

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CENTRO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO EM ADMINISTRAÇÃO
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ESTRATÉGIA E ORGANIZAÇÕES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

TRABALHO E TECNOLOGIA: EFEITOS DA TECNOLOGIA INFORMACIONAL
SOBRE O TRABALHO NO SETOR DE SAÚDE

SANDRA MARA MACIEL DE LIMA

CURITIBA

2002

TERMO DE APROVAÇÃO**SANDRA MARA MACIEL DE LIMA****TRABALHO E TECNOLOGIA: EFEITOS DA TECNOLOGIA INFORMACIONAL
SOBRE O TRABALHO NO SETOR DE SAÚDE**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-Graduação em Administração, Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientador: Prof. Dr. José Henrique de Faria
Setor de Ciências Sociais Aplicadas, UFPR

Prof.

Prof.

Curitiba, 27 de Junho de 2002.

SANDRA MARA MACIEL DE LIMA

**TRABALHO E TECNOLOGIA : EFEITOS DA TECNOLOGIA INFORMACIONAL
SOBRE O TRABALHO NO SETOR DE SAÚDE**

**Dissertação apresentada como requisito
parcial à obtenção do grau de Mestre. Curso
de Mestrado em Administração do Setor de
Ciências Sociais Aplicadas da Universidade
Federal do Paraná.**

Orientador: Prof. Dr. José Henrique de Faria

**CURITIBA
2002**

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho.

SUMÁRIO

LISTA DE TABELAS	vii
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	viii
LISTA DOS CÓDIGOS DAS ENTREVISTAS E DEPOIMENTOS	ix
RESUMO.....	xi
ABSTRACT.....	xii
INTRODUÇÃO	1
1 A TECNOLOGIA E O SETOR DE SERVIÇOS MÉDICOS	8
1.1 A ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DO TRABALHO	8
1.2 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA	9
1.3 REVOLUÇÃO INFORMACIONAL	10
1.4 OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A TECNOLOGIA.....	15
1.5 CONSIDERAÇÕES	20
2 AS RELAÇÕES DE TRABALHO NAS UNIDADES DE SAÚDE	21
2.1 O TRABALHO.....	21
2.2 PROCESSO DE TRABALHO	23
2.3 RELAÇÕES SOCIAIS NO TRABALHO	24
2.4 MUDANÇA INFORMACIONAL.....	26
2.5 IMPACTOS DA TECNOLOGIA INFORMACIONAL.....	32
2.6 CONSIDERAÇÕES	35
3 QUALIFICAÇÃO: RESIGNAÇÃO OU EMANCIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE?	38
3.1 O CONTROLE SOBRE A MÁQUINA	39
3.2 O DESENVOLVIMENTO DA DESTREZA	40
3.3 A QUALIFICAÇÃO POLIVALENTE E POLITÉCNICA	40
3.4 CONHECIMENTO COMO PILAR DA QUALIFICAÇÃO	42
3.5 IMPACTOS DA TECNOLOGIA INFORMACIONAL.....	46
3.6 CONSIDERAÇÕES	50
4 QUALIDADE NA RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE: “ACOLHIMENTO OU ATROPELAMENTO SOLIDÁRIO”?	53

4.1 QUALIDADE NO ATENDIMENTO À SAÚDE	53
4.2 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE	56
4.3 IMPACTOS DA TECNOLOGIA INFORMACIONAL	58
4.4 CONSIDERAÇÕES	74
5 PROCEDIMENTOS AUTÔNOMOS E HETERÔNOMOS NAS RELAÇÕES DE	
TRABALHO	76
5.1 PROCESSOS AUTÔNOMOS E HETERÔNOMOS	76
5.2 AUTONOMIA E HETERONOMIA NAS RELAÇÕES DE TRABALHO	78
5.3 A SUBJETIVIDADE NO TRABALHO	82
5.4 IMPACTOS DA TECNOLOGIA INFORMACIONAL	85
5.4.1 Impactos sobre a Autonomia	85
5.4.2 Impactos sobre a Subjetividade	90
5.5 CONSIDERAÇÕES	97
CONCLUSÃO	99
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
APÊNDICE A – ASPECTOS METODOLÓGICOS	109
APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE PESQUISA	124
APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA	128
ANEXO A – OFÍCIO ENCAMINHADO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	131
ANEXO B – OFÍCIO DO COORDENADOR DO MESTRADO	133

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 -	UNIDADES DE SAÚDE INFORMATIZADAS E POPULAÇÃO ATENDIDA - 1999-2001	19
TABELA 2 -	TECNOLOGIA E RELAÇÕES DE TRABALHO : A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	32
TABELA 3 -	DIFICULDADES NO TRABALHO	33
TABELA 4 -	TEMPO DE ADAPTAÇÃO	33
TABELA 5 -	CONTEÚDO DAS TAREFAS	35
TABELA 6 -	TECNOLOGIA E QUALIFICAÇÃO : A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	47
TABELA 7 -	TECNOLOGIA E QUALIDADE : A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	59
TABELA 8 -	RELAÇÃO MAIS DISTANTE ENTRE PROFISSIONAL E USUÁRIO	59
TABELA 9 -	O PROFISSIONAL ESTÁ MAIS DISTANTE	60
TABELA 10 -	A FUNÇÃO DELEGADA SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	69
TABELA 11 -	O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO DELEGADA	73
TABELA 12 -	TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS AUTÔNOMOS E HETERÔNOMOS	86
TABELA 13 -	REDUÇÃO DO PODER DE DECISÃO DO PROFISSIONAL	88
TABELA 14 -	TECNOLOGIA E SUBJETIVIDADE : A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE	93
TABELA 15 -	IDADE DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA, 2001	95
TABELA 16 -	IDADE DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA POR CATEGORIA PROFISSIONAL, 2001	95

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AUX - Auxiliar de Enfermagem
BLS - Departamento de Estatística do Trabalho – Estados Unidos
CCQ - Círculos de Controle de Qualidade
CNC - Computer Numerical Control
ENF - Enfermeira
MÉD - Médico (a)
NOB - Norma Operacional Básica
SMS - Secretaria Municipal de Saúde
SPSS – Student Version for Windows
SUS - Sistema Único de Saúde
US - Unidade de Saúde

LISTA DOS CÓDIGOS DAS ENTREVISTAS E DEPOIMENTOS

Nº US	DATA VISITA	UNIDADES DE SAÚDE	DISTRITO SANITÁRIO
US-1	01/10/2001	Santa Cândida	Boa Vista
US-2	02/10/2001	Bacacheri	Boa Vista
US-3	03/10/2001	Tarumã	Boa Vista
US-4	04/10/2001	Caiuá	Portão
US-5	05/10/2001	Vista Alegre	Boa Vista
US-6	08/10/2001	Jardim Paranaense	Boqueirão
US-7	08/10/2001	Waldemar Monastier	Boqueirão
US-8	09/10/2001	Iracema	Cajuru
US-9	10/10/2001	Bairro Novo	Bairro Novo
US-10	11/10/2001	Campina do Siqueira	Santa Felicidade
US-11	11/10/2001	Santa Felicidade	Santa Felicidade
US-12	15/10/2001	Salvador Allende	Bairro Novo
US-13	16/10/2001	Nossa Senhora Aparecida	Bairro Novo
US-14	17/10/2001	São João Del Rei	Bairro Novo
US-15	18/10/2001	Nova Orleans	Santa Felicidade
US-16	19/10/2001	Vila Clarice	Portão
US-17	22/10/2001	Vila Leão	Portão
US-18	23/10/2001	Estrela	Portão
US-19	24/10/2001	Concórdia	Pinheirinho
US-20	25/10/2001	Parque Industrial	Pinheirinho
US-21	26/10/2001	Aurora	Portão
US-22	29/10/2001	Nossa Senhora Sagrado Coração	Pinheirinho
US-23	30/10/2001	Atenas	Santa Felicidade
US-24	31/10/2001	Moradias da Ordem	Pinheirinho
US-25	01/11/2001	Capanema	Matriz
US-26	06/11/2001	São Domingos	Cajuru
US-27	07/11/2001	Pompéia	Pinheirinho

US-28	08/11/2001	Fernando de Noronha	Boa Vista
US-29	09/11/2001	Pilarzinho	Boa Vista
US-30	19/11/2001	Barigui	Portão

RESUMO

Tomando como referência as unidades de saúde do Município de Curitiba, o presente trabalho se propõe a verificar possíveis impactos provocados pela introdução da tecnologia informacional sobre as relações de trabalho, em especial a qualificação específica do profissional de saúde, a qualidade na relação profissional de saúde-paciente e os procedimentos autônomos e heterônomos. Por sua vez, caracteriza-se como um estudo de caso *ex-post-factum*, utilizando abordagem descritivo-qualitativa, procurando, por meio de entrevistas semi-estruturadas e de aplicação de formulários do tipo Escala Likert, coletar o maior número de informações junto aos médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem. Os dados revelam que a aproximação do sistema técnico informacional ao sistema de saúde tende a precarizar a qualificação do profissional à medida que exige conhecimento além da natureza do seu trabalho, obrigando-o a se familiarizar com um instrumento estranho ao seu próprio trabalho. No processo de determinação da qualidade do serviço de saúde, verifica-se que a tecnologia informacional é secundária, ao se considerar que não proporciona aumento na produtividade do serviço ou, melhor dizendo, não acrescenta qualidade na relação médico-paciente, pelo contrário, precariza a qualidade do serviço. Da mesma forma, a busca pela autonomia nas relações de trabalho no setor de saúde pesquisado, a despeito da precarização, foi intensificada a partir da introdução da tecnologia informacional. Mesmo reconhecendo a força das práticas heterônomas, não se verifica predomínio destas sobre a autonomia. Além do que, os dados e depoimentos tornam visíveis que o aumento das pressões e das formas de controle tendem a forçar os profissionais, mesmo sem refletir exatamente sobre isto, a resistir, a tentar resgatar sua autonomia. Em termos práticos, o presente trabalho poderá servir de apoio a futuras políticas públicas de saúde menos tecnicistas e que não estejam, nem *a priori* nem *a posteriori*, resignadas à racionalidade técnica, priorizando, portanto, uma visão de homem multidimensional.

