conseguinte, intensificam a exploração. Uma dessas práticas é o controle burocrático que por meio

da organização do processo produtivo, com normas e condutas as unidades hospitalares passam a estabelecer ritmos e rotinas de trabalho (FARIA, 2011), são os prontuários, receitas de medicamentos, atas, regulamentos, atendimento ao telefone para verificação de vagas, protocolos, entre outros, ou seja, são as tecnologias físicas que incorporadas ao ambiente de trabalho intensificam-no.

Sendo assim, independente da presença de algum supervisor naquele ambiente o controle sobre o ritmo e a rotina de trabalho são impostos pela própria demanda, ou seja, pela quantidade de pacientes, pelas tarefas e protocolos institucionais, exemplifica-se: Pediatra 3 – Hospital “A” (Privado e Público): “os atendimentos eram realizados em uma sala de frente para os pacientes, você não tinha tempo de anotar um histórico ou discutir, pois, os pacientes estavam olhando o que você estava fazendo, esperando o atendimento, me pressionando”. O controle pela é muito mais sutil do que àquele exercido pelos pacientes que trazem a imprensa, ou realizam reclamações acerca da demora no atendimento nos setores responsáveis, exemplifica-se: Pediatra 4 – Hospital “A” (Público e Privado): “É muito comum os pais trazerem a TV aqui, ou nos ameaçarem para atendermos seu filho rapidamente, principalmente no público onde a espera é mais demorada”.

Ressalta-se que a problemática é individualizada, o profissional que não atende as demandas é culpabilizado. O controle é exercido pelos próprios colegas de trabalho, pois, a organização fomenta uma competitividade pautada nos valores atuais da sociedade para o aumento da produtividade.

Pediatra 1 – Hospital A (Privado): “meu atendimento eu fazia em 20 minutos, não conseguia assim, negligenciar um paciente que veio de longe em busca de atendimento, mesmo que falassem... mas tinha médico que fazia em 5 minutos”.

Sendo assim, o profissional tem que ser capaz de ocupar diferentes postos de trabalho, de intervir em diferentes tipos de materiais e de inserir-se em diferentes segmentos do processo de trabalho, porém, ainda que seja exigida a realização de multitarefas, seu conhecimento se restringe a um conjunto de atividades que farão parte de sua rotina de trabalho (ALVES, 2011). Os profissionais devem estar aptos a realizar diversas atividades, que não necessariamente excluem a rotina extenuante, contínua e burocrática do atendimento emergencial. Quanto mais rotineira a tarefa, mais os profissionais se demonstram desgastados pelo trabalho, e isso provoca muitas vezes a mudança contínua de profissionais e a colocação cada vez mais dos recém-saídos da residência para esse tipo de atendimento.

Algumas organizações hospitalares buscam diversificar as tarefas dos profissionais, por meio de um controle político-ideológico, incluir supervisões de estudantes e residentes, ou incorporá-los no processo de gestão, a intencionalidade é de intensificação e alargamento das tarefas, mas, produzindo uma sensação libertadora, que é impossível no atual contexto, tendo em vista que o sistema de capital cria e recria os mecanismos sutis de controle daqueles que vivem do trabalho, exemplifica-se: Ginecologista 1 – Hospital E (militar): “Então, nesse hospital era diferente em relação ao particular, lá a gente também faz a parte da gestão, então é uma coisa meio mista, depende muito da sua patente como militar. No hospital privado em que eu trabalho em nem me envolvo com essa parte, é só o atendimento mesmo...”

Portanto, os profissionais realizam plantões de 12 ou 24 horas, com um ritmo de atendimento contínuo. Conforme relato dos profissionais, a disposição da sala de atendimento de frente para a sala de espera, ou até mesmo o uso do microfone e painéis para chamar os pacientes, são tecnologias, de gestão quando relacionadas a organização do trabalho e físicas com o incremento de aparatos tecnológicos modernos. Essas tecnologias incorporadas ao processo de trabalho têm por objetivo intensificá-lo, tendo em vista a falta de profissionais e espaço físico⁹, bem como, a grande demanda de atendimento. Muitos dos profissionais queixam-se desse atendimento rotineiro de ritmo intenso. Algumas unidades hospitalares buscam a diversificação das tarefas com o intuito também de intensificação do trabalho.

Na concepção de Sennett (1999), a flexibilidade é então na sociedade atual caracterizada como virtude, porém, no contexto na qual vivenciamos é impossível o alcance da liberdade, pois, a busca pela flexibilidade produziu novas estruturas de poder e controle, ao invés de criar condições de libertação.

5.5 ZELO PELA NORMA E MEDO DA INCOMPETÊNCIA

Nas organizações hospitalares e especificadamente, sendo tratado nesse trabalho, no sistema de emergência e urgência são instituídos protocolos e regras com a finalidade de atendimento aos interesses específicos da organização¹⁰. Conforme explicitado por Dejourns (2012), a organização prescrita do trabalho se difere da

⁹ Conforme discutido na categoria gestão para trabalhar mal.

¹⁰ Vide a categoria: Manipulação da Organização (não) racional do trabalho - Administração institucional e Organização do Trabalho página 53.

organização real do trabalho. Desta forma, o atendimento emergencial se torna exequível apenas se os profissionais realizarem seu trabalho com zelo, ou seja, se os profissionais extrapolarem de forma permitida pela organização as regras, pois, “não é possível nas situações comuns de trabalho, cumprir os objetivos e tarefas respeitando escrupulosamente as prescrições, instruções, e os procedimentos” (DEJOURS, 2012, p. 30). O zelo é conceituado por Dejours (2012), como o acrescentado a organização prescrita para torná-la eficaz. Muito disso, se deve ao medo da incompetência, se tratando de uma profissão com valores reconhecidos socialmente e que demandam conhecimentos complexos, portanto, lidando com a vida e saúde dos sujeitos. Essas questões podem ser explicitadas pelas falas dos/as profissionais:

Pediatria 1 – Hospital A (Privado): “É que a pessoa tem que estar engajada assim, eu me desdobrava pra explicar pra família...[...] “Às vezes a gente não conseguia descansar as duas horas e meia, porque tinha um exame ou outro, um paciente ou outro pra checar, aí nós não deixávamos isso para descansar”.

Pediatria 2 – Hospital A (Privado): “Os pacientes internados que um médico acompanha, então você vai passar visita no natal, no reveillon, feriado, final de semana você trabalhava e no final o convênio "glosava". Então você foi todos esses dias lá, você saía da sua casa pra visitar um paciente as vezes, nessas condições e depois não recebia nada por isso”.

Ginecologia 3 – Hospital F (Público): “O que acabou acontecendo quando precisava eu mesma que não sou ecografista colocava a paciente na ecografia e eu mesma fazia se eu precisasse para alguma conduta”.

Sendo assim, mesmo quando as condições para realização do trabalho não são adequadas, seja no que diz respeito aos pacientes ou para si, os profissionais médicos se utilizam de estratégias para contornar tais situações, quebrando protocolos e regras, sejam elas relacionadas à legislação trabalhista (como por exemplo, não receber o salário) seja em relação ao protocolo instituído pela organização, convênios, entre outros, como demonstrado no exemplo:

Pediatria 5 – Hospital A (Público): “[...] Está muito cheio lá embaixo, a observação, a gente não tem mais local pra colocar a criança em observação. Daí às vezes o hospital abre alguns leitos do convênio, por exemplo, entendeu? Daí pode colocar, subir algumas crianças para o convênio para abrir mais vaga ali pra gente.

Então daí essas coisas a gente consegue conversar com a administração do hospital para dar uma resolução ali na hora que a gente está precisando”.

Conforme demonstram os dados quantitativos coletados 45% dos Ginecologistas Obstetras dedicam de 49 a 60 horas semanais às atividades da medicina, seja no atendimento, qualificação profissional, entre outros. 40% dos pediatras dedicam de 61 a 72 horas semanais. Esses números demonstram que os profissionais pelo medo da incompetência buscam dedicar-se a profissão de forma a extrapolar as normas legais instituídas. Mesmo assim, por se tratar de algo que auxilia no atendimento das demandas das organizações hospitalares se camufla por meio dos diversos contratos flexíveis, ou seja, a regra é instituída para ser extrapolada.

Essas situações podem causar angústia e sofrimento aos profissionais, além disso, por ultrapassarem as regras instituídas os profissionais podem tomar a responsabilidade do fracasso (caso aconteça) para si, associando os fatos à incompetência individual, pois se faz parecer que o fomento dessas ações não é algo institucionalizado, mas sim, reações particulares isentando as organizações hospitalares.

5.6 PRESSÃO PARA TRABALHAR MAL

Diferentemente do zelo pela norma e do medo da incompetência, tem-se a pressão para trabalhar mal, que não coloca em questão habilidades e competências profissionais, mas como explicita Dejours (2012, p.31), “mesmo quando o trabalhador sabe o que deve fazer, não pode fazê-lo porque as pressões sociais do trabalho o impedem”. Essas pressões sociais podem ser caracterizadas pela gestão para trabalhar mal, rotina e ritmo de trabalho e jogo dos conflitos sociais¹¹. Os profissionais médicos da emergência se veem impossibilitados de realizar corretamente¹² seu trabalho, tendo em vista a relação imbricada de seus conhecimentos técnicos complexos com as tecnologias físicas. Além dos entraves acerca do não acesso a materiais, insumos de procedimentos, medicamentos, entre outras tecnologias necessárias para a execução ética de seu trabalho e também da gestão para trabalhar mal, na qual a organização do trabalho é gestada com a intencionalidade do fracasso profissional, ou o fomento do medo do fracasso para intensificação do trabalho que

¹¹ Vide essas categorias de análise para explicações conceituais.

¹² A palavra corretamente é empregada no sentido da ética e da moral vigente.

consequentemente acarretam em rotinas e ritmos de trabalho extenuantes. Exemplifica-se pela fala dos profissionais:

Pediatra 1 – Hospital A (Público): “Às vezes tem uma limitação de não ter leito na UTI, aí você tem que ficar com paciente mais grave lá em baixo por um período”.