ABSTRACT

Taking as reference the Unity of health of Curitiba, the current work propose itself to verify impact possible affront by introduction of information technology on the work relation, in special the specific qualification of health professional, the quality in the relation health professional-patient and the autonomous and *heteronomous* procedures. In such case, if characterize how a case of study *ex-post-factum*, utilizing approach descriptive-qualitative, looking, through interview half as in structure and of form application by Likert Scale model, to collect the larger number of information united for the doctors, nurses and nurses assistant. The date expose that approximation of technical information system for the health system to incline the to precarious the professional qualification to demand knowledge over the work nature, to force himself to habituate whit a unfamiliar instrument to the own work. In the determination of quality process of health service, if verify that the information technology is secondary, in the consider that not provides increase of service productivity or else not to add quality in the doctor-patient relationship, on the contrary, precarious the quality of service. Exactly like that, the inquire by autonomous in the work relations at the health sector searching, regarding to precarious, was intensify from introduction of information technology. Even recognize the power of *heteronomous* practice, not verify the predominance from this about the autonomous. Besides, the dates and statement to expose that the increase of pressure and the control forms to incline to force the professionals, without to reflect about this, to resist, to try getting your autonomy. Practical subjects, the current work will can serve of support to the future health public policies less technical and don't be accommodate to the technical rationality, prioritizing a multidimensional vision of the man.

INTRODUÇÃO

A reestruturação produtiva surge no contexto industrial com a intenção de promover maior integração entre os “atores” industriais, compreendendo um conjunto de técnicas, instrumentos ou estratégias utilizadas para controlar o processo produtivo, procurando, também, otimizar os recursos nele empregados. A introdução destas novas tecnologias cresceu rapidamente, buscando o aumento da produtividade e da eficácia gerencial, inclusive pela gestão de fatores como capital e recursos materiais, assim como procurando consolidar a competitividade das indústrias nacionais.

Historicamente, a introdução das máquinas, como meio de produção, como instrumento de trabalho, muda consideravelmente as relações humanas e as de trabalho, “do ponto de vista do desalojamento de ocupações, das mudanças na natureza mesma do trabalho, do processo de reestruturação produtiva ...” (FARIA, 1999, p.1). Talvez a tecnologia não seja determinante destas transformações, entretanto, representa um aspecto importante nas modificações ocorridas no processo de trabalho industrial. E devido sua importância para o mundo do trabalho, é que muitos estudos têm sido feitos sobre o tema.

No entanto, a maioria dos estudos analisa os impactos sobre o trabalho industrial – reorganização de cadeias produtivas, automação etc. Como já sugeria Braverman (1977), é importante avaliar este processo de mudança em outros setores da economia.

Um setor, que vem apresentando aplicação crescente de novas tecnologias ao longo dos anos, é o de serviços, simplificando drasticamente um conjunto de operações rotineiras ligadas ao processamento de dados e informações padronizadas nos escritórios, no comércio, serviços bancários etc., caracterizando, assim, o aparecimento de uma nova estrutura social marcada pela mudança de produtos para serviços, pelo surgimento de profissões administrativas e especializadas, pela tendência ao enxugamento do emprego rural e industrial e pelo crescente conteúdo de informação no trabalho das economias mais avançadas.

Os serviços de atenção à saúde, por exemplo, cumprem determinadas funções no interior do processo produtivo de economias capitalistas. Estes serviços consomem produtos de outras indústrias, como a farmacêutica e a de equipamentos

e instrumentos médicos, atendendo, em certa medida, às necessidades de desenvolvimento e de lucro das referidas indústrias.

Sendo assim, o avanço tecnológico, em áreas sociais, como saúde, educação, artes etc., vem caracterizando a inserção destas áreas, antes consideradas fora do processo produtivo, na dinâmica das relações capitalistas, organizadas sob o parâmetro do lucro.

A defesa desta modernização na área de saúde, em especial, favorece o chamado complexo médico-industrial: empresas médicas, laboratórios, indústrias farmacêuticas e de equipamentos, hospitais e afins. No entanto, no Brasil, a incorporação de novas tecnologias tende a ser alienada dos reais problemas de saúde do país, acentuando as contradições que emanam das próprias formas de organização da assistência médica.

Estas contradições inspiraram o presente trabalho, possibilitando a colocação do seguinte problema:

Como as relações de trabalho, entendidas como o trabalho propriamente dito, o processo de trabalho e as relações sociais no trabalho, são afetadas pela introdução de tecnologias informacionais computadorizadas em processos de atendimento de pacientes nas Unidades de Saúde do Município de Curitiba, no período de 1999 a 2001?

A escolha das Unidades de Saúde do Município de Curitiba se deve pelo fato de que, em fevereiro de 1999, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) iniciou a informatização das Unidades Básicas de Saúde, por meio do cartão-saúde e do atendimento por intermédio de prontuário eletrônico. Tal implantação ocorreu paralelamente ao desenvolvimento do Programa “Acolhimento Solidário” que visa ampliar o acesso do cidadão aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), procurando melhorar o processo de resolução dos problemas de saúde da comunidade e investindo na mudança de postura do profissional de saúde quanto ao atendimento ao usuário.

A introdução desta tecnologia informacional nas unidades de saúde favorece e justifica uma nova perspectiva de análise destes impactos sobre o processo de trabalho no setor de serviços e, em especial, no Setor de Saúde. Um estudo que privilegia a percepção dos próprios profissionais envolvidos no processo de trabalho.

A presente pesquisa apresenta-se com uma preocupação provocativa que,

no âmbito das tomadas de decisões ou ações políticas, poderá servir de suporte para futuras políticas públicas direcionadas ao Setor de Saúde. Portanto, trata-se de um estudo com propósitos de aproximar a Universidade do Sistema Político.

No entanto, cabe esclarecer que no presente estudo a tecnologia informacional está sendo apreendida como uma forma específica de organização social em que a geração, o processamento e a transmissão da informação se transformam nas fontes fundamentais da produtividade devido às novas condições tecnológicas que surgem neste período histórico (CASTELLS, 1999).

A tecnologia informacional pode ser entendida como uma *tecnologia de processo*, uma vez que compreende as técnicas e o uso de técnicas que interferem no processo de trabalho, de maneira a modificá-lo, organizá-lo, racionalizá-lo, sejam tais técnicas de origem física, sejam de origem gerencial. Tendo em vista que o que define uma tecnologia como pertencente a uma categoria não é apenas seu conteúdo ou natureza, mas, e, às vezes, principalmente, seu emprego, seu uso, sua inserção em um dado processo. Com esta finalidade, o que se chama aqui de *tecnologia de processo* compreende as *tecnologias de gestão* e *tecnologias físicas* (FARIA, 1997).

A introdução de novas tecnologias de base microeletrônica representa uma inovação em *tecnologia física* no processo de produção. Esta tecnologia física é entendida como “o agregado de máquinas, equipamentos, peças, instalações e métodos - geralmente informacionais - utilizados, direta ou indiretamente, no processo produtivo” (FARIA, 1997, p. 31).

Entende-se por *tecnologia de gestão* “o conjunto de técnicas, instrumentos ou estratégias utilizados pelos gestores – gerentes, administradores etc. – para controlar o processo de produção, e de trabalho em particular, de maneira a otimizar os recursos nele empregados” (FARIA, 1997, p. 29-30).

Sendo assim, no contexto do presente trabalho, considera-se a informatização dos processos de trabalho nas unidades de saúde, chamado “Cartão Qualidade-Saúde”, como uma inovação em tecnologia física e a implementação do Programa “Acolhimento Solidário” como uma inovação em tecnologia de gestão, procurando avaliar alguns efeitos destas sobre a relação de trabalho.

Considerando o contexto em que se apóia o presente estudo, busca-se atingir os seguintes objetivos:

A) Geral:

Verificar os efeitos da tecnologia informacional computadorizada nas relações de trabalho nas unidades de saúde do Município de Curitiba.

B) Objetivos específicos:

- verificar e explicar as relações de trabalho antes e depois da introdução da tecnologia informacional computadorizada nas unidades de saúde;
- verificar e explicar os impactos da tecnologia informacional sobre a qualificação específica dos profissionais de saúde;
- verificar como se apresentam as relações entre profissional-paciente nas relações de trabalho a partir da introdução da tecnologia informacional;
- verificar as relações entre os procedimentos autônomos e heterônomos nas relações de trabalho a partir da introdução da tecnologia informacional.

Entendendo que a tecnologia informacional, introduzida no setor de saúde, intensifica a precarização do trabalho, as seguintes perguntas orientam a pesquisa. São perguntas de partida que nortearão todo o trabalho de investigação e análise dos dados.

- a) Como se apresentam as relações de trabalho antes e depois da introdução da tecnologia informacional nas unidades de saúde?
- b) Quais os possíveis impactos na qualificação específica do profissional com a introdução da tecnologia informacional computadorizada nas unidades?
- c) Como se apresentam as relações entre profissional-paciente nas relações de trabalho a partir da introdução da tecnologia informacional?
- d) Como se apresentam as relações entre os procedimentos autônomos e heterônomos nas relações de trabalho a partir da introdução da tecnologia?

Do ponto de vista metodológico, o presente trabalho caracteriza-se como um estudo de caso *ex-post-factum* seccional com avaliação longitudinal e se valerá de

abordagem descritivo-qualitativa. O nível de análise é organizacional e as unidades de análise são: o grupo de auxiliares de enfermagem, os enfermeiros e os médicos da organização em estudo.

Procurou-se, por meio de entrevistas semi-estruturadas e aplicação de formulários do tipo Escala Likert, coletar o maior número de informações, com o propósito de apreender a globalidade da situação.

A população de interesse desta pesquisa foi constituída pelos profissionais de saúde – auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos – lotados nas 88 unidades de saúde já informatizadas do Município de Curitiba (dados de setembro de 2001), que exerciam sua função desde 1998. Profissionais estes que contribuíram com experiências adquiridas antes, durante e depois da informatização.

Não foi possível reunir informações sobre o número exato da população de interesse desta pesquisa. Muitos foram os motivos, dentre eles destacam-se as dificuldades em se ter acesso às informações sobre Recursos Humanos na SMS, o tempo hábil para levantar este número unidade por unidade, e a rotatividade dos profissionais de saúde do município.

Devido às características próprias da população de interesse desta pesquisa, optou-se pela amostragem não probabilística por julgamento. Este método é usado quando cada elemento da população possui uma probabilidade desconhecida de seleção, sendo que a amostragem é feita por conveniência, em que os elementos da população são selecionados com base no julgamento do pesquisador (MALHOTRA, 2001).

Foram selecionadas 30 unidades de saúde para participar da pesquisa. As unidades foram selecionadas segundo três critérios: tempo de informatização; tempo de permanência dos funcionários e a distribuição regional das unidades¹.

A amostra final foi constituída por 167 auxiliares de enfermagem, 66 médicos e 32 enfermeiros, totalizando 265 profissionais que responderam ao formulário da pesquisa.

As entrevistas semi-estruturadas, por sua vez, foram realizadas com 14 profissionais de saúde (8 auxiliares de enfermagem, 3 enfermeiras, 1 médico e 2 autoridades sanitárias), selecionados de acordo com a disponibilidade dos mesmos.

¹ Para maiores detalhes sobre a amostra e a coleta de dados ver Apêndice A.

No sentido já exposto, convém fazer uma breve apresentação dos capítulos que compõem este trabalho.

No primeiro capítulo, abordar-se-á os aspectos relevantes da reestruturação produtiva no contexto industrial, procurando destacar sua aproximação com o setor de serviços e, em particular, com o setor de saúde do Município de Curitiba.

No segundo capítulo, são feitas considerações acerca dos conceitos de trabalho, processo de trabalho e relações sociais no trabalho, procurando, também, aproximar as discussões sobre trabalho produtivo e improdutivo no setor de serviços. Após caracterizar a mudança informacional na saúde, destacam-se alguns indicadores dos impactos da tecnologia informacional sobre as relações de trabalho nas unidades de saúde.

O terceiro capítulo procura mostrar a transformação do conceito de qualificação ao longo do tempo, caracterizando os principais impactos da tecnologia informacional sobre a qualificação específica do profissional de saúde.

No quarto capítulo, é feita uma abordagem sobre os conceitos de qualidade do setor de saúde, compreendendo discussões acerca da relação profissional de saúde/paciente e do conceito saúde/doença, assim como caracterizando alguns indicadores da precarização da qualidade no atendimento à saúde.

O quinto capítulo discute os conceitos de autonomia e heteronomia nas relações de trabalho, procurando mostrar alguns impactos da tecnologia informacional sobre a autonomia e subjetividade dos profissionais.

É importante ressaltar que o presente trabalho procurou investigar os impactos da tecnologia informacional nas relações de trabalho do ponto de vista dos profissionais envolvidos no processo. Inserindo como pano de fundo uma visão de homem “multidimensional”, para usar uma expressão marcuseana, com possibilidades concretas de romper com a unidimensionalidade, predominante nos diversos cenários que representam o mundo do trabalho. Deve-se, a isto, o fato de se entender que o serviço de saúde é o tipo de relação que pressupõe um homem multidimensional, um profissional capaz de pensar e agir em perspectivas que vão além da racionalidade instrumental.

Portanto, o trabalho como um todo é uma tentativa de resgate da multidimensionalidade humana.

1 A TECNOLOGIA E O SETOR DE SERVIÇOS MÉDICOS

O objetivo deste capítulo é o de situar o estudo em um contexto histórico. Fazendo considerações desde a reestruturação produtiva e seus impactos sobre o trabalho industrial, passando pela introdução e intensificação das novas tecnologias informacionais, especialmente no setor de serviços, buscando corroborar hipóteses iniciais sobre a proliferação de mecanismos produtivos industriais inseridos no setor de serviços.

Procura-se, também descrever e explicar, como se deu a aproximação da reestruturação produtiva com o setor de serviços e, em particular, com o setor de saúde do Município de Curitiba.

1.1 A ORGANIZAÇÃO CIENTÍFICA DO TRABALHO

A segunda metade da década de 70 marca um processo irreversível da indústria manufatureira, referente ao deslanchar das novas formas de automação. Na época, podia-se identificar dois fenômenos de importância considerável para esta discussão: a crise do taylorismo e a mutação das normas de concorrência provocada pela crise econômica (CORIAT, 1988; HARVEY, 1993; LEITE, 1994). Tais fatores provocam e influenciam novas direções às pesquisas em inovação tecnológica.

Apoiado na rígida separação entre concepção e execução, o taylorismo, como estratégia organizacional, descreve como a produtividade do trabalho pode ser radicalmente aumentada por meio da decomposição de cada processo de trabalho em movimentos componentes do mesmo, bem como da organização de tarefas fragmentadas, em conformidade com padrões rigorosos de estudos tempo e movimento (HARVEY, 1993).

A introdução das linhas de montagem, por Ford, estende estas inovações, favorecendo a passagem a um processo de trabalho baseado nos tempos impostos, regulados pelas esteiras mecânicas (CORIAT, 1988). Sendo assim, o fordismo pode ser considerado como paradigma que concentra industrialização pesada, organização industrial, processo de trabalho, ideologia e estilo de vida bem determinados.

Com a crise do petróleo, no início da década de 70, a sociedade de

consumo e de produção em massa promovida pela acumulação capitalista fordista, revela sua incapacidade de continuar a promover o crescimento econômico e a manutenção da realização de lucro. Surge, então, um novo período caracterizado por inflação, desemprego estrutural, *déficit* público e recessão (HARVEY, 1993).

A saturação dos rígidos padrões da acumulação fordista e de suas forças produtivas cede espaço a um processo intenso de pesquisas e de experimentações por parte das organizações em matéria de organização do trabalho e da produção. Surge um novo conjunto de forças produtivas como a microeletrônica, as biotecnologias e a sofisticada estrutura de serviços organizados em um “novo padrão flexível” de acumulação capitalista: a informática, o *just-in-time*, a qualidade, a automação etc.

1.2 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

O processo de reestruturação produtiva torna visível um conjunto de transformações nas relações capital-trabalho ocorridas na década de 70, marcado por um período de oscilações, incertezas, enfim, de uma série de novas experiências nos domínios da organização industrial e na vida social e política.

Esta fase, para alguns autores como Coriat (1988) e Harvey (1993), é considerada como sendo um processo de ruptura com as formas de organização tayloristas/fordistas. No entanto, para outros autores como Leite (1994), Braga (1995), Antunes (1995), Faria (1997), Lojkin (1995) e Castells (1999), este cenário se configura como continuação e, também, como sofisticação do processo de exploração do sobretrabalho.

Neste novo contexto, as organizações começam a introduzir algumas técnicas japonesas de produção, como os Círculos de Controle de Qualidade (CCQ), bem como novos equipamentos de base microeletrônica, como os robôs, as máquinas operatrizes controladas por computador, chamadas de *Computer Numerical Control* (CNC), os quais foram sendo acompanhados por inovações de produto e processo (LEITE, 1994; GONÇALVES & GOMES, 1993; HARNECKER, 2000).

A introdução destas novas tecnologias no processo produtivo revela a exigência, da dinâmica capitalista, de superar as contradições inerentes ao próprio

processo de acumulação. A automação industrial no processo produtivo impõe modificações na organização do trabalho, buscando recuperar a perda da eficiência nas formas tradicionais de gestão (FARIA, 1997).

Embora as estratégias seguidas pelas organizações em cada um destes momentos sejam bastante diferenciadas, é possível destacar um elemento comum a elas que é seu caráter limitado e reativo, identificando um processo de “modernização conservadora” (LEITE, 1994; TAVARES & ASSIS, 1986), priorizando-se aspectos quantitativos em detrimento de aspectos qualitativos.

Juntamente com estas inovações, as organizações pressupõem que o trabalhador tenha um comportamento flexível. Espera-se, que com uma certa flexibilidade, seja possível gerar liberdade pessoal, imaginando que um trabalhador adaptável ao sistema e livre, é capaz da mudança. No entanto, a repulsa à rotina e a busca pela flexibilidade produziram novas estruturas de poder e controle, em vez de criarem condições de liberdade. Este novo sistema de poder se apresenta por meio de três elementos: reinvenção descontínua de instituições, especialização flexível e concentração de poder sem centralização (SENNETT, 1999).

Estes três elementos estão presentes nas constantes reestruturações das organizações como: redução do número de funcionários, alterações nos sistemas produtivos, redução da jornada, alteração na hierarquia das organizações, forças estas, que inclinam as pessoas à mudança (SENNETT, 1999).

1.3 REVOLUÇÃO INFORMACIONAL

No bojo da revolução tecnológica há transferência, para as máquinas, de um novo tipo de funções cerebrais abstratas, o que propriamente caracteriza a automação, tendo como consequência fundamental o deslocamento do trabalho humano da manipulação para o tratamento de símbolos abstratos e, portanto, deslocando-o para o tratamento da informação.

Desta forma, para Lojkin (1995), a revolução informacional nasce da oposição entre a revolução da máquina-ferramenta, fundada na objetivação das funções manuais, e a revolução da automação, baseada na objetivação de certas funções cerebrais desenvolvidas pelo maquinismo industrial.

A introdução de tecnologias físicas no processo de produção exige

modificações na tecnologia de gestão com a intenção de promover maior integração entre gestores e trabalhadores (FARIA, 1997), compreendendo um conjunto de técnicas, instrumentos ou estratégias utilizadas para controlar o processo produtivo, procurando otimizar os recursos nele empregados. A aplicação desta tecnologia cresceu rapidamente no setor industrial, buscando-se o aumento da produtividade, agindo sobre os fatores de produção, especialmente sobre a gestão do capital, do trabalho e dos recursos materiais, assim como procurando consolidar a competitividade das indústrias.

As implicações da nova tecnologia sobre o processo produtivo foram pesquisadas por Loyola (1995), tomando-se por base trabalhadores de uma indústria de refrigeração no Paraná. Os resultados da pesquisa apontaram para:

- a) desqualificação de uma maioria em detrimento de uma minoria, prevalecendo o saber instrumental;
- b) redução do volume de empregos como consequência de um aumento da produtividade e da racionalização do tempo necessário à produção;
- c) satisfação dos trabalhadores para as condições de trabalho decorrentes da automação em contraposição a um aspecto desfavorável, o *stress* provocado pela intensificação do trabalho automatizado;
- d) ampliação do controle sobre o processo de trabalho devido às facilidades oferecidas pela automação microeletrônica;
- e) benefícios em relação à qualidade dos produtos, apresentando uma maior conformidade entre o planejado e o produzido com reduzidos índices de desperdício industrial.

No setor de serviços, a aplicação de novas tecnologias vem crescendo ao longo dos anos, uma vez que “os computadores e seus terminais, nas suas mais diversas formas (mini, micro, calculadoras sofisticadas, caixas registradoras eletrônicas etc.) estão, por definição, simplificando drasticamente uma série de operações rotineiras ligadas ao processamento de dados e informações padronizadas nos escritórios, no comércio, serviços bancários etc.” (TAUILLE, 1988, p. 21)

Esta avaliação está inserida em uma série de discussões históricas sobre tendências do pós-industrialismo e do informacionalismo. Castells (1999), por exemplo, afirma que as teorias do pós-industrialismo e informacionalismo utilizam

como prova empírica da mudança histórica o aparecimento de uma nova estrutura social caracterizada pela mudança de produtos para serviços, pelo surgimento de profissões administrativas e especializadas, pelo fim do emprego rural e industrial e pelo crescente conteúdo de informação no trabalho das economias mais avançadas.