Pediatra 3 – Hospital A (Público): “O problema é que às vezes você está com paciente grave e não tem tudo o que precisa, você tem que agilizar para encaminhar esse paciente para um local mais adequado, e isso não funciona da forma mais adequada”.

Uma das críticas realizadas pelos próprios profissionais está relacionada aos atendimentos emergenciais serem destinados não apenas em execução, mas também em alguns casos, a gestão aos residentes ou “recém-saídos” da residência. Com o intuito de se suprir as demandas contratam-se esses profissionais que acabam de adentrar ao mercado de trabalho e que não possuem muitas vezes experiência de atuação tal qual os demais profissionais. Explicita-se tal situação, a partir das falas:

Pediatra 1 – Hospital A (Público): “A emergência é basicamente conduzida pelos residentes, também tem uma diferença porque os médicos nem são formados em pediatria”.

Pediatra 1 – Hospital A (Público): “Em alguns períodos, quem atendia eram os médicos mais experientes. Depois eles mudaram e colocaram residentes R3, que já eram pediatras e que estavam fazendo subespecialidade na supervisão. E daí por algum tempo esses residentes tocavam a porta junto dos outros residentes [...]. Então era bem diferente a equipe, era principalmente formada por recém-formados, recém-terminados da pediatria”.

Pediatra 2 – Hospital A (Privado): “Tanto faz se eu tenho mestrado ou não, tá cheio de residentes no plantão...”

Pediatra 2 – Hospital A (Público): “No público quem faz a maior parte dos atendimentos são os residentes, diferente do hospital particular [...]. Todos os atendimentos saem no meu nome, o residente está atendendo, mas sai no meu nome. E se ele não vem discutir o caso com você, você nem sabe o que ele fez, e o seu nome está lá como responsável”.

Estes também estão fadados à pressão para trabalhar mal, tendo em vista que ainda não possuem experiência na área, ou seja, não completaram a formação necessária para atuar de forma ética no cargo designado. A questão ilegal demonstra-se no momento em que o nome de quem realizou a consulta, não é a do residente ou

estudante em específico, mas, é constatado apenas o nome do supervisor. A organização preocupa-se apenas em suprir a demanda, em detrimento à qualidade do atendimento. Essa questão ligada a qualificação é abordada no tópico acerca “incertezas profissionais e a responsabilização do profissional pelo seu futuro”.

5.7 EXPLORAÇÃO SOCIAL DO TRABALHO PELO VOLUNTARIADO

O que caracteriza o trabalho no sistema capitalista de produção é seu caráter “livre”, ou seja, os sujeitos devem possuir a liberdade de venda da força do seu trabalho (MARX, 2013). Esta é uma condição para objetificar a força de trabalho e torná-la uma mercadoria para ser trocada na lógica da oferta e demanda que rege o modelo econômico instituído.

Verifica-se no caso de atividades especializadas, neste caso no ramo superespecializado da pediatria¹³, que a impossibilidade do hospital remunerar este trabalho faz com que as profissionais tenham que realizá-lo voluntariamente. Todavia, mesmo essa atividade voluntariada depende que os médicos realizem o trabalho de pediatria geral para atender as necessidades demandadas pelo hospital. Isto pode ser verificado na fala:

Pediatra 1 – Hospital A (Privado): “Ainda se espera do médico um trabalho voluntário, fazer pela causa, pelo bem, porque o médico quer fazer sua especialidade, porque o médico gosta de trabalhar naquela instituição, sabe?” [...] “Desde o início da formação do hospital, onde foram formados muitos a partir de voluntariados, médicos atendendo as crianças doentes, porque “coitadinhas das crianças”. Então essa ainda é muito a cultura do hospital”.

Este fato descaracteriza a concepção de trabalho livre segundo Marx (2013), e de voluntariado que de acordo com a legislação Nº 9.608/98, que dispõe sobre o trabalho voluntário, este significa, “atividade não remunerada, prestada por pessoa física a entidade pública de qualquer natureza, ou a instituição privada de fins não lucrativos, que tenha objetivos cívicos, culturais, educacionais, científicos, recreativos ou de assistência social, inclusive mutualidade” (LEI 9.608/98, p.01).

Tem-se então, uma relação de dominação econômica baseada na servidão voluntária, pois para o profissional poder realizar sua especialidade depois de estudar

¹³ As respondente Pediatria 1 tem a formação de pediatria geral e reumatologia pediátrica.

vários anos, ele precisa se submeter a esta lógica imposta pelo hospital. Além disso, tem-se institucionalizado a atividade voluntária por meio da própria história da organização, a partir de um discurso oficial que se repete e que justifica as ações dos profissionais em nome da “missão original” dessa organização (FARIA, 2011). No caso das organizações hospitalares que emergem por meio da caridade e da filantropia, tem-se documentos, ações, atividades, que fomentam a institucionalização das atividades voluntárias, ou seja, não remuneradas, que passam a ser compartilhadas pelos profissionais que o fazem em busca do reconhecimento social e da própria organização e especificadamente nesse caso, para realizar a atividade na qual se qualificou. Portanto, um controle político-ideológico se institui na medida em que a organização se utiliza dos objetivos profissionais para adesão aos seus objetivos específicos.

5.8 FALTA DE RECONHECIMENTO

Aqueles sujeitos que se esforçam para fazer o seu melhor, realizam um investimento pessoal e exprimem suas paixões no seu trabalho, conforme explicita Dejourns (2012), devem ter sua contribuição reconhecida. Ainda na perspectiva do autor, o reconhecimento é “decisivo na dinâmica da mobilização subjetiva da inteligência e da personalidade do trabalho” (DEJOURS, 2012, p. 34), ou seja, necessário para a motivação no ambiente de trabalho. Este fato se dá pelo “sentido do sofrimento” (DEJOURS, 2012, p.34), pois, quando o indivíduo é reconhecido, ele passa a estabelecer um sentido ao sofrimento, aos seus esforços, suas angústias e suas dúvidas. Tal questão está intimamente associada à construção das identidades dos sujeitos que buscam a realização de seu ego. Desta forma, quando estes não podem gozar dos benefícios do reconhecimento e estabelecer sentido em relação ao seu trabalho eles são reconduzidos ao sofrimento, isso pode ser exemplificado:

Pediatra 1 – Hospital A (Privado): “Assim, em alguns casos você sente a gratidão dos pais de se sentirem cuidados ali sabe? Muitas vezes os pais estão tão nervosos com a doença do filho que não tem espaço pra “ai, que bom que eu fui bem atendido e o médico examinou direito, posso confiar nessa opinião, sabe? “A pessoa não fica satisfeita, não te dá aquele retorno. E aquele raciocínio “ah, eu vou ajudar a curar, vou ver o paciente se curar”, a gente não vê isso, bem pelo contrário, o que a gente vê são frustrações e muitas queixas, com uma remuneração muito baixa”.

Nesta fala, é possível identificar a necessidade do sentido de seu trabalho. A profissional no sistema de emergência não consegue se identificar com os “ganhos naturais” da profissão, que seriam relacionados ao atendimento as necessidades e cura dos pacientes. Além disso, a organização também não a reconhece, pois, oferta salários baixos. Acerca do reconhecimento da organização tem-se a fala:

Pediatra 2 – Hospital A (Privado): “Não tem perspectiva nenhuma de melhorar, não tem perspectiva nenhuma de ser promovido. Não existe estímulo a um bom trabalho, se você faz bem feito ou não tanto faz, ninguém vai te elogiar, ninguém vai reconhecer o seu trabalho, você faz bem feito pelo paciente”.

Sendo assim, os profissionais não conseguem encontrar sentido e satisfação na realização de seu trabalho. Conforme explicitado nos dados quantitativos, no sistema público, 30,0% dos pediatras consideram muito baixo o nível de reconhecimento dos pacientes acerca dos serviços prestados e 30% do reconhecimento das chefias acerca de seu trabalho. No sistema privado, 50,0% dos pediatras consideram médio o nível de reconhecimento dos pacientes acerca dos serviços prestados e 33,3% baixo o nível de reconhecimento por parte dos superiores ou chefias.

Quanto aos ginecologistas obstetras atuantes no sistema público, 30,0% classificam como médio e também, 30,0% como baixo o reconhecimento dos pacientes pelos serviços prestados, 50,0% consideram o reconhecimento dos superiores e chefias acerca de seu trabalho. No sistema privado, 40,0% classificam como alto e 40,0% como baixo o reconhecimento dos pacientes pelos serviços prestados e 60,0% classificam como baixo o reconhecimento dos superiores e chefias de seu trabalho.

Quando os profissionais respondem que o nível de reconhecimento dos pacientes no sistema privado se classifica como alto e médio, deve-se destacar que isso se dá pelo fato de englobar nessa categoria o atendimento a pacientes de forma particular. O vínculo no atendimento particular se dá de forma mais intensa entre pacientes e profissionais, que se baseiam na confiança, diferentemente do sistema de convênios e público onde não há possibilidade do paciente escolher o acompanhamento com um ou outro médico, salvo casos específicos e de atendimento ambulatorial.

Sendo assim, destaca-se que o sofrimento é expressivo quando o esforço no trabalho não permite a satisfação das expectativas no plano material, afetivo, social e

político (DEJOURS, 2012). A ausência de vínculos afetivos e duradouros com a organização (pois, os contratos de trabalho não favorecem a criação de uma identidade com aquela organização) e com os pacientes, não permite o reconhecimento de modo satisfatório. Os profissionais médicos sentem-se frustrados frente a essa situação, tendo em vista, ser uma profissão essencial para reprodução social, sendo essa uma das questões pela qual os profissionais escolhem seguir essa profissão. Portanto, de acordo com Dejours (2012), embora o reconhecimento seja parte das expectativas dos profissionais, raramente ele é conferido de modo satisfatório.