O autor, no entanto, propõe uma abordagem diferente. Sua tese é a da interconexão progressiva entre todos os subsistemas produtivos, sejam eles de serviços ou industriais. Embora admita tendência comum na evolução da estrutura do emprego, típica das sociedades informacionais, também acredita em uma variação histórica de modelos de mercado de trabalho segundo instituições, cultura e ambientes políticos específicos.

Para Castells (1999), o conceito de “serviços” é considerado ambíguo e tem sido usado como um conceito residual que abarca tudo o que não é agricultura, mineração, construção, organizações de serviço público ou indústria. As tentativas de definir serviços por algumas características intrínsecas, como sua “intangibilidade” em oposição à “materialidade” de produtos, ficaram sem sentido com a evolução da economia informacional. *Software* para computadores, produção de vídeos, projeto de microeletrônica, agropecuária com base em biotecnologia e muitos outros processos cruciais característicos das economias mais ricas juntam seu conteúdo de informação ao suporte material do produto, impossibilitando a distinção dos limites entre “bens” e “serviços”.

Em pesquisa nos países do G-7, Castells (1999) verifica que a transformação do mercado de trabalho durante o chamado período “pós-industrial” (1970-1990) revela um padrão geral de deslocamento do emprego industrial e dois caminhos diferentes em relação à atividade industrial. O primeiro revela uma rápida diminuição do emprego na indústria aliada a uma grande expansão do emprego em serviços relacionados à produção (em percentual) e em serviços sociais (em volume), enquanto outras atividades de serviços ainda são mantidas como fontes de emprego.

O segundo caminho liga diretamente os serviços industriais e os relacionados à produção, aumentando com mais cautela o nível de emprego em serviços sociais e mantendo serviços de distribuição. O que ocorre, então, é uma diversidade cada vez maior de atividades e o surgimento de um conjunto de conexões entre estas atividades que torna obsoletas as categorias de emprego.

Em pesquisa específica sobre os Estados Unidos, Castells (1999) se utiliza de dados do *BLS* (Departamento de Estatística do Trabalho) norte-americano publicados em 1991-1993, que oferecem uma visão sugestiva da transformação da estrutura ocupacional e do mercado de trabalho entre 1990-1992 e 2005. O autor recorre principalmente à análise de projeção dos três cenários considerados pelo *BLS*.

De acordo com as referidas projeções, o grosso do crescimento de novos empregos nos Estados Unidos ocorrerá nas “atividades relacionadas a serviços”. Cerca de metade desse crescimento deverá vir da chamada “divisão de serviços”, cujos componentes principais são serviços de saúde e serviços empresariais. O setor de serviços que mais cresceu em 1975-1990 é o setor de serviços empresariais, que continuará no topo da expansão até 2005, embora com uma taxa de crescimento mais lenta de aproximadamente 2,5% ao ano.

Conforme os resultados desta pesquisa, os serviços do setor de saúde estarão entre as atividades que mais crescerão, com uma taxa duas vezes mais alta que seu próprio aumento no período 1975-1990. Ainda segundo projeções, em 2005 os serviços de saúde representarão 11,5 milhões de empregos, ou seja, 8,7% de todos os empregos assalariados, sem contar o setor rural.

O autor aponta falhas fundamentais na análise desta transformação no mundo do trabalho:

- a) considerar como homogênea a transição entre agricultura e indústria e entre indústria e serviços, desconsiderando a ambigüidade e a diversidade interna das atividades de “serviços”;
- b) deixar de lado a natureza revolucionária das novas tecnologias da informação, que, ao permitirem uma conexão direta *on-line* entre os diferentes tipos de atividades no mesmo processo de produção, administração e distribuição, estabelecem uma estreita conexão estrutural entre esferas de trabalho e emprego, separadas de forma artificial por categorias estatísticas obsoletas.

Quanto à automação de escritórios, Castells (1999) afirma que houve três fases diferentes, determinadas pela tecnologia disponível. Numa primeira fase, típica dos anos 1960-1970, eram usados *mainframes* no processamento de dados em lote. O trabalho era padronizado, rotinizado e “desespecializado” para a maior parte dos

trabalhadores. Na segunda fase, no início da década de 1980, foi dada ênfase no uso de microcomputadores por parte dos encarregados do processo de trabalho. Em meados dos anos 1980-1990, os sistemas de escritórios são integrados e em rede, com muitos microcomputadores interagindo entre si. Segundo o autor, os efeitos dessas transformações tecnológicas sobre o trabalho de escritórios não estão plenamente identificados, pois os estudos empíricos estão atrasados em relação ao rápido processo de transformação tecnológica.

Analizando o processo de tecnificação da medicina no Brasil, Maia (1984) afirma que os serviços de atenção à saúde também cumprem determinadas funções dentro do processo produtivo de economias capitalistas. Estes serviços, entendidos como unidades produtivas, consomem produtos de outras indústrias, como a farmacêutica e a de equipamentos e instrumentos médicos, atendendo em certa medida, às necessidades de desenvolvimento e de lucro das referidas indústrias².

Na avaliação de Kawamura (1987), o avanço tecnológico em áreas sociais como saúde, educação, artes etc., vem caracterizando a inserção destas áreas, antes consideradas fora do processo produtivo, na dinâmica das relações capitalistas, organizadas sob o parâmetro do lucro. Segundo a autora, a defesa da modernização sistemática da área de saúde, em especial, favorece o chamado complexo médico-industrial: organizações médicas, laboratórios, indústrias farmacêuticas e de equipamentos, hospitais e afins. No entanto, no Brasil, a incorporação de novas tecnologias tende a ser alienada dos reais problemas de saúde do país, acentuando as contradições que emanam das próprias formas de organização da assistência médica.

A autora alerta para o caráter oneroso e elitista em que se organiza a assistência médica, pois o modelo médico, ao se basear na sofisticação tecnológica, torna-se caro, inclusive para os recursos públicos. Estes são inadequadamente distribuídos, na medida em que se destinam poucos recursos para a medicina preventiva e grandes quantias para a medicina assistencial paliativa.

Se, por uma lado, as inovações tecnológicas, ao mesmo tempo que exigem

² Para maior aprofundamento sobre o processo de tecnificação da medicina no Brasil ver MAIA, Paulo Ricardo da Silva. Reflexões sobre o processo de tecnificação da medicina no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 100-24, out/dez, 1984.

a superespecialização e a requalificação profissional, tornam as condições de trabalho precárias, rotinizadas, mal pagas, desestimulando o investimento dos profissionais em si, por outro, estimula o consumo de medicamentos de última geração, privilegiando o caráter curativo e individual da assistência médica em detrimento de uma medicina preventiva e coletiva. Esta prática torna-se excludente, pois a maioria da população fica longe dos efeitos benéficos da medicina avançada.

1.4 OS SERVIÇOS DE SAÚDE E A TECNOLOGIA

Historicamente, as questões da saúde e da tecnologia passaram a receber novos impulsos após 1930, pois as pressões ocasionadas pelo processo de industrialização brasileira, forçavam um maior desenvolvimento científico tecnológico³. No entanto, somente com a Constituição Federal de 1988 é que se estabelece a responsabilidade do poder público em regulamentar, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde. A Lei Orgânica da Saúde n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispõe sobre os níveis de competência e, especificamente, estabelece que compete à direção municipal do Sistema Único de Saúde (SUS) planejar, organizar, controlar, avaliar as ações e os serviços de saúde, além de gerir e executar os serviços públicos de saúde⁴.

No entanto, somente em 1993, com a aprovação da Norma Operacional Básica, SUS 01/93 (NOB), são estabelecidos os mecanismos fundamentais para o financiamento da assistência hospitalar e ambulatorial e as diretrizes para os investimentos no setor. A estratégia concebe o desenvolvimento da descentralização, também conhecida como municipalização da saúde, visando à independência dos municípios em relação ao controle financeiro do SUS. Desta forma, cada município se encarrega de gerir as ações para resolver problemas de

³ Ver, a este respeito, MAIA (1984).

⁴ Maiores detalhes ver PENTEADO, Anna Paula et alii. Regulação do SUS em Curitiba – um exercício de gestão de recursos em busca da equidade. In: DUCCI, Luciano e outros (Orgs.) **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro: CEBES, 2001. P.33-42.

saúde do seu território⁵.

Com a municipalização dos serviços de saúde começaram as primeiras iniciativas visando à implantação do Sistema de Informação em Saúde e da municipalização da Vigilância Epidemiológica.

No período de 1989-1992, foram realizados estudos com a parceria da Secretaria de Estado da Saúde e municípios da região metropolitana, propondo planejamento comum e racionalizador dos equipamentos públicos disponíveis.

Ainda em 1991, a Prefeitura de Curitiba assina o convênio Pró-Saúde, com o Ministério da Saúde, visando à ampliação, à reforma e à construção de novas unidades, incluindo a primeira Unidade de Saúde 24 horas, assim como compra de ambulâncias e equipamentos. São constituídas Gerências dos Distritos Sanitários e são nomeadas autoridades sanitárias locais para gerenciar um território e uma unidade de saúde – clínica médica e odontológica.

O movimento da distritalização da saúde municipal visa redirecionar e modificar a forma de organização das ações e serviços de saúde de forma a responder às demandas da população de um determinado território, levando em consideração suas particularidades locais⁶.

No período de 1993-1996, a rede passa a ser constituída por 85 unidades de saúde, cinco destas unidades 24 horas alocadas nos Distritos Sanitários. Ainda nesta fase, efetiva-se a regulação das ações de saúde nas áreas ambulatorial e hospitalar, com a gerência de convênios e contratos de prestadores da rede básica, a criação da Central de Leitos, o Controle e Avaliação de Autorizações de Internamento Hospitalar e a criação da Central de Marcação de Consultas Especializadas.