Ressalta-se que, quando o vínculo entre os profissionais e a organização é existente, esta se apropria do reconhecimento, como forma de motivar os profissionais para realização do trabalho e conseqüentemente promover a intensificação da exploração, o controle por vínculo que se caracteriza por um contrato que mobiliza os interesses e as necessidades psicológicas, subjetivas e inconscientes de afeto, identificação, confiança, reconhecimento objetivando compromisso e cumplicidade entre os profissionais e a organização (FARIA, 2011).

5.9 JOGO DOS CONFLITOS SOCIAIS – A RELAÇÃO COM A EQUIPE DE TRABALHO, PACIENTES E SEUS FAMILIARES

Ao mesmo tempo que as organizações incentivam o trabalho em equipe e a conexão entre os profissionais para a realização das tarefas ela fomenta a individualização e a competição. Na concepção de Faria (2011), o incentivo a individualização diminui o risco ou ameaças que os indivíduos invistam contra a estrutura de dominação. Seja a união entre os profissionais daquela organização, ou deles, junto da comunidade que também é impactada pelos serviços prestados. Esses vínculos estão enfraquecidos, conforme pode ser relatado pelos profissionais:

Pediatra 1 – Hospital A (Privado): “Pacientes que são pacientes de convênio que se acham autoridade porque pagam convênio, entendeu? [...] só que acontece que o médico recebe muito pouco que o convênio ganha, entendeu? Então o paciente chega exigindo muito de você, então o paciente chega querendo muito de você, sendo que você não tem vínculo nenhum com ele, você nunca o viu”.

Pediatra 2 – Hospital A (Público): “Eu tenho que deixar de atender aos pacientes graves ou supervisionar um residente para lidar com os familiares,

explicando para os pais porque a fila de espera está grande. São situações bem estressantes, porque os pais já estão agressivos e até ameaçando fisicamente...”

A organização responsabiliza os profissionais pelo atendimento e isenta a si mesmo, o que coloca uma situação de tensão entre os profissionais, pacientes e familiares. A competitividade que é fomentada nessa sociedade marcada por uma “corrida concorrencial” desmantela os vínculos solidários entre equipes e diferentes profissões nas organizações hospitalares, conforme explicitado:

Ginecologista 1 – Hospital A (Público): “Até a gente conseguir o respeito da equipe e conseguir trabalhar bem com uma equipe é muito complicado. A gente tem até uma frase que é... “enfermeiro a gente tem que tratar ali” ou seja, super bem”.

Além disso, muitas vezes, como já discutidos nos tópicos anteriores, a organização do processo de trabalho de forma a não contemplar as necessidades dos profissionais, como a questão de colocar a fila de espera de frente para o consultório garantindo a pressão dos profissionais para atendimento, agravam as tensões entre os médicos, familiares e pacientes, conforme relato:

Pediatra 3 – Hospital A (Privado): “Às vezes nessa questão de espaço físico, existe a questão de contato muito direto com o paciente, você acabou de atender e tem aquela fila te esperando com a ansiedade que atenda logo, os pacientes não querem saber se você vai passar um caso pra enfermeira, ou fazer a leitura de um exame, as vezes criam até queixa, dizendo que você não tá fazendo nada”.

Pediatra 4 – Hospital A (Público): “No SUS são muitas horas de espera, às vezes tem pais, familiares que ficam muito irritados. Nessas situações o chefe de plantão tem que ir lá amenizar, às vezes da briga mesmo. Já aconteceu de polícia ter que vir para cá, ou até mesmo a mídia, a televisão porque os pais chamam pra mostrar a fila...”

Portanto, a lógica capitalista substitui os valores concretos do trabalho por um valor abstrato, caracterizado pelo dinheiro. Esfacela o território que antes era de trocas simbólicas e transforma-o em local de trocas indiferenciadas, sendo o dinheiro o regulador (PAGÈS et. al, 1987). É instaurado um controle em que os próprios profissionais controlam a si e seus colegas. Sendo que, a divisão do trabalho nos hospitais propicia a desumanização do atendimento, uma vez que esta divisão se projeta na relação com o paciente, o qual também se torna segmentado. O ser humano acaba sendo dividido em partes, cada qual tratado por um especialista. Portanto, cada profissional realiza suas atividades sem um sentimento de cooperação

com as categorias profissionais. Essa estratégia fortalece o controle sobre o trabalho, por parte da organização, pois, os profissionais tornam-se “aliados” das unidades hospitalares na medida em que efetivam o controle da produtividade e também, destituem a organização dos problemas que por ela deveriam ser solucionados.

5.10 INCERTEZAS PROFISSIONAIS E A RESPONSABILIZAÇÃO DO PROFISSIONAL PELO SEU FUTURO – A FALTA DE INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL E PLANO DE CARREIRA

De acordo com Sennett (1999), no capitalismo flexível não existe longo prazo, a lealdade do profissional com a organização é comprometida. Sendo um vínculo a curto prazo é preciso ser flexível, dinâmico e imediatista. Para o autor, a ausência de vínculo com o local de trabalho, a perda dos laços de solidariedade dentro e fora das empresas, a degradação na seleção dos profissionais e a perda da identidade e profunda ansiedade são decorrentes desse processo.

Desse modo, ressalta-se que os médicos atuantes na emergência não se reconhecem como parte da organização que trabalham, apenas realizam seu trabalho não interagindo de forma total com a organização. Essa perda da identidade promove ações imediatistas, os contratos flexibilizados por cooperativa ou de forma autônoma comprometem o plano de carreira desses profissionais. Como explicitado por eles, os profissionais da emergência por terem seus vínculos fragilizados por conta dessa forma de se empregar, não possuem perspectiva a longo prazo. É isso o que demonstra as falas a seguir:

Pediatra 1 – Hospital A (Público): “E plano de carreira, não tem plano, não tem carreira”.

Pediatra 3 – Hospital A (Privado): “E plano de carreira é pior ainda, eu não conheço nenhum. Inclusive é triste dizer, estou 20 anos como médico e a questão nem é plano de carreira, nem carteira assinada a gente tem”.

Pediatra 3 – Hospital A (Privado): “Plano de carreira até tem quando você é concursado, acho que em alguns locais tem plano de carreira, mas para os médicos mesmo eu acho que é muito pouco a maioria dos contratos nas prefeituras, são contratos por plantões, concurso para urgência e emergência geralmente não tem”.

Pediatra 4 – Hospital A (Privado): “Em questão de pronto atendimento, não tem plano de carreira, é a sua escala, você vem e cumpre e fica 10, 20 anos na mesma”.

Quanto ao incentivo à qualificação profissional, os profissionais da urgência e emergência demonstram que este é inexistente:

Pediatra 1 – Hospital A (Privado): “Incentivo à qualificação, assim, na emergência eles faziam algumas reuniões para atualização, mas isso é esporádico. [...] Plano de carreira é muito simples falar, tipo não tem nada”.

Pediatra 1 – Hospital A (Público): Em relação à qualificação profissional não tinha nada específico, não tinha nenhum incentivo. Tinha aquela bolsa que eu te falei que qualquer médico podia concorrer para ir pra fora”.

Pediatra 2 – Hospital A (Privado): “Incentivos à qualificação profissional, zero. Não existe nenhum incentivo, nenhuma bonificação, tanto faz eu sair e entrar no meu lugar alguém que acabou de sair da residência, isso não vai mudar o quadro do hospital, eles querem alguém para tocar a fila, é isso que importa”.

Pediatra 3 – Hospital A (Privado): “Incentivo à qualificação profissional, vamos dizer que eu não sei o que é isso. Ou seja, é muito difícil isso, principalmente na área privada e ali como eu trabalho como plantonista não tem”.

Ginecologista 2 – Hospital C (Privado): “Não existe um incentivo a qualificação profissional específica, é necessário que você mesmo faça a busca”.

Ginecologista 2 – Hospital C (Privado): “Plano de carreira na rede pública existe algum, na rede privada fica a cabo da pessoa”.

Ginecologista 3 – Hospital H (Privado): “O incentivo a qualificação profissional é nenhum, a gente faz porque quer, tudo que eu faço é por minha curiosidade, meu interesse”.

Pediatra 4 – Hospital A (Público): “Eu não trabalho como contratada no hospital, por isso não tenho incentivo à qualificação, no plantão infelizmente você não tem um plano de carreira”.

Sendo assim, as organizações hospitalares não estão preocupadas com a qualificação profissional, isso acarreta em algumas problemáticas:

Ginecologista 1 – Hospital D (Privado): “Troca muito de profissional, a gente às vezes tem, problema de falta de profissional no andar ou total falta de instrução, inclusive tem enfermeiros que não sabem passar um caso...”

Por consequência, os profissionais que possuem um compromisso ético no seu trabalho acabam se responsabilizando por sua própria formação, não havendo assim, um compromisso das organizações hospitalares públicas ou privadas com a qualidade no atendimento à população usuária dos serviços.

Ginecologista 3 – Hospital I (Público): “Eu me qualifico por mim, mas eu nunca ganhei nenhum ponto a mais ou a menos por isso, o que acontece às vezes é que eu até sou cerceada por fazer as coisas, porque não tem tempo, mas eu dou um jeito”.

40,0 % dos pediatras atuantes no SUS classificam como péssimo o incentivo à qualificação profissional e 33,0% consideram ruim no privado. Acerca ainda do incentivo à qualificação profissional, 40,0% dos ginecologistas obstetras consideram péssimo no SUS e 100,0% classificam como ruim no sistema privado.

Em relação ao plano de carreira no SUS 50,0% dos pediatras consideram péssimo e 50,0% o avaliam da mesma forma no sistema privado. 50,0% dos ginecologistas obstetras classificam como péssimo no SUS e 80,0% como péssimo no sistema privado.