No período de 1997-2000, institui-se a gestão plena dos recursos alocados e serviços credenciados do SUS municipal. Expandem-se e diversificam-se as unidades de saúde, que irão contar com 104 unidades (sendo 37 Unidades de

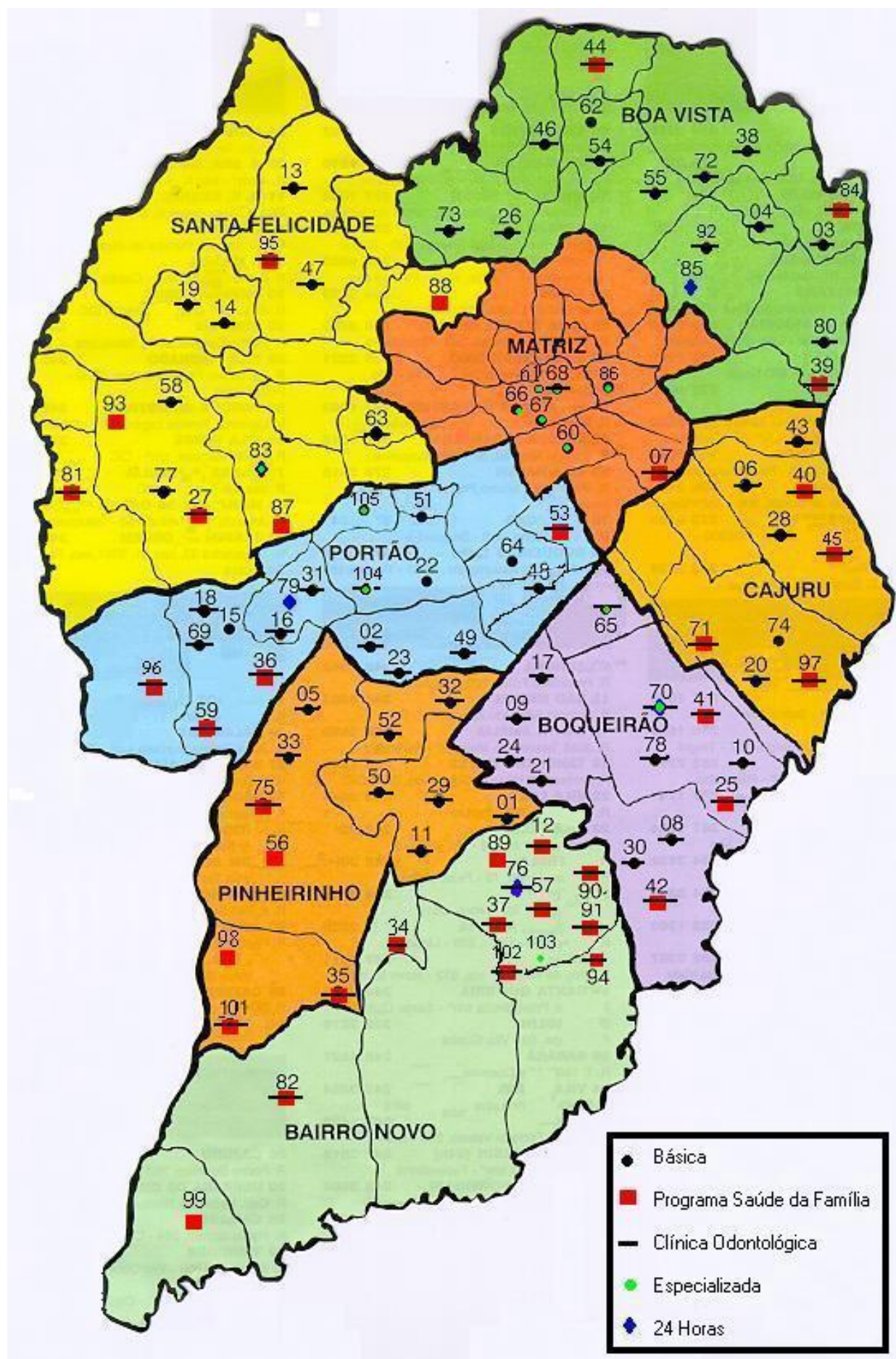
⁵ Ver, a este respeito, SCURUPA, Vera Lúcia. **Acolhimento Solidário** : uma aproximação com o usuário. 1999. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Saúde Coletiva, Universidade Tuiuti do Paraná, Curitiba, 1999

Programa de Saúde à Família, 7 Unidades de Especialidades e 5 Unidades 24 Horas), um Centro Médico Comunitário (Hospital Geral e Maternidade) e um Laboratório de Análises Clínicas⁷, conforme mapa das Unidades de Saúde – 2001 na página seguinte.

Neste período, a Prefeitura lança o Projeto “Acolhimento Solidário”, que procurou capacitar categorias profissionais por meio de treinamentos, associado à implantação do sistema informatizado de atendimento, que teve como objetivo a implantação do “Cartão Qualidade Saúde”, possibilitando a utilização de prontuário eletrônico para registro de procedimentos e acompanhamento do fluxo de pacientes das unidades.

⁶ Maiores detalhes ver MOYSÉS, Samuel Jorge. A construção social do Distrito Sanitário. In: DUCCI, Luciano e outros (Orgs.) **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro : CEBES, 2001. p. 21-32.

⁷ Dados de julho de 2001, fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.



FONTE: SMS, 2001

Este sistema vem sendo implantado gradativamente desde fevereiro de 1999, juntamente com a informatização da rede própria e a adoção do prontuário eletrônico⁸, atingindo, em 2000, os Distritos Sanitários do Cajuru, Portão, Boa Vista, Pinheirinho, Santa Felicidade, Boqueirão e Bairro Novo.

Cabe aqui enfatizar que este sistema informatizado está em desenvolvimento, passando por alterações e adaptações constantes.

TABELA 1 - UNIDADES DE SAÚDE INFORMATIZADAS E POPULAÇÃO ATENDIDA - 1999-2001

INDICADORES	1999	2000	2001*
Unidades de saúde	36	86	88
Famílias cadastradas	87.570	303.264	392.354
Usuários cadastrados	218.925	804.569	1.228.155
Cartões distribuídos	45.904	734.990	**

FONTE: Assessoria de Informação – SMS – Comparativo anual de atividades e Relatório 3º Trimestre - SMS

* Dados referentes ao 3º Trimestre de 2001.

** Dado ainda não disponível.

Na Tabela 1, encontram-se alguns indicadores que demonstram a chegada da informatização no setor de serviços de saúde. Os dados mostram o avanço da informatização no Município de Curitiba desde 1999, sendo que no 3.º trimestre de 2001, das 104 unidades, 88 já estavam informatizadas. Os usuários cadastrados chegaram a 1.228.155 neste período. Esta mudança tecnológica informacional nas unidades de saúde, por sua vez, demandou cursos de qualificação e treinamento profissional, adaptações físicas locais, assim como, um período de adaptação neste novo cenário profissional.

⁸ Maiores informações sobre a concepção e implantação do prontuário eletrônico ver SCHNEIDER, Ana Luiza et alii. Informatização dos processos de trabalho em Curitiba: a história do cartão Qualidade-Saúde de Curitiba. In: DUCCI, Luciano e outros (Orgs.) **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro : CEBES, 2001. p. 43-77.

1.5 CONSIDERAÇÕES

Falar dos impactos da tecnologia informacional computadorizada no setor de saúde implicou fazer referência obrigatória ao processo mundial de reestruturação produtiva, intensificado a partir da década de 70, e suas incursões nos diversos setores da economia.

Este capítulo, portanto, procurou descrever e explicar como se deu a aproximação da reestruturação produtiva com o setor de serviços e, em particular, com o setor de saúde do Município de Curitiba.

A pesquisa acaba por confirmar a existência de um processo de modernização conservadora nas unidades de saúde. Por um lado, a SMS apresenta um processo de modernização, com introdução de computadores, sistemas de gerenciamento e atendimento e, por outro, um processo conservador no que tange a aspectos qualitativos, principalmente no que diz respeito à qualidade no atendimento.

Portanto, a introdução das novas tecnologias na área da saúde, em especial nas unidades de saúde, favorece e justifica uma nova perspectiva de análise dos efeitos da inovação sobre o processo de trabalho no setor de serviços e em especial no Setor de Saúde. A seguir, far-se-á a análise dos impactos desse processo sobre as relações de trabalho.

2 AS RELAÇÕES DE TRABALHO NAS UNIDADES DE SAÚDE

O objetivo principal do capítulo é verificar e explicar as relações de trabalho antes e depois da introdução da tecnologia informacional computadorizada nas unidades de saúde. Relações de trabalho aqui entendidas como o trabalho propriamente dito, o processo de trabalho e as relações sociais no trabalho. Após considerações acerca destes conceitos, procura-se aproximar as discussões sobre trabalho produtivo e improdutivo no setor de serviços.

A análise dos dados primários mostra que a introdução das tecnologias computadorizadas tendem a negar espaços para a auto-realização humana tanto dos profissionais da saúde quanto dos usuários. Há uma visível precarização dos aspectos qualitativos da existência humana em favor de valores quantitativos e funcionais à racionalidade instrumental, à lógica de “mercado”.

2.1 O TRABALHO

O trabalho, como um dos fatores de produção, é toda atividade humana voltada para a transformação da natureza, com o objetivo de satisfazer necessidades. É também o próprio exercício efetivo da capacidade produtiva humana de alterar o valor de uso das mercadorias e acrescentar-lhes valor. Condição específica do homem, desde suas formas mais elementares, o trabalho está associado a certo nível de desenvolvimento dos instrumentos de trabalho e da divisão da atividade produtiva entre os diversos membros de um agrupamento social (BOTTOMORE, 1988).

O trabalho, que produz uma mercadoria, tem duplo caráter. De um lado, qualquer ato de trabalho é uma atividade produtiva de um determinado tipo, que visa a um objetivo, sendo considerado assim como trabalho útil ou trabalho concreto, cujo produto é um valor de uso. De outro lado, qualquer ato de trabalho pode ser considerado separadamente de suas características específicas, simplesmente como dispêndio de força de trabalho humana. Este trabalho humano cria valor e é chamado de trabalho abstrato.

Para Lojkin (1995), a originalidade do conceito marxista de forças produtivas é dupla. Por um lado, remete ao papel decisivo conferido à relação entre

homem e natureza material, à maneira de produzir, isto é, ao instrumento de trabalho. Por outro, remete igualmente à articulação específica que Marx estabelece, na maneira de produzir, entre os meios materiais e os meios humanos do trabalho, considerado como o modo de organização técnico, mas também social, dos homens.

Por força produtiva material é preciso entender, segundo Marx (1988), a força física que o homem põe em movimento para modificar a natureza, a fim de incorporar matérias dando uma forma útil à sua vida, isto é, um valor de uso. Esta força natural do homem, o trabalho humano, se define pela pré-existência do resultado do trabalho na imaginação do trabalhador. Neste sentido, não se pode separar a força material do ideal em direção ao qual a vontade humana vai mobilizar o corpo.

Para transformar um objeto material, da natureza, o homem se utiliza dos meios de trabalho como condutor da sua ação. Dito de outra forma, “o homem se serve das propriedades mecânicas, físicas, químicas, de algumas coisas para *fazê-las atuar como forças* sobre outras coisas, de acordo com seus fins” (LOJKINE, 1995, p. 55). O trabalho humano, então, sempre utilizou e sempre utilizará de instrumentos materiais – instrumento, depois a máquina-ferramenta, em seguida a máquina informacional.

A força produtiva do capital é considerada por Marx como sendo, por um lado, forças apropriadas pelo capital e sobre as quais os trabalhadores individuais não têm nenhum poder; de outro, de forças que aumentam a produtividade do capital e não apenas a do trabalho. As forças produtivas, portanto, não se restringem às formas organizacionais (divisão e combinação social do trabalho), mas são estendidas à pesquisa científica e ao emprego de máquinas e meios de comunicação que aumentam a força produtiva do capital (MARX, 1988; LOJKINE, 1995). Sendo assim, a máquina-ferramenta permite ao seu proprietário capitalista diminuir o volume de trabalho total exigido e consumido por uma mesma produção material. O critério desta medida capitalista da produtividade do trabalho e do progresso técnico é, portanto, a taxa de substituição do trabalho pelo capital, do trabalho vivo pelo trabalho morto.

Para Marx, o produto, o resultado da produção capitalista é a mais-valia, e somente é produtivo o trabalho e trabalhador que produzem diretamente mais-valia, que é um excedente do trabalho e que pertence ao proprietário dos meios de

produção. Portanto, mais-valia é o trabalho não pago.

Na subordinação real do trabalho ao capital, o operário individual não é o agente real do processo de trabalho mas a sua capacidade de trabalho socialmente combinada. Quando a sua capacidade de trabalho é consumida para valorizar o capital, independente da atividade que ele desempenha como parte do trabalho coletivo, o seu trabalho é um trabalho produtivo.

Tomando como base o conjunto de reflexões de Marx, “o trabalho em serviços pode adquirir caráter produtivo ou não, dependendo do tipo de relação econômica que se estabelece” (PIRES, 1998, p. 65). Sendo assim, pode-se considerar que, embora o trabalho no setor público seja improdutivo, pois não produz valor de troca, não produz mais-valia, o trabalho no setor privado, inclusive na saúde, é produtivo, pois gera mais-valia para o capital.

2.2 PROCESSO DE TRABALHO

O processo de trabalho, em sua forma mais simples, é aquele em que o trabalho é materializado ou objetivado em valores de uso. Representa o fluxo, a execução de conteúdos e significados do trabalho, podendo ser caracterizado como uma interação da pessoa que trabalha com o mundo natural, de tal forma que os elementos deste último são conscientemente modificados e com propósitos bem delimitados (BOTTOMORE, 1988). Neste particular, o processo de trabalho é uma condição da existência humana, comum a todas as formas de sociedade: de um lado, o homem com seu trabalho, o elemento ativo; do outro, o elemento natural, o mundo inanimado, passivo.

Em algumas sociedades capitalistas, a força de trabalho é reproduzida pelo trabalho familiar, que não é assalariado; em outras, é reproduzida por meio de modos de produção não-capitalistas que ainda sobrevivem. Da mesma forma, no processo capitalista de trabalho, os meios de produção são comprados no mercado pelo capitalista, o mesmo acontecendo com a força de trabalho. Em seguida o capitalista consome a força de trabalho, fazendo com que os trabalhadores consumam os meios de produção por intermédio de seu trabalho. Este é realizado sob supervisão, direção e controle do capitalista, e os produtos resultantes são propriedade dele, não dos produtores imediatos, os trabalhadores.

O processo de trabalho em saúde tem suas particularidades. Atualmente, o atendimento à saúde, prestado à população, desenvolve-se em serviços de saúde institucionalizados, que organizam o seu funcionamento e processo de produção dentro de determinados contextos.

No âmbito institucional, verifica-se que a lógica da organização capitalista do trabalho também se introduz na organização da assistência à saúde, pois esta resulta do trabalho coletivo, parcelado em diversas atividades e exercido por profissionais de saúde e outros profissionais ou trabalhadores treinados para atividades específicas.

A prestação de serviços à saúde pode assumir formas diversas, como a realização de uma consulta, uma cirurgia, um exame-diagnóstico, a indicação de uma medicação específica e outras orientações gerais. Esta assistência é realizada por profissionais que detêm conhecimentos específicos e que podem atuar e intervir em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o objetivo de reabilitação.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como *finalidade* a ação terapêutica de saúde, como *objeto* o indivíduo ou grupos de pessoas, como *instrumento de trabalho* os instrumentos e o saber de saúde e como *produto final* a própria assistência à saúde que é produzida no mesmo momento em que é consumida (PIRES, 1998).

Nas organizações públicas de saúde, embora não se possa falar em trabalho produtivo, pode-se afirmar que se implementa, cada vez com maior ênfase, critérios de produção tipicamente capitalistas, o que significa a adoção de uma lógica “produtivista”, razão pela qual ganham destaque as práticas gerenciais, que visam aumentar a produtividade do trabalho, significando, no caso estudado, maior volume de atendimento, maior agilização de procedimentos administrativos, mais rapidez nos agendamentos e nos encaminhamentos dos pacientes, maior controle sobre o histórico dos pacientes, entre outros.

2.3 RELAÇÕES SOCIAIS NO TRABALHO

Para ver como os diferentes participantes humanos se relacionam entre si no processo de trabalho, é necessário analisar as relações sociais dentro das quais

esse processo ocorre.

Historicamente, a produção capitalista se constitui pela reunião de trabalhadores num mesmo local de trabalho, com o objetivo de produzir as mesmas mercadorias. A esta forma de trabalho dá-se o nome de cooperação, em que muitos trabalham de maneira planejada, no mesmo processo produtivo ou em processos diferentes, mas em conexão com os mesmos princípios organizacionais (FARIA, 1987).

Quando o trabalhador passa a cooperar com outros trabalhadores, o trabalho social, antes individual, modifica-se. Da mesma forma, no momento que o processo de produção capitalista apropria-se do trabalho social, proporciona não só um processo de valorização do capital mas, também, um processo social do trabalho.

Seguindo o mesmo raciocínio, o indivíduo, como ser social, se constrói e se transforma em contato com a sociedade, pela cooperação com diversos indivíduos. Por sua vez, esta cooperação nada mais é do que o estágio de desenvolvimento das forças produtivas, do trabalho social.

Desta forma, o homem estará produzindo, por meio do trabalho, as condições de sua própria existência e de sua consciência. Portanto, a consciência do homem também é um produto social (CODO et alii, 1998).

Entender como se configuram as relações sociais no setor de serviços, e em particular no setor de saúde, é de suma importância para analisar os impactos da nova tecnologia.

A prestação de serviços públicos é considerada uma atividade improdutiva, no sentido de que não produz mais valor. No entanto, é necessário observar que este fato não diminui a importância desta atividade no desenvolvimento capitalista de produção.

2.4 MUDANÇA INFORMACIONAL

A inovação tecnológica informacional toma como base dois momentos na história da saúde no Município de Curitiba: a implementação do “Acolhimento Solidário” e a implantação do Cartão Saúde. Ambos com o objetivo de resolver problemas como morosidade, pouca efetividade e baixa qualidade das ações em saúde.

O Acolhimento Solidário alterou o processo de trabalho no sentido de reorganizar o atendimento, eliminar as barreiras que limitam o acesso ao atendimento, atender prontamente a clientela de risco, eliminar as filas, melhorar a quantidade e a qualidade dos equipamentos utilizados nas unidades de saúde, assim como estreitar laços com a comunidade local⁹. Um conjunto de procedimentos e técnicas que caracteriza uma mudança em tecnologia de gestão¹⁰.

O Acolhimento Solidário tem como objetivos gerais atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde; reorganizar o processo de trabalho, priorizando o atendimento da clientela de risco; e qualificar a relação profissional-usuário, propiciando o respeito a solidariedade e o vínculo (SHIMAZAKI et alii, 2001).

Paralelamente ao Acolhimento Solidário, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) implantou uma mudança gradativa em tecnologia física, com a introdução de computadores, de um sistema de gerenciamento informacional, com vistas a aprimorar o atendimento e propiciar um melhor acompanhamento das práticas em saúde.

O desenvolvimento e implantação do projeto de informatização na SMS, que agregou o nome de Cartão Saúde/Curitiba, considera pressupostos básicos como:

- a) o cadastramento integral da população;
- b) utilização de um cartão personalizado para identificação da população cadastrada e para acesso a um prontuário de saúde do seu portador;

⁹ Mais detalhes ver SHIMAZAKI, Maria Emi et alii. Acolhimento Solidário – a saúde de braços abertos. In: In: DUCCI, Luciano et alii. (Orgs.) **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro : CEBES, 2001.

¹⁰ Os conceitos de tecnologia física e tecnologia de gestão são os definidos por Faria (1997).

- c) disponibilização do prontuário de saúde a todas as unidades de saúde do município, por intermédio de rede interliga a entre as unidades da SMS e entre unidades SUS;
- d) possibilidade de obter, por meio dos prontuários, informações de interesse da saúde e da administração, visando gerar dados para tomada de decisões epidemiológicas, técnicas e gerenciais.

Junto à equipe de informática responsável pelo sistema foi constituído um grupo de trabalho, composto por profissionais da saúde, para acompanhar e auxiliar no desenvolvimento e implantação do sistema informatizado. Este sistema foi elaborado tomando-se como base um prontuário médico tradicional. As etapas foram sendo construídas procurando otimizar o processo de atendimento. Para tanto, alguns procedimentos habituais tiveram que se adaptar ao novo processo instituído pelo sistema informatizado.

Conforme SCHNEIDER *et alii* (2001), o sistema de prontuário eletrônico procurou garantir pressupostos básicos do Modelo Assistencial, que são:

- a) a territorialização;
- b) acesso da população por procura direta;
- c) acolhimento solidário;
- d) priorização do atendimento à pequena emergência;
- e) priorização do atendimento à clientela portadora de situações de risco ou agravos de interesse epidemiológico;
- f) controle da demanda da unidade.

A territorialização prevê o cadastro dos usuários que residam na área de abrangência de uma determinada unidade de saúde. A efetivação desse cadastro é feita mediante a identificação e comprovação do endereço residencial do usuário, sendo que este usuário somente poderá se cadastrar na unidade correspondente à sua área. Este item gera um certo desconforto à população, pois, em alguns casos, o usuário mora a alguns metros de uma unidade de saúde, no entanto, sua rua não pertence a esta unidade próxima, mas a outra mais distante, por se tratar de outra área de abrangência. Esta situação ocorre com freqüência.