Portanto, conforme já demonstrado ao longo desse trabalho a qualificação profissional é negligenciada na medida em que os objetivos da organização não contemplam a qualidade de serviços, mas sim, que esses apenas aparentem ter qualidade. No regime flexível os profissionais devem ser aptos a mudanças de ambiente de trabalho e a responsabilizar-se por seu futuro e seus fracassos na medida em que a culpabilização é sempre individual e não dado às facetas para a acumulação no sistema de capital. Sendo assim, no regime flexível as carreiras se extinguem o que promove a insegurança desses profissionais.

5.11 BANALIZAÇÃO DO MAL

Como já explanado ao longo do texto, os sujeitos que são reconhecidos e criam uma identidade com a realização do seu trabalho, atribuem um sentido ao sofrimento. Quando não é possível essa atribuição, podem ser desencadeadas doenças mentais. Se estas não eclodem, isso se deve ao fato de que os sujeitos empregam “estratégias coletivas de defesa” (DEJOURS, 2012). Sendo assim, a normalidade não implica na ausência de sofrimento, pois, pode ser caracterizada como resultado de uma dura luta contra a desestabilização psíquica (DEJOURS, 2012). Ainda na concepção do autor, existem estratégias defensivas muito diferentes entre si e a análise de seu funcionamento mostra que estas podem tornar aceitáveis situações que não deveriam ser aceitas, fazendo com que os profissionais se insensibilizem com aquilo que o fazem sofrer. Conforme demonstrado ao longo desse trabalho, os profissionais médicos atuantes na urgência e emergência estão imersos ao intenso movimento de

precarização do trabalho. Muitos dos profissionais entrevistados realizam críticas acerca dessa situação, conforme pode ser explicado:

Pediatra 2 – Hospital A (Privado): “[...] Então o único que está trabalhando de graça é o médico, a gente já reclamou várias vezes sobre isso e como eu não concordava eu saí, mas tem muita gente que continua se submetendo a isso [...] Eu saí, quantos entraram depois? A categoria médica vai aceitando essas coisas, sempre tem alguém que se submete a isso e as coisas vão se perpetuando”.

Ressalta-se que de acordo com a Pediatra 2, os profissionais médicos continuam a estabelecer uma relação de resignação quanto as suas condições de trabalho, não favoráveis e com diversas infrações trabalhistas. Desta forma, é desconsiderada a existência de um problema ético (DEJOURS, 2012), seja um problema ético na relação entre organização hospitalar e o profissional, em relação da organização com os pacientes e dos próprios profissionais com os pacientes.

Porém, no contexto atual a injustiça e a violência na qual esses profissionais estão imersos no ambiente de trabalho, é considerada como inevitável, fator ligado a natureza das coisas, onde não se pode fazer nada. Sendo assim, o sofrimento é entendido apenas como uma adversidade, podendo justificar compaixão, piedade ou caridade, mas não necessariamente ação política, pois, o sofrimento não é percebido pelos indivíduos em sua íntima associação com a injustiça, mas apenas como um “fenômeno sistêmico”, sendo este uma problemática natural e autônoma, em que os indivíduos não podem exercer nenhuma influência (DEJOURS, 2012). Esse é denominado pelo autor como um “discurso economicista” que atribui o infortúnio a causalidade do destino, ocasionando a resignação ou ausência de mobilização coletiva. Ainda em sua análise, o autor compreende que a adesão a esse discurso economicista é o processo de manifestação da “banalização do mal”, sendo essa conceituada como “defesa contra a consciência dolorosa da colaboração, cumplicidade ou responsabilidade no agravamento da adversidade social” (DEJOURS, 2012, p. 21).

Portanto, se faz possível compreender sob alguns aspectos a resignação frente a violência sofrida nas relações de trabalho e também, a não mudança ou ação política face aos fatos. Esses fenômenos não devem ser vistos isoladamente, como fruto de questões singulares. Mas, como tratado ao longo dessa pesquisa, devem ser entendidas como oriundas de um sistema social excludente, desigual e injusto. Esse sistema que advém das relações de produção é o atual sistema de capital. É

importante destacar que a violência existiu em outras formas de gestão da vida social, mas é em sua forma mais perversa que se manifesta hoje.

Destaca-se que a maior problemática consiste na clivagem existente entre sofrimento e a injustiça. Não reconhecer a injustiça em sua dimensão política pode agravá-la. Cabe também refletir, a partir da análise elaborada por Dejours (2012), até que ponto a denúncia que não resulta em consequência política favorece a familiarização da sociedade civil com a adversidade, domesticando as reações de indignação e favorecendo a resignação.

As notícias acerca da violência nas relações de trabalho são disseminadas a todo o momento, na mídia televisiva, rádios, redes sociais, entre outros, sendo muitas vezes tratadas como situações de caráter extraordinário, excepcional. Diferentemente da realidade, os discursos da ideologia gerencialista, atrelados a ideia de progresso técnico e da tecnologia como a “salvadora” dos profissionais que não mais precisam submeter-se a “colocar a mão na massa”, pois são disponibilizados dispositivos cada vez mais sofisticados para a realização do trabalho, camuflam situações extremamente precárias de trabalho e seu cerne, sua manifestação que advém das relações de produção.

Desse modo, a aceleração ou freagem dessa situação vai depender não apenas da vontade dos profissionais e da sociedade em si, mas também da liberdade. A tomada de consciência acerca dos mecanismos de controle e sobre a clivagem entre o sofrimento e injustiça, pode aumentar o poder de controle dos profissionais sobre o processo de trabalho (DEJOURS, 2012).

Desta forma, destaca-se que a divisão social do trabalho é promotora do retraimento da consciência moral e colabora para o crescimento da indiferença e a tolerância daqueles que sofrem no ambiente de trabalho (DEJOURS, 2012). Conforme relato dos profissionais esses se sentem sós e não existe organização no interior da categoria para o enfrentamento das atuais problemáticas, conforme relato:

Pediatra 2 – Hospital A (Público): “Eu acho que os principais problemas onde eu trabalho é em relação a estrutura do médico mesmo. O paciente acaba tendo sempre o seu problema resolvido, e no fim, na maior parte das vezes não vai sofrer nenhum risco grave por causa disso. Os profissionais que realmente são prejudicados... Então assim, é um problema crônico sabe? E os médicos vão se submetendo a isso”.

Portanto, compreende-se que, existe uma tolerância crescente à adversidade e ao sofrimento pela qual os profissionais médicos que atuam na urgência e emergência estão submetidos. Além disso, é inexistente uma reação política efetiva para mudanças na atual conjuntura.

No próximo capítulo serão abordadas as considerações finais desse trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A sociedade atual é a sociedade medicalizada. A saúde configura-se como objeto das estruturas sociais quando passa a ser percebida a necessidade de manutenção da força de trabalho, além disso, a doença passa a ser “lucrativa” e se torna objeto para manutenção do sistema de capital. O investimento em aparatos tecnológicos, em aparelhos de diagnósticos e medicamentos é parte de um esquema de respostas a interesses particulares do sistema produtivo que não estão relacionados a movimentos solidários a existência humana. O Sistema Único de Saúde compreendido enquanto conquista da população é estratégia para a reprodução da força de trabalho, e a legislação é muito distante da realidade relatada pelos profissionais e que foi ao longo desse trabalho analisada.

Na modernidade os hospitais configuram-se como as principais organizações para cura de doenças e tratam de situações graves de saúde. As organizações hospitalares que foram constituídas como espaço de exclusão daqueles que feriam a moral religiosa vigente, na modernidade configuram-se como espaço cura. A ideia de “cura do corpo que trabalha” (FOUCAULT, 1984), traz consigo a racionalização da prática médica hospitalar e com ela a manutenção da força de trabalho com o intuito de intensificação da exploração.

São criadas diversas legislações, protocolos e normas para a prática médica e a prática médica hospitalar. Essas legislações que no Brasil são aliadas a institucionalização do Sistema Único de Saúde, deveriam garantir o atendimento da população com qualidade. O texto desse trabalho demonstra que, mesmo garantido por lei os profissionais relatam uma realidade diferente da que consta no papel. De acordo com o código de ética médica em seu Capítulo II que prevê os direitos do médico é possível:

III – Apontar falhas em normas, contratos e práticas internas das instituições em que trabalhe quando as julgar indignas do exercício da profissão ou prejudiciais a si mesmo, ao paciente ou a terceiros, devendo dirigir-se, nesses casos, aos órgãos competentes e, obrigatoriamente, à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina de sua jurisdição. (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2009)

Desta forma, os profissionais têm o direito de apontar as falhas que julgarem indignas do exercício profissional, como aquelas destacadas nesse trabalho e que

estão aliadas ao movimento de precarização do trabalho médico. Além disso, o código de ética médica também prevê:

IV - Recusar-se a exercer sua profissão em instituição pública ou privada onde as condições de trabalho não sejam dignas ou possam prejudicar a própria saúde ou a do paciente, bem como a dos demais profissionais. Nesse caso, comunicará imediatamente sua decisão à comissão de ética e ao Conselho Regional de Medicina (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2009).

Conforme o relato dos profissionais, as condições de trabalho nos hospitais de Curitiba e sua Região metropolitana não são adequadas e apresentam inúmeros problemas já explanadas nesse trabalho. Isso acontece porque os hospitais são lucrativos, sejam os hospitais privados de forma direta ou os hospitais públicos com participação direta ou indireta privada seja em formato de leitos, aparelhos, terceirizações de serviços e pessoal previsto e protegido pela legislação vigente. As prioridades estão ligadas ao sistema produtivo e não ao atendimento das necessidades da população.

Nesse contexto estão imersos os profissionais médicos, ginecologistas obstetras e pediatras da urgência e emergência. Eles são tidos como instrumentos da produção e reprodução do capital e estão submetidos à lógica de exploração na medida em que são atingidos pelo movimento de precarização do trabalho. Faz parte da realidade médica os vínculos empregatícios fragilizados, a ausência dos direitos trabalhistas, a exploração por meio do trabalho voluntário, rotinas e ritmos de trabalho extenuantes, falta de reconhecimento e incertezas do seu futuro profissional.