Por exemplo, a Unidade de Saúde Santa Cândida não está no meio de sua área de abrangência, está na ponta. Quer dizer, duas quadras para baixo da unidade já não faz parte de sua área de abrangência. Como explicar para o usuário que,

embora a Unidade de Saúde Santa Cândida esteja a uma ou duas quadras de sua residência, ele deve dirigir-se à outra unidade bem mais distante.

Antes do sistema informatizado, o cadastro de usuários fora de área, nas unidades, era possível devido à impossibilidade de se verificar de forma eficaz a procedência deste usuário, facilitando o atendimento a todas as pessoas que procuravam a unidade. O sistema acaba regulando de forma imediata o cadastro de pessoas de fora da área o que não acontecia antes da introdução do computador.

Duas observações mostram que os profissionais percebem de forma diferente esta mudança no processo:

“Acho injusta a limitação pela área de abrangência, pois todos recolhem os mesmos impostos e são obrigados, mesmo doentes, a buscar ajuda nos postos perto de sua casa; pessoas de fora da cidade, que estão em visita, como ficam?” (Aux, US-21, 26 out. 2001)

“Antes a gente tinha muitos pacientes de fora, que não eram nossos, então o Posto era bem mais sobrecarregado. Pacientes do interior, parentes, amigos que vinham de fora pra consultar e a gente não tinha como filtrar isso. E com o cadastro, o Cartão Saúde, a gente só consegue cadastrar se for da nossa área...” (Aux7, US-19, 24 out. 2001)

O segundo pressuposto procura garantir o acesso da população ao sistema de saúde retirando-se quaisquer barreiras ao atendimento médico. Basicamente, o sistema de prontuário eletrônico não deveria colocar nenhum tipo de pré-requisito para o atendimento na unidade básica de saúde, no entanto, devido às cotas de medicamentos, exames laboratoriais e de diagnóstico, o usuário, fora da área de abrangência, tem acesso apenas à consulta médica, devendo procurar a sua unidade de origem para realizar exames, internamento etc.

O acesso é livre desde que se obedeçam a alguns critérios como, por exemplo, o próprio usuário/paciente deve estar presente para marcar sua consulta, pois o profissional precisa preencher as telas referentes à “avaliação inicial” para que a consulta possa ser marcada ou agendada para outro dia. Esta seqüência é exigência do sistema informatizado e do Acolhimento Solidário que alterou o procedimento habitual.

Esta situação gera alguns conflitos entre usuários e profissionais da unidade, pois antes do sistema os usuários tinham mais liberdade e autonomia para conciliar seus horários de trabalho, por exemplo, com as consultas marcadas. Isto é o que se pode observar nos depoimentos abaixo:

“...o marido está trabalhando e manda a mulher marcar a consulta. Não dá prá marcar, porque pelo manual a pessoa tem que estar aqui. Então o homem que trabalha, vai ter que faltar dois dias. Ele vai vir hoje prá marcar consulta. Vem de manhã, fica duas horas esperando, prá passar pela avaliação, porque de manhã é um fluxo muito grande de gente. (...) Ele pode até ter chance de se consultar no mesmo dia, mas dificilmente isto vai acontecer... porque, se a dor dele não for muito grave, a gente não vai passar ele pro médico hoje, vai marcar prá depois de amanhã ...” (Aux1, 20 dez. 2000)

“a mãe veio do serviço porque a creche ligou que o filho estava vomitando, ela passou primeiro lá no posto. Não dá! Ela tem que trazer a criança prá passar pela avaliação” (Aux1, 20 dez 2000)

O Acolhimento Solidário prevê que nenhum usuário deverá sair da unidade de Saúde sem resposta à sua demanda. O prontuário eletrônico exige que a abertura de uma recepção seja seguida da identificação do tipo de demanda apresentada e esta, da indicação da conclusão do atendimento efetivado. Casos que não são resolvidos na unidade devem ser encaminhados para serviços de apoio, caso contrário, este atendimento ficará pendente. Este pressuposto acarreta, em alguns casos, espera desnecessária do usuário na unidade, pelo fato do usuário/paciente só saber da disponibilidade de consultas quando chega sua vez de passar pela avaliação inicial. Esta espera frustrada muitas vezes gera conflito.

Antes do sistema, as unidades colocavam à disposição dos usuários uma lista do número de consultas disponíveis para o dia. A lista ficava em local bem visível, deixando o usuário livre para esperar ou procurar atendimento em outro lugar, dependendo de sua necessidade. Este procedimento acabava por regular a demanda na unidade evitando esperas desnecessárias.

Algumas observações sobre o Acolhimento Solidário do ponto de vista dos profissionais:

“[Acolhimento Solidário]... mas isso nós já fazíamos antes...já era feito o pré-agendamento... porque o acolhimento seria isso, resolver o problema do paciente, encaminhar ou pré-agendar, mas tudo nós já fazíamos antes mesmo sem estar informatizado...” (Aux4, 09 jan. 2001);

“nós, dentro da unidade de saúde, (...) temos as portas abertas e quem vem tem que ser atendido. Eu não posso, com o Acolhimento, dizer: ‘Oh, eu não posso atender agora, vocês voltem amanhã’ Não! A gente vai atender todo mundo. Só que na medida do que a gente tem de recurso interno, de recursos humanos e na medida do possível” (Enf4, US-16, 19 out. 2001);

“quando eu fiz treinamento no Acolhimento Solidário, o que eu entendi é que ia resolver as coisas com mais facilidade pro paciente. E isso não aconteceu. No começo, quando o sistema foi implantado, consultava-se, marcava-se consulta na hora e pronto... o paciente vinha, fazia tudo e saía com tudo pronto. Hoje em dia, já tem uma fila imensa de espera, quer dizer, não resolveu nada. Eles estão esperando da mesma forma” (Aux5, US18, 23 out. 2001).

No Acolhimento Solidário os funcionários só dirão se há ou não médico durante a avaliação inicial. Mas esta pode demorar a manhã toda, para então saber que não há vaga. Se este paciente realmente precisar, será encaminhado ao “24Horas”. No entanto, lá também deverá esperar para ser atendido. Durante uma das visitas às unidades de saúde, foi observado um fato que revela o descaso em relação ao paciente. Na hora do almoço, o número de profissionais na unidade se reduziu a um auxiliar administrativo, enquanto, na sala de espera, ainda havia pessoas com a senha para passar pela triagem ou avaliação inicial. Uma hora mais tarde, uma auxiliar começa novamente a chamar para a avaliação. Minutos depois, uma senhora, acompanhada de sua filha pequena, sai revoltada e chorando da unidade, esmurra a porta (que estava fechada para limpeza) e sai gritando desesperadamente. Esta senhora estava na unidade desde às 10 horas e o acontecido se passou por volta das 13 horas. A explicação que recebi é que não havia mais consulta para aquele dia e então a mãe deveria procurar uma unidade 24 horas para consultar sua filha. Isto tudo poderia ser evitado se a enfermagem avisasse às pessoas a respeito da previsão de consultas para o dia. Esta observação compromete o próximo pressuposto a ser discutido.

A priorização do atendimento à pequena emergência se efetiva por meio da avaliação inicial. O sistema do prontuário eletrônico exige a realização de uma avaliação inicial de todos os pacientes que demandem atendimento na unidade de Saúde. A avaliação prevê a detecção e o atendimento priorizado das situações de necessidades imediatas. A pequena emergência é caracterizada por situações em que o paciente necessita de atendimento no mesmo dia, situações nas quais o paciente não poderá esperar pelo atendimento agendado. Muitas vezes, porém, o número de consultas disponíveis no dia ou período é insuficiente para o número de pacientes que procura a unidade, sendo necessário encaminhá-los para outras unidades de apoio, muitas vezes, sem a garantia do atendimento rápido.

Esta medida prevê a eliminação das filas de espera nas unidades, pois as consultas são marcadas ou agendadas durante todo o expediente. No entanto, como

se pode observar em alguns depoimentos, esta medida também gera dificuldades tanto para os profissionais quanto para os pacientes:

“o paciente passa por uma avaliação de enfermagem; e nessa avaliação, conforme a prioridade, se agenda a consulta e os retornos sempre se levando em conta a sua queixa” (Enf1, US-1, 01 out. 2001);

“o acolhimento atrapalha.. [Com o] computador é difícil saber quem precisa mais do atendimento... são apenas nomes...[não revela a emergência ou o real estado do paciente]” (Aux, US-13, 16 out. 2001).

O pressuposto de priorização do atendimento para a clientela de risco ou agravos epidemiológicos está previsto no sistema em programas de atenção continuada, tais como hipertensos, gestantes, lactentes etc. A idéia é cadastrar estes usuários em programas específicos, para controle e acompanhamento destes casos. As unidades pré-determinam os dias e os horários em que os pacientes devem comparecer para controle, consultas periódicas e a entrega dos medicamentos de uso contínuo.

Antes do sistema, já existiam estes programas, com a diferença de que, em muitos casos, não havia dia marcado para estes pacientes comparecerem à unidade. Eles tinham acompanhamento e atendimento da mesma forma:

“... com a informatização se perdeu muito...o contato com as mães lactentes, por exemplo. As mães não vêm mais pesar os bebês todo mês, pois precisam ficar 2 horas ou mais, esperando na fila para passar pelo sistema [pelo programa]” (Aux2, 28 dez. 2000).

O que se pode observar é que, em alguns casos, a determinação de dias para atender determinados casos ou prioridades acaba por afastar o usuário/paciente da unidade.

O controle da demanda da unidade, último pressuposto, tem como objetivo a melhoria do padrão de qualidade. E este controle é feito pelo sistema, visto que possibilita que, na avaliação inicial, seja efetivado agendamento eletrônico de consultas para pacientes que não necessitem de atendimento imediato, o agendamento de retornos para pacientes participantes dos programas de atenção continuada, retornos para usuários eventuais e a disponibilização da agenda eletrônica para a equipe de enfermagem. O controle é administrativo e gerencial, entretanto, os usuários continuam indo à unidade sem ter o conhecimento prévio do número de consultas disponíveis e sem ter à sua disposição um número maior de

consultas, que poderia ser considerado como um indicador mais confiável em termos de qualidade no atendimento médico.

O sistema assim estruturado foi implantado em uma “unidade piloto”, Unidade de Saúde Vila Clarice, precedido por treinamento dos funcionários em laboratório, discussões sobre o processo de trabalho desenvolvido na unidade, procurando readequá-lo ao sistema padronizado. Neste momento, encontravam-se padronizados no sistema os processos de recepção, avaliação inicial, consulta médica e procedimentos, todos interfaciados e com fluxos bem estabelecidos¹¹.