Sabendo que é garantida em seu código de ética a suspensão das atividades quando a instituição pública ou privada para o qual trabalha não oferecer condições adequadas para o exercício profissional ou não remunerar digna ou justamente (CÓDIGO DE ÉTICA MÉDICA, 2009), por quais motivos isso ainda ocorre? Por quais motivos os profissionais continuam a exercer suas atividades com zelo extremo? As condições de trabalho nos hospitais são racionalizadas.

A naturalização da violência e do sofrimento na qual os profissionais são submetidos está aliada ao controle político-ideológico, controle burocrático, o imaginário construído acerca dos hospitais e as estratégias coletivas de defesa.

A partir do controle político-ideológico, presente na gestão organizacional, as organizações hospitalares mascaram as contradições, o controle e as práticas repressivas. Esse ocultamento ocorre quando os profissionais são chamados para participar da gestão ou dos processos decisórios, que na verdade já estão

condicionados aos interesses particulares da organização, promovendo uma sensação falsa de liberdade, o que na verdade culmina apenas em intensificação do trabalho intelectual e na máxima exploração da criatividade dos profissionais.

O controle burocrático é aquele presente na estrutura organizacional. É possível a partir dele criar ritmos de trabalho mais intensos com o estabelecimento de rotinas, padronizações do processo de trabalho amparados em normas, regulamentos e protocolos institucionais.

O controle simbólico-imaginário que se estabelece acerca das organizações hospitalares está amparado na ideia de que os hospitais são organizações de referência social que contribuem nobremente para o cuidado da população. Além disso, por meio de um sistema de punições e recompensas, onde os profissionais médicos, conforme relatado pelos próprios, principalmente nas organizações privadas são tratados como clientes recebendo diversos tipos de incentivos para que indiquem aos seus pacientes utilizar esses hospitais para a realização de procedimentos obstétricos, entre outros. É também criado um imaginário acerca das instituições hospitalares privadas, onde existe um maior investimento em *marketing*, ou seja, investe-se para que esta aparente ser de qualidade. Mas, conforme demonstrado ao longo desse trabalho, todas as organizações, sejam elas públicas ou privadas estão imersas a essa lógica de precarização do trabalho médico e possuem interesses específicos de atendimento ao sistema produtivo. Além disso, amparado na legislação o privado está intrínseco ao público, por meio das organizações mistas, de terceirizações de serviços, aparelhos de diagnósticos e medicamentos através da indústria farmacêutica. Quando os profissionais entendem que estão realizando uma atividade essencial para a manutenção da sociedade, realizam essa com zelo para atender as necessidades da população. Sendo assim, extrapolam as regras permitidas de serem extrapoladas (principalmente se tratando de burlar seus próprios direitos), para que consigam exercer de forma ética sua profissão. As organizações se utilizam da essencialidade social da profissão e também das emoções desses profissionais em prol de seus interesses específicos.

As estratégias coletivas de defesa adotadas pelos profissionais servem como “blindagem psíquica”, na medida em que impedem que o sofrimento culmine em doenças mentais. Essa blindagem se desdobra na banalização do mal, na racionalização da violência que sofrem e na naturalização do sistema em que estão imersos. Entender que a realidade não é passível de mudanças e que as adversidades

são resultado do natural, do humano e não estão ligados intimamente ao sistema produtivo impede que os profissionais se organizem em buscas de transformações. As organizações fomentam conflitos entre os profissionais, seus colegas de equipe e pacientes, como estratégia para conter a organização da categoria e de todos os profissionais com vistas a mudanças.

Quando a injustiça social é naturalizada não são possíveis estratégias políticas de mudanças. Por isso, o primeiro passo é a tomada de consciência, é preciso desvelar a realidade, compreender os fenômenos em seu cerne e descartar superficialidades. Esse movimento de encontro da realidade, torna-se cada vez mais complexo e uma tarefa nada fácil, considerando que a capacidade das organizações de penetrar nas esferas consideradas “privadas”, sejam essas, os ideais, os valores, o estilo de vida tornam-se cada vez mais sofisticadas (PAGÈS, 1987), sendo assim, os mecanismos de poder e controle, as práticas de intensificação da exploração tornam-se mais complexas e menos incompreensíveis pelos sujeitos que estão imersos nessa realidade e para aqueles que pretendem arriscar-se a interpretá-la. Além disso, é necessário que as ações e as manifestações de indignação estejam aliadas a ações políticas com vistas a transformações.

REFERÊNCIAS

ADAM, Philippe.; HERZLICH, Claudine. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório**. 1. ed. São Paulo, SP: Boitempo, 2011.

ANTUNES, Ricardo L. C. **Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho**. São Paulo: Cortez, Campinas: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1999.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. 1. ed. São Paulo, SP: Edições 70, 2011. 279 p.

BRAGA, José Carlos de Souza; PAULA, Sérgio Goes de. **Saúde e Previdência: estudos de política social**. São Paulo: Hucitec, 1981.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Código de ética médica (2009)**. Disponível: <http://www.portalmedico.org.br/novocodigo/integra.asp>
Acesso em: 07/12/2015.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Lei 9.608/1998 (voluntariado)**. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **Emenda Constitucional Lei n.29/2000**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Legislação da cooperativa**. Disponível em: <http://www.portaldodoempreendedor.gov.br/outras-naturezas-juridicas/cooperativa>
Acesso em: 03/11/2015.

_____. Lei Federal 8.080/1990. **Lei Orgânica da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Lei Federal 8.142/1990**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.

_____. **Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOAS/SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. **Norma Operacional Básica – NOB/SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. **Pacto pela saúde n. 399**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRAVO, M. I. S. **Serviço social e reforma sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez, 1996.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil (2000)**. Versão ampliada de “As Políticas de Seguridade Social Saúde”. In: CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c1987. 379 p. ISBN 85-245-0018-2.

BRYMAN, Alan. **Research Methods and Organization Studies**. Great Britain: Routledge, 1989, 283 p.

COHN, A. **A saúde na previdência social e na seguridade social: antigos estigmas e novos desafios**. 6. Ed. – São Paulo: Cortez, 2005.

CRESWELL, John W.; PLANO CLARK, Vicki L. **Pesquisa de métodos mistos**. Porto Alegre: Penso, 2013. 288 p. (Métodos de pesquisa)

CRESWELL, J.W; TASHAKKORI, A. Developing publishable mixed methods manuscripts [Editorial]. *Journal of Mixed Methods Research*: 2007, 1(2), 107-111.

DEJOURS, Christophe. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro, Editora: FGV, 2012.

ENRIQUEZ, Eugène. Vida psíquica e organização. In: MOTTA, Fernando C. Prestes; FREITAS, Maria Ester de. **Vida psíquica e organização**. 1. ed. Rio de Janeiro, RJ: FGV, 2000. 150 p. ISBN 8522503125

ESCOREL, S. et al. As origens da Reforma Sanitária e do SUS. In: LIMA, N. T. (Org.). Saúde e Democracia: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

FARIA, José Henrique de. **Tecnologia e processo de trabalho**. Curitiba: UFPR, 1997.

FARIA, José Henrique de. **Economia Política do Poder: fundamentos**. 1º ed. (ano 2004). Curitiba: Juruá, 2011.

FARIA, José Henrique de. **Economia Política do Poder: uma crítica da teoria geral da administração**. 2º ed. (ano 2004). Curitiba: Juruá, 2011.

FARIA, José Henrique de; KREMER, Antonio. Reestruturação produtiva e precarização do trabalho: o mundo do trabalho em transformação. **Revista de Administração**, v. 40, n. 3, p. 266-279, 2005.

FARIA, José Henrique de; MENEGHETTI, Francis Kanashiro (2007). A Instituição da violência nas relações de trabalho. In: J. H. Faria (Org.), **Análise crítica das teorias e práticas organizacionais** (pp. 278-298). São Paulo: Atlas.

FARIA, José Henrique de.; MENEGHETTI, Francis Kanashiro. O sequestro da subjetividade. In: FARIA, José Henrique de. **Análise crítica das teorias e práticas organizacionais**. São Paulo: Atlas, 2007. 341 p. ISBN 9788522448487.

FOUCAULT, Michel; MACHADO, Roberto (Org.). Microfísica do poder. 10. ed. Rio de Janeiro, RJ: Graal, 1984.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural**. São Paulo, SP: Loyola, 1992.

MARX, Karl. **O Capital: crítica da economia política**. Tradução por Rubens Ederle. São Paulo: Boitempo, 2013.

PAGÈS, Max (et. al). **O poder das organizações**. São Paulo: Atlas, 1987.

SENNETT, Richard. A corrosão do caráter: consequências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 1999.

APÊNDICE

PESQUISA QUALITATIVA – ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

- a) Sexo:
- b) Área de residência/especialização:
- c) Tempo de experiência na medicina:
- d) Tempo de experiência na especialidade:
- e) Tipo de Vínculo Empregatício:
 - 1 - Autônomo/Pessoa Física 2- CLT
 - 3 - Cooperativa 4 - Estatutário
 - 5 - Estadual/Federal/Municipal 6 - Pessoa Jurídica
 - 7 - Voluntário

ACERCA DO SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE

Questão 1. Qual a disponibilidade desses itens no hospital:

- 1 - Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)
- 2 - Leitos de regulação
- 3 - Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)
- 5 - Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)
- 6 - Medicações
- 7 - Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.)
- 8 - Exames complementares básicos

Questão 2. Qual a qualidade desses itens no hospital?

- 1 - Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)
- 2 - Leitos de regulação
- 3 - Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)

5 - Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)

6 - Medicações

7 - Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.)

8 - Exames complementares básicos

Questão 3. Fale sobre seu cotidiano de trabalho:

1 - Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)

2 - Leitos de regulação

3 - Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)

5 - Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)

6 - Medicações

7 - Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.)

8 - Exames complementares básicos

Questão 4. Qual sua avaliação em relação aos itens:

1 - A administração das organizações

2 - Os incentivos à qualificação profissional

3 - O plano de carreira

ACERCA DO SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE

Questão 1. Qual a disponibilidade desses itens no hospital?

1 - Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)

2 - Leitos de regulação

3 - Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)

5 - Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)

6 - Medicações

7 - Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.)

8 - Exames complementares básicos

Questão 2. Qual a qualidade desses itens no hospital?

1 - Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)

2 - Leitos de regulação

3 - Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)

5 - Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)

6 - Medicações

7 - Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.)

8 - Exames complementares básicos

Questão 3. Fale sobre seu cotidiano de trabalho:

1 - Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)

2 - Leitos de regulação

3 - Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)

5 - Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)

6 - Medicações

7 - Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.)

8 - Exames complementares básicos

Questão 4. Qual sua avaliação em relação aos itens?

1 - A administração das organizações

2 - Os incentivos à qualificação profissional

3 - O plano de carreira

PESQUISA QUANTITATIVA – QUESTIONÁRIO SURVEY

QUESTIONÁRIO

- 1) SEXO:
- 2) IDADE:
- 3) ANO DE FORMATURA:
- 4) ÁREA DE REALIZOU RESIDÊNCIA OU ESPECIALIZAÇÃO:
- 5) HORAS SEMAIS DEDICADAS A MEDICINA:
- 6) LOCAL DE TRABALHO – REGIÃO:

ACERCA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

- 7) VÍNCULO PROFISSIONAL
- 8) NÚMERO DE HORAS SEMANAIS DEDICADAS A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA
- 9) REGIÃO EM QUE TRABALHA O MAIOR NÚMERO DE HORAS SEMANAIS:
- 10) FREQUÊNCIA COM QUE FALTAM EQUIPAMENTOS NA PRINCIPAL ORGANIZAÇÃO EM QUE TRABALHA:
- 11) QUALIDADE DOS ITENS DISPONÍVEIS NA PRINCIPAL ORGANIZAÇÃO EM QUE TRABALHA:
- 12) PROBLEMAS NO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS NA URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA:
- 13) AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SERVIÇO MÉDICO:
- 14) PERCEPÇÃO COM RELAÇÃO AOS ITENS LIGADOS AO EXERCÍCIO DA MEDICINA
- 15) ITENS MAIS ESTRESSANTES NO COTIDIANO DE TRABALHO:

ACERCA DO SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE

- 16) VÍNCULO PROFISSIONAL:
- 17) NÚMERO DE HORAS SEMANAIS DEDICADAS A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

- 18) REGIÃO EM QUE TRABALHA O MAIOR NÚMERO DE HORAS SEMANAIS:
- 19) FREQUÊNCIA COM QUE FALTAM EQUIPAMENTOS NA PRINCIPAL ORGANIZAÇÃO EM QUE TRABALHA:
- 20) QUALIDADE DOS ITENS DISPONÍVEIS NA PRINCIPAL ORGANIZAÇÃO EM QUE TRABALHA:
- 21) PROBLEMAS NO EXERCÍCIO DAS ATIVIDADES DIÁRIAS NA URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA:
- 22) AVALIAÇÃO DA GESTÃO DO SERVIÇO MÉDICO:
- 23) PERCEPÇÃO COM RELAÇÃO AOS ITENS LIGADOS AO EXERCÍCIO DA MEDICINA
- 24) ITENS MAIS ESTRESSANTES NO COTIDIANO DE TRABALHO:

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Educação
 Universidade Tecnológica Federal do Paraná
 Diretoria do *Campus* Curitiba
 Diretoria de Pesquisa e Pós-Graduação
 Programa de Pós-Graduação em Tecnologia - PPGTE



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convidamos o (a) Sr(a):

para participar da Pesquisa denominada **“A racionalização das condições de trabalho nos hospitais: uma análise crítica baseada no relato de ginecologistas obstetras e pediatras atuantes na urgência e emergência”**, desenvolvida pela pesquisadora **Flávia Granzotto Fachini** sob orientação do **Prof. Dr. Francis Kanashiro Meneghetti**. A pesquisa tem como objetivo **analisar como ocorre a racionalização das condições de trabalho por parte de ginecologistas obstetras e pediatras atuantes na urgência e emergência de hospitais públicos e privados de Curitiba e Região Metropolitana**. Sua participação será voluntária e se dará por entrevistas gravadas (áudio). Caso aceite participar, estará contribuindo para a **pesquisa de Mestrado**. O(a) Sr(a) tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento de participação em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo a sua pessoa. Não haverá despesas pessoais para o(a) participante em qualquer fase do estudo e também não haverá compensação financeira relacionada a sua participação. Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo.

Para qualquer outra informação, poderá entrar em contato com a pesquisadora no endereço: Av. Sete de Setembro, 3165 - Rebouças CEP 80230-901 - Curitiba - PR – Brasil (Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR), pelo e-mail: flaviagfachini@gmail.com ou telefone (41) 9544-9993.

Eu, _____, fui informado (a) sobre a proposta de pesquisa de mestrado supra mencionada, seu objetivo e a importância da minha colaboração nesse processo. Por isso, concordo em participar do projeto. Este documento é emitido em duas vias que serão ambas assinadas, ficando uma via com cada um de nós.

 Flávia Granzotto Fachini
 (Pesquisadora)

 (Participante)

Data: ___/___/___

DADOS QUANTITATIVOS – PEDIATRIA

PÚBLICO E PRIVADO - GERAL

Sexo	Nº	%
Feminino	8	80%
Masculino	2	20%

Fonte: Autoria própria.

Faixa Etária	Nº	%
20 a 30	1	10,0%
31 a 40	5	50,0%
41 a 50	2	20,0%
51 a 60	1	10,0%
Mais que 60	1	10,0%

Fonte: Autoria própria.

Ano da Formatura (Graduação em Medicina)	Nº	%
2006 até 2013	4	40,0%
1998 até 2005	1	10,0%
1990 até 1997	2	20,0%
1982 até 1989	2	20,0%
1974 até 1981	1	10,0%
1966 até 1973	0	0%
1958 até 1965	0	0%
1950 até 1957	0	0%

Fonte: Autoria própria.

Área em que realizou residência ou especialização	Nº	%
Pediatria	10	100,0%

Fonte: Autoria própria.

Horas semanais dedicadas a medicina	Nº	%
1 a 12 horas	0	0%
13 a 24 horas	0	0%
25 a 36 horas	0	0%
37 a 48 horas	2	20,0%
49 a 60 horas	3	30,0%
61 a 72 horas	4	40,0%
Mais de 72 horas	1	10,0%

Fonte: Autoria própria.

Locais de trabalho por Região	Nº	%
Campo Largo	2	20,0%
Curitiba	10	100,0%
Pinhais	1	10,0%
São José dos Pinhais	2	20,0%

Fonte: Autoria própria.

Vínculo Profissional Sistema Público	N°	%
Autônomo / Pessoa Física	5	50,0%
CLT	1	10,0%
Cooperativa	0	0%
Estatutário Estadual	1	10,0%
Estatutário Federal	1	10,0%
Estatutário Municipal	0	0%
Pessoa Jurídica	1	10,0%
Voluntário	1	10,0%

Fonte: Aatoria própria.

Número total de horas semanais dedicadas as atividades de emergência e/ou urgência no Sistema Público	N°	%
1 a 12 horas	3	30,0%
13 a 24 horas	5	50,0%
25 a 36 horas	1	10,0%
37 a 48 horas	0	0%
49 a 60 horas	0	0%
61 a 72 horas	1	10,0%
Mais de 72 horas	0	0%

Fonte: Aatoria própria.

Qual é o tipo de organização em que você trabalha o maior número de horas semanais no Sistema Público de Saúde	N°	%
Hospital	10	100%
Clínica	0	0%
UPA	0	0%
Pronto-Socorro	0	0%

Fonte: Aatoria própria.

Região em que trabalha o maior número de horas semanais	N°	%
Curitiba	9	90,0%
São José dos Pinhais	1	10,0%

Fonte: Aatoria própria.

Frequência com que faltam equipamentos na principal organização em que trabalha	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Não se aplica
Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)	20,0%	40,0%	10,0%	30,0%	0	0
Leitos de regulação	10,0%	80,0%	10,0%	0	0	0
Equipamentos (desfibrilador, oxímetro,	10,0%	20,0%	30,0%	40,0%	0	0

esfigmomanômetro, etc.)						
Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)	10,0%	0	10,0%	60,0%	20,0%	0
Medicações	0	10,0%	40,0%	40,0%	10,0%	0
Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, receptionistas, etc.)	10,0%	20,0%	20,0%	40,0%	10,0%	0
Exames complementares básicos	0	10,0%	40,0%	20,0%	30,0%	0

Fonte: Autoria própria.

Qualidade dos itens disponíveis na principal organização em que trabalha	Muito Alta	Alta	Média	Baixa	Muito Baixa	Não se aplica
Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)	0	10,0%	60,0%	30,0%	0	0
Leitos de regulação	0	0	50,0%	30,0%	10,0%	10,0%
Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)	0	10,0%	80,0%	10,0%	0	0
Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)	0	30,0%	60,0%	0	10,0%	0
Medicações	0	40,0%	50,0%	10,0%	0	0
Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros,	0	20,0%	60,0%	10,0%	10,0%	0

técnicos, receptionistas, etc.)						
Exames complementares básicos	0	30,0%	60,0%	0	10,0%	0

Fonte: Autoria própria.

Problemas no exercício das atividades diárias na urgência e/ou emergência no Sistema Público	(1 para o item que gera maior problema e 7 para o menor problema)
Infraestrutura	3
Leitos de regulação	3
Equipamentos	3
Insumos de procedimentos diários	4
Medicações	5
Profissionais de apoio ao atendimento médico	5
Exames complementares básicos	6

Fonte: Autoria própria.

Avaliação da Gestão do serviço médico	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se Aplica
A administração das organizações	0	10,0%	50,0%	30,0%	10,0%	0
Os incentivos à qualificação profissional	10,0%	10,0%	20,0%	20,0%	40,0%	0
O plano de carreira	0	0	30,0%	0	50,0%	20,0%

Fonte: Autoria própria.

Percepção com relação aos itens ligados ao exercício da medicina	Muito Alto	Alto	Médio	Baixo	Muito Baixo	Não se aplica
Ritmo de trabalho no dia-a-dia (volume de atendimentos)	80,0%	0	20,0%	0	0	0
Insalubridade no ambiente de	30,0%	40,0%	20,0%	0	10,0%	0

trabalho (risco biológico, ergonômico, etc.)						
Nível de fadiga diária no trabalho	50,0%	20,0%	20,0%	10,0%	0	0
Rotinas burocráticas (utilização de sistemas, preenchimento de formulários, etc.)	50,0%	40,0%	10,0%	0	0	0
Horas diárias de trabalho	20,0%	40,0%	40,0%	0	0	0
Nível de conflito com a equipe no ambiente de trabalho	0	0	30,0%	50,0%	20,0%	0
Nível de conflito com pacientes	10,0%	10,0%	50,0%	20,0%	10,0%	0
Reconhecimento dos pacientes pelo serviço	10,0%	20,0%	20,0%	20,0%	30,0%	0
Reconhecimento dos superiores/chefias	0	20,0%	30,0%	20,0%	30,0%	0
Remuneração paga	0	0	30,0%	30,0%	40,0%	0

Fonte: Aatoria própria.

Itens mais estressantes no cotidiano de trabalho	Itens enumerados de 1 a 9 (1 para o mais estressante e 9 para o menos)
Ritmo intenso de trabalho no dia-a-dia (volume de atendimentos)	3
Muitas horas diárias de trabalho	5
Grande insalubridade no ambiente de trabalho (risco biológico, ergonômico, etc.)	4
Excesso de rotinas burocráticas (utilização de sistemas, preenchimento de formulários, etc.)	4
Alto nível de conflito com a equipe no ambiente de trabalho	8
Alto nível de conflito com pacientes	5
Falta de reconhecimento dos superiores/chefias	6
Falta de reconhecimento dos pacientes pelo serviço prestado	6

Remuneração insatisfatória

5

Fonte: Aatoria própria.

ACERCA DO SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE

Vínculo Profissional no Sistema Privado	Nº	%
Autônomo / Pessoa Física	4	50,0%
CLT	0	0
Cooperativa	3	37,5%
Estatutário Estadual	0	0
Estatutário Federal	0	0
Estatutário Municipal	0	0
Pessoa Jurídica	1	12,5%
Voluntário	0	0

Fonte: Aatoria própria.

Horas semanais dedicadas a medicina	Nº	%
1 a 12 horas	1	12,5%
13 a 24 horas	2	25,0%
25 a 36 horas	2	25,0%
37 a 48 horas	1	12,5%
49 a 60 horas	1	12,5%
61 a 72 horas	1	12,5%
Mais de 72 horas	0	0

Fonte: Aatoria própria.

Qual é o tipo de organização em que você trabalha o maior número de horas semanais no Sistema Privado	Nº	%
Hospital	7	87,5%
Clínica	1	12,5%
UPA	0	0
Pronto-Socorro	0	0

Fonte: Aatoria própria.

Região em que trabalha o maior número de horas semanais	Nº	%
Curitiba	10	100%

Fonte: Aatoria própria.

Frequência com que faltam equipamentos na principal organização em que trabalha no Sistema Privado	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Não se aplica
Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)	0	14,3%	14,3%	42,9%	0	28,6%
Leitos de regulação	0	28,6%	28,6%	14,3%	0	28,6%

Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)	0	0	42,9%	28,6%	0	28,6%
Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)	0	0	14,3%	28,6%	28,6%	28,6%
Medicações	0	0	0	42,9%	28,6%	28,6%
Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.)	0	28,6%	0	28,6%	14,3%	28,6%
Exames complementares básicos	0	0	14,3%	0	57,1%	28,6%

Fonte: Autoria própria.

Qualidade dos itens disponíveis na principal organização em que trabalha	Muito Alta	Alta	Média	Baixa	Muito Baixa	Não se aplica
Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)	0	14,29	42,86%	14,29%	0	28,57%
Leitos de regulação	0	0	42,86%	28,57%	0	28,57%
Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)	0	0	57,14%	14,29%	0	28,57%
Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)	0	28,57%	42,86%	0	0	28,57%
Medicações	0	14,29%	57,14%	0	0	28,57%
Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros,	0	0	57,14%	14,29%	0	28,57%

técnicos, receptionistas, etc.)						
Exames complementares básicos	0	42,86%	28,57%	0	0	28,57%

Fonte: Autoria própria.

Problemas no exercício das atividades diárias na urgência e/ou emergência no Sistema Privado	Classificação o item que gera maior e menos problema (1 maior a 7 menor)
Infraestrutura	3
Leitos de regulação	1
Equipamentos	3
Insumos de procedimentos diários	5
Medicações	5
Profissionais de apoio ao atendimento médico	5
Exames complementares básicos	7

Fonte: Autoria própria.

Avaliação da Gestão do serviço médico	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se Aplica
A administração das organizações	0	33,3%	33,3%	33,3%	0	0
Os incentivos à qualificação profissional	0	33,3%	0	33,3%	16,7%	16,7%
O plano de carreira	0	0	0	50,0%	50,0%	

Fonte: Autoria própria.

Percepção com relação aos itens ligados ao exercício da medicina	Muito Alto	Alto	Médio	Baixo	Muito Baixo	Não se aplica
Ritmo de trabalho no dia-a-dia (volume de atendimentos)	66,7%	16,7%	16,7%	0	0	0
Horas diárias de trabalho	16,7%	33,3%	50,0%	0	0	0
Insalubridade no ambiente de trabalho (risco biológico, ergonômico, etc.)	16,7%	50,0%	0	33,3%	0	0
Nível de fadiga diária no trabalho	33,3%	16,7%	50,0%	0	0	0

Rotinas burocráticas (utilização de sistemas, preenchimento de formulários, etc.)	0	50,0%	50,0%	0	0	0
Nível de conflito com a equipe no ambiente de trabalho	0	0	33,3%	33,3%	33,3%	0
Nível de conflito com pacientes	0	16,7%	33,3%	50,0%	0	0
Reconhecimento dos superiores/chefias	0	16,7%	16,7%	33,3%	16,7%	16,7%
Reconhecimento dos pacientes pelo serviço prestado	0	33,3%	50,0%	0	16,7%	0
Remuneração paga	0	16,7%	66,7%	0	16,7%	0

Fonte: Autoria própria.

Itens mais estressantes no cotidiano de trabalho	Itens que mais geram estresse no ambiente de trabalho (1 mais estressante e 9 menos estressante)
Ritmo intenso de trabalho no dia-a-dia (volume de atendimentos)	2
Muitas horas diárias de trabalho	3
Grande insalubridade no ambiente de trabalho (risco biológico, ergonômico, etc.)	4
Excesso de rotinas burocráticas (utilização de sistemas, preenchimento de formulários, etc.)	4
Alto nível de conflito com a equipe no ambiente de trabalho	7
Alto nível de conflito com pacientes	7
Falta de reconhecimento dos superiores/chefias	6
Falta de reconhecimento dos pacientes pelo serviço prestado	6
Remuneração insatisfatória	6

Fonte: Autoria própria.

DADOS QUANTITATIVOS – GINECOLOGIA OBSTETRÍCIA

PÚBLICO E PRIVADO - GERAL

Sexo	Nº	%
Feminino	9	82%
Masculino	2	18%

Fonte: Autoria própria.

Faixa Etária	Nº	%
20 a 30	2	18%
31 a 40	6	55%
41 a 50	0	0
51 a 60	3	27%
Mais que 60	0	0

Fonte: Autoria própria.

Ano da Formatura (Graduação em Medicina)	Nº	%
2006 até 2013	3	27,3%
1998 até 2005	5	45,5%
1990 até 1997	0	0
1982 até 1989	3	27,3%
1974 até 1981	0	0
1966 até 1973	0	0
1958 até 1965	0	0
1950 até 1957	0	0

Fonte: Autoria própria.

Área em que realizou residência ou especialização	Nº	%
Ginecologia e Obstetrícia	11	100,0%

Fonte: Autoria própria.

Horas semanais dedicadas a medicina	Nº	%
1 a 12 horas	0	0
13 a 24 horas	1	9%
25 a 36 horas	0	0
37 a 48 horas	1	9%
49 a 60 horas	5	45%
61 a 72 horas	2	18%
Mais de 72 horas	2	18%

Fonte: Autoria própria.

Locais de trabalho por Região	Nº	%
Campo Largo	1	9%
Colombo	1	9%
Curitiba	10	91%
São José dos Pinhais	1	9%

Fonte: Autoria própria.

ACERCA DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Vínculo Profissional no Sistema Público	Nº	%
Autônomo / Pessoa Física	4	40%
CLT	2	20%
Cooperativa	0	0
Estatutário Estadual	1	10%
Estatutário Federal	1	10%
Estatutário Municipal	1	10%
Pessoa Jurídica	1	10%
Voluntário	0	0

Fonte: Autoria própria.

Número total de horas semanais dedicadas as atividades de emergência e/ou urgência no Sistema Público	Nº	%
1 a 12 horas	3	27%
13 a 24 horas	4	36%
25 a 36 horas	1	9%
37 a 48 horas	1	9%
49 a 60 horas	1	9%
61 a 72 horas	1	9%
Mais de 72 horas	0	0

Fonte: Autoria própria.

Qual é o tipo de organização em que você trabalha o maior número de horas semanais no Sistema Público de Saúde	Nº	%
Hospital	11	100%
Clínica	0	0
UPA	0	0
Pronto-Socorro	0	0

Fonte: Autoria própria.

Local em que trabalha o maior número de horas semanais	Nº	%
Campo Largo	1	9%
Colombo	1	9%
Curitiba	8	73%
São José dos Pinhais	1	9%

Fonte: Autoria própria.

Frequência com que faltam equipamentos na principal organização em que trabalha	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Não se aplica
Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)	10,0%	50,0%	40,0%	0	0	0

Leitos de regulação	40,0%	20,0%	30,0%	0	0	10,0%
Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)	20,0%	40,0%	30,0%	10,0%	0	0
Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)	10,0%	40,0%	10,0%	20,0%	20,0%	0
Medicações	10,0%	50,0%	0	40,0%	0	0
Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.)	20,0%	20,0%	10,0%	30,0%	20,0%	0
Exames complementares básicos	10,0%	30,0%	10,0%	30,0%	20,0%	0

Fonte: Autoria própria.

Qualidade dos itens disponíveis na principal organização em que trabalha	Qualidade dos itens disponíveis na principal organização em que trabalha					
	Muito Alta	Alta	Média	Baixa	Muito Baixa	Não se aplica
Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)	0	0	20,0%	40,0%	40,0%	0
Leitos de regulação	0	10,0%	10,0%	30,0%	30,0%	20,0%
Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)	0	0	40,0%	40,0%	20,0%	0
Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)	0	10,0%	60,0%	20,0%	10,0%	0
Medicações	0	20,0%	60,0%	10,0%	10,0%	0

Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.)	0	10,0%	60,0%	20,0%	10,0%	0
Exames complementares básicos	0	40,0%	40,0%	10,0%	10,0%	0

Fonte: Autoria própria.

Problemas no exercício das atividades diárias na urgência e/ou emergência no Sistema Público	(1 para o item que gera maior problema e 7 para o menor problema)					
Infraestrutura			4			
Leitos de regulação			3			
Equipamentos			4			
Insumos de procedimentos diários			4			
Medicações			4			
Profissionais de apoio ao atendimento médico			4			
Exames complementares básicos			5			

Fonte: Autoria própria.

Avaliação da Gestão do serviço médico	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se Aplica
A administração das organizações	0	10,0%	50,0%	30,0%	10,0%	0
Os incentivos à qualificação profissional	0	10,0%	10,0%	40,0%	40,0%	0
O plano de carreira	0	0	20,0%	20,0%	50,0%	10,0%

Fonte: Autoria própria.

Percepção com relação aos itens ligados ao exercício da medicina	Muito Alto	Alto	Médio	Baixo	Muito Baixo	Não se aplica
Ritmo de trabalho no dia-a-dia (volume de atendimentos)	20,0%	40,0%	30,0%	10,0%	0	0

Insalubridade no ambiente de trabalho (risco biológico, ergonômico, etc.)	40,0%	30,0%	30,0%	0	0	0
Nível de fadiga diária no trabalho	30,0%	40,0%	30,0%	0	0	0
Rotinas burocráticas (utilização de sistemas, preenchimento de formulários, etc.)	40,0%	0	50,0%	0	10,0%	0
Horas diárias de trabalho	20,0%	30,0%	30,0%	10,0%	0	10,0%
Nível de conflito com a equipe no ambiente de trabalho	0	10,0%	60,0%	20,0%	10,0%	0
Nível de conflito com pacientes	0	10,0%	70,0%	20,0%	0	0
Reconhecimento dos pacientes pelo serviço	10,0%	10,0%	30,0%	30,0%	20,0%	0
Reconhecimento dos superiores/chefias	10,0%	0	10,0%	50,0%	30,0%	0
Remuneração paga	0	10,0%	10,0%	20,0%	60,0%	0

Fonte: Autoria própria.

Itens mais estressantes no cotidiano de trabalho	Itens enumerados de 1 a 9 (1 para o mais estressante e 9 para o menos)
Ritmo intenso de trabalho no dia-a-dia (volume de atendimentos)	3
Muitas horas diárias de trabalho	6
Grande insalubridade no ambiente de trabalho (risco biológico, ergonômico, etc.)	5
Excesso de rotinas burocráticas (utilização de sistemas, preenchimento de formulários, etc.)	4
Alto nível de conflito com a equipe no ambiente de trabalho	6
Alto nível de conflito com pacientes	6
Falta de reconhecimento dos superiores/chefias	5

Falta de reconhecimento dos pacientes pelo serviço prestado	6
Remuneração insatisfatória	4

Fonte: Autoria própria.

ACERCA DO SISTEMA PRIVADO DE SAÚDE

Vínculo Profissional no Sistema Privado	Nº	%
Autônomo / Pessoa Física	4	50,0%
CLT	1	12,5%
Cooperativa	2	25,0%
Estatutário Estadual	0	0
Estatutário Federal	0	0
Estatutário Municipal	0	0
Pessoa Jurídica	1	12,5%
Voluntário	0	0

Fonte: Autoria própria.

Horas semanais dedicadas a medicina	Nº	%
1 a 12 horas	4	50,0%
13 a 24 horas	2	25,0%
25 a 36 horas	0	0
37 a 48 horas	0	0
49 a 60 horas	1	12,5%
61 a 72 horas	1	12,5%
Mais de 72 horas	0	0

Fonte: Autoria própria.

Qual é o tipo de organização em que você trabalha o maior número de horas semanais no Sistema Privado	Nº	%
Hospital	8	100%
Clínica	0	0
UPA	0	0
Pronto-Socorro	0	0

Fonte: Autoria própria.

Região em que trabalha o maior número de horas semanais	Nº	%
Curitiba	8	100%

Fonte: Autoria própria.

Frequência com que faltam equipamentos na principal organização em que trabalha no Sistema Privado	Sempre	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca	Não se aplica
--	--------	----------------	----------	-----------	-------	---------------

Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)	0	16,7%	33,3%	0	50,0%	0
Leitos de regulação	0	33,3%	16,7%	33,3%	16,7%	0
Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)	0	0	16,7%	33,3%	50,0%	0
Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)	0	0	16,7%	33,3%	50,0%	0
Medicações	0	16,7%	16,7%	50,0%	16,7%	0
Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, receptionistas, etc.)	0	33,3%	0	66,7%	0	0
Exames complementares básicos	0	0	0	66,7%	33,3%	0

Fonte: Autoria própria.

Qualidade dos itens disponíveis na principal organização em que trabalha	Muito Alta	Alta	Média	Baixa	Muito Baixa	Não se aplica
Infraestrutura (consultórios, macas, espaço físico, etc.)	16,7%	33,3%	50,0%	0	0	0
Leitos de regulação	16,7%	33,3%	16,7%	16,7%	0	16,7%
Equipamentos (desfibrilador, oxímetro, esfigmomanômetro, etc.)	16,7%	50,0%	33,3%	0	0	0
Insumos de procedimentos diários (luvas descartáveis, agulhas, seringas, etc.)	16,7%	66,7%	16,7%	0	0	0
Medicações	16,7%	33,3%	50,0%	0	0	0

Profissionais de apoio ao atendimento médico (enfermeiros, técnicos, recepcionistas, etc.)	0	33,3%	50,0%	16,7%	0	0
Exames complementares básicos	33,3%	50,0%	16,7%	0	0	0

Fonte: Autoria própria.

Problemas no exercício das atividades diárias na urgência no Sistema Privado	Classificação o item que gera maior e menos problema (1 maior a 7 menor)
Infraestrutura	5
Leitos de regulação	4
Equipamentos	6
Insumos de procedimentos diários	4
Medicações	3
Profissionais de apoio ao atendimento médico	2
Exames complementares básicos	4

Fonte: Autoria própria.

Avaliação da Gestão do serviço médico	Excelente	Bom	Regular	Ruim	Péssimo	Não se Aplica
A administração das organizações	20,0%	20,0%	60,0%	0	0	0
Os incentivos à qualificação profissional	0	0	0	100,0%	0	0
O plano de carreira	0	0	0	20,0%	80,0%	0

Fonte: Autoria própria.

Percepção com relação aos itens ligados ao exercício da medicina	Muito Alto	Alto	Médio	Baixo	Muito Baixo	Não se aplica
Ritmo de trabalho no dia-a-dia (volume de atendimentos)	20,0%	40,0%	40,0%	0	0	0

Horas diárias de trabalho	20,0%	20,0%	60,0%	0	0	0
Insalubridade no ambiente de trabalho (risco biológico, ergonômico, etc.)	20,0%	20,0%	20,0%	40,0%	0	0
Nível de fadiga diária no trabalho	20,0%	60,0%	20,0%	0	0	0
Rotinas burocráticas (utilização de sistemas, preenchimento de formulários, etc.)	40,0%	40,0%	20,0%	0	0	0
Nível de conflito com a equipe no ambiente de trabalho	0	0	40,0%	20,0%	40,0%	0
Nível de conflito com pacientes	0	20,0%	40,0%	20,0%	20,0%	0
Reconhecimento dos superiores/chefias	0	0	0	60,0%	40,0%	0
Reconhecimento dos pacientes pelo serviço prestado	0	40,0%	20,0%	40,0%	0	0
Remuneração paga	0	0	0	40,0%	60,0%	0

Fonte: Autoria própria.

Itens mais estressantes no cotidiano de trabalho	Itens que mais geram estresse no ambiente de trabalho (1 mais estressante e 9 menos estressante)
Ritmo intenso de trabalho no dia-a-dia (volume de atendimentos)	3
Muitas horas diárias de trabalho	5
Grande insalubridade no ambiente de trabalho (risco biológico, ergonômico, etc.)	5
Excesso de rotinas burocráticas (utilização de sistemas, preenchimento de formulários, etc.)	3
Alto nível de conflito com a equipe no ambiente de trabalho	6