Após a implantação do sistema informatizado, na “unidade piloto”, foi oferecido, aos funcionários das unidades a serem informatizadas, um curso básico, em laboratório, procurando prepará-los para tal mudança.

2.5 IMPACTOS DA TECNOLOGIA INFORMACIONAL

Diante destes fatos, torna-se relevante caracterizar e descrever possíveis impactos provocados a partir das mudanças tecnológicas sobre o mundo do trabalho. Qualquer introdução inovadora implica desdobramentos às vezes difíceis de serem percebidos sem estudos mais acurados. Conforme os dados obtidos na pesquisa, o que se percebe é que, especificamente, a tecnologia informacional computadorizada altera o trabalho, o processo de trabalho, as relações sociais do trabalho e as mais diversas experiências associativas ligadas ao setor de saúde (Tabela 2).

Do ponto de vista dos profissionais de saúde, são mais do que imperativas e evidentes as mudanças nas relações de trabalho. Pode-se observar que 98,1% dos profissionais concordam que a implantação do sistema informatizado provocou mudanças significativas no processo de trabalho.

TABELA 2 - TECNOLOGIA E RELAÇÕES DE TRABALHO : A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

RELAÇÕES DE TRABALHO	DISCORDO
-----------------------------	-----------------

¹¹ Maiores detalhes sobre a implantação do sistema informatizado ver SCHNEIDER, Ana Luiza et alii. Informatização dos processos de trabalho em Curitiba – a história do Cartão Qualidade-Saúde de Curitiba. In: DUCCI, Luciano et alii. (Orgs.) **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro : CEBES, 2001.

		CONCORD O %
A implantação do sistema informatizado provocou mudanças no processo de trabalho.	1,9	98,1
Nas unidades, a utilização de computadores tornou o trabalho mais difícil de ser realizado.	84,5	15,5
Com o computador, o tempo de adaptação no trabalho é maior.	58,5	41,5
Com a utilização do sistema informatizado, o modo de fazer as coisas foi alterado.	22,6	77,4

Ainda de acordo com os dados apresentados no Tabela 2, apenas 15,5% dos profissionais concordam que o computador torna o trabalho mais difícil de ser realizado, sendo que este percentual corresponde a 10,2% dos auxiliares de enfermagem; 12,5% dos enfermeiros e 30,3% dos médicos (Tabela 3). Comparando as categorias profissionais, percebe-se que, dos profissionais que sentiram dificuldade na realização do trabalho, os médicos se sobressaem.

TABELA 3 - DIFICULDADES NO TRABALHO

CATEGORIA	AUXILIAR DE ENFERMAGEM %	ENFERMEIRO %	MÉDICO %	MÉDICO %
O trabalho não se torna mais difícil	89,8	87,5	69,7	1,5
O trabalho torna-se mais difícil	10,2	12,5	30,3	5,5
Total	100	100	100	100

A pesquisa revela que 41,5% dos profissionais concordam que o tempo de adaptação ao trabalho com o computador é maior, contra 58,5% que discordam desta afirmação. Observa-se, na Tabela 4, que 35,3% dos auxiliares de enfermagem levaram mais tempo para se adaptar ao novo ritmo do trabalho, da mesma forma que 37,5% dos enfermeiros e 59,1% dos médicos. Percebe-se novamente uma maior dificuldade dos médicos em se adequar ao novo processo de atendimento ao paciente.

TABELA 4 - TEMPO DE ADAPTAÇÃO

CATEGORIA	AUXILIAR DE ENFERMAGEM %	ENFERMEIRO %	DE JURADO %	TOTAL %
O tempo de adaptação no trabalho é menor	64,7	62,5	40,9	3,5
O tempo de adaptação no trabalho é maior	35,3	37,5	59,1	1,5
Total	100	100	100	100

Depoimentos dos médicos podem ajudar a explicar os dados obtidos:

“o prontuário eletrônico não atende à necessidade do médico, dificultando a análise da situação do paciente” (Méd, US-22, 29 out. 2001);

“com relação ao programa: o programador não usa o computador como eu [médica], 5 dias por semana, não consegue ver as falhas” (Méd, US-20, 25 out. 2001);

A médica entrevistada afirma ter entrado em contato com os responsáveis pela informatização tentando contribuir com possíveis ajustes do programa. Depois de falar com várias pessoas, o responsável pelo programa disse ser médico também e, em função disto, entender do que estava fazendo. O fato é, como diz a médica, que este profissional está exercendo uma função administrativa e, portanto, por não estar atendendo pacientes diariamente com o sistema, pode não estar percebendo a situação da mesma forma.

“não é possível atender em 15 minutos; o sistema leva 8 minutos para ser fechado sem que se escreva nada. Atender, escutar o paciente e escrever é impossível em 15 minutos; alguma coisa sai prejudicada” (Méd, US-30, 19 nov. 2001);

Em depoimento similar ao anterior, outro médico corrobora as afirmações ao assegurar que são necessários, aproximadamente, 8 minutos só para dar entrada e baixa no prontuário do paciente, devido às várias telas do programa, sobrando apenas 7 minutos para os outros procedimentos.

“o sistema é complexo: tira do médico o tempo com o paciente, menos atenção” (Méd, US-25, 01 nov 2001);

“uma parte do tempo do médico foi seqüestrada pela máquina” (Méd, US-25, 01 nov. 2001)

Os relatos nos remetem a uma questão importante, a qualidade na relação médico-paciente, que será discutida com mais detalhes no capítulo 4. O trabalho médico é um trabalho intelectual, muito mais de concepção do que operacional. Necessita ouvir as queixas, o que permite estudar e avaliar com mais esmero caso a caso. Com a introdução do computador, o tempo de atendimento é reduzido, dificultando e prejudicando a interação com os pacientes. Em última análise, os médicos estão admitindo que, com o advento do computador, há uma inexorável precarização não apenas do processo de trabalho, mas sobretudo, dos seres humanos envolvidos.

A pesquisa revela que 77,4% dos profissionais concordam que, com a utilização do sistema informatizado, o conteúdo das tarefas foi alterado, sendo que este percentual corresponde a 76,6% dos auxiliares de enfermagem, 84,4% dos enfermeiros e 75,8% dos médicos (Tabela 5).

TABELA 5 - CONTEÚDO DAS TAREFAS

CATEGORIA	AUXILIAR DE	ENFERMEIRO	MÉDICO	TOTAL
	ENFERMAGEM	%	%	%
O conteúdo das tarefas não foi alterado.	23,4	15,6	24,2	22,6
O conteúdo das tarefas foi alterado.	76,6	84,4	75,8	77,4
Total	100	100	100	100

Ao que parece, os profissionais mais qualificados percebem com mais clareza os impactos abusivos da tecnologia computadorizada sobre as dimensões qualitativas das experiências existenciais e associativas, presentes no setor de saúde.

2.6 CONSIDERAÇÕES

A informatização no setor de saúde, como relatada neste capítulo, impacta fortemente nas relações de trabalho à medida que gera questionamentos entre os próprios profissionais sobre o papel que estes desempenham e como desempenham.

O trabalho em saúde é, por natureza, complexo, exigindo conhecimento específico, disciplina, responsabilidade, atenção e acima de tudo grande capacidade de conviver com o *stress*, o sofrimento, a dor e a vontade de resolver problemas alheios. É também, por natureza do ofício, uma atividade que envolve trabalho coletivo, cooperado, exigindo de seus praticantes: habilidade, destreza e conhecimento específico.

Verifica-se, igualmente, que os profissionais consideram que a implantação do sistema informatizado provocou mudanças significativas no processo de trabalho, uma reestruturação que tornou o trabalho mais difícil de ser realizado, demandando um tempo maior para adaptação ao trabalho.

As antigas fichas de atendimento serviram de modelo para o novo programa (software), indicando anotações de atendimento e não seu processo. Desta forma, as condutas dos atendimentos são definidas não pela realidade, mas pela programação possível.

A programação contém uma lógica sistêmica, de procedimento informacional, na qual se manifesta o imperativo da racionalidade operativa. Tal racionalidade decorre do fato de que o sistema que regula o processo de trabalho é limitado pela capacidade operacional do “hardware” e do sistema operacional instalado. As situações, decorrentes das relações entre as demandas dos usuários e as condições de atendimento, acabam por ser conformadas ao “design” do modelo de registro. Assim, o resultado é que a inovação tecnológica pode beneficiar o processo gerencial, mas não demonstra ser capaz de melhorar as relações entre o atendimento e a demanda dos usuários. Em suma, o processo de trabalho é afetado de forma adequada à sua gestão e inadequada às suas finalidades sociais.

No entanto, os impactos não ocorreram somente sobre o trabalho ou sobre o processo de trabalho. Os impactos causados pela tecnologia foram sentidos também sobre as relações sociais no trabalho. Os profissionais admitem que, com o advento do computador, há uma redução no tempo dedicado a cada paciente, concluindo-se que há uma inexorável precarização não apenas do processo de trabalho, mas

sobretudo perda de qualidade na relação com os seres humanos envolvidos.

A principal conclusão que se pode chegar, a partir da análise dos dados aqui expostos, é que a introdução das tecnologias computadorizadas tendem a negar espaços para a auto-realização humana tanto dos profissionais da saúde quanto dos usuários. É inegável e visível a precarização dos aspectos qualitativos da existência humana em favor de valores quantitativos e funcionais à racionalidade instrumental, à lógica de “mercado”.

E são estes impactos que serão analisados nos próximos capítulos. Impactos sobre a qualificação, a autonomia e/ou heteronomia e sobre a qualidade do atendimento prestado, revelando, por sua vez, como se configura o relacionamento entre usuário e profissional de saúde.

3 QUALIFICAÇÃO: RESIGNAÇÃO OU EMANCIPAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE?

O objetivo do presente capítulo é mostrar que os diversos impactos provocados pela introdução da tecnologia informacional sobre a qualificação específica dos profissionais de saúde tendem a precarizar o trabalho como um todo. A qualificação é entendida aqui como a formação específica na área de saúde, embora seja caracterizada pelos profissionais da saúde como formação técnica. No presente trabalho, portanto, considera-se conhecimento técnico a familiarização do profissional com a informática – sistemas, programas etc.

De acordo com as necessidades das organizações sociais de cada época, ao longo dos anos, o conceito de qualificação vem se transformando para atender às referidas demandas. O trabalhador capaz de manusear as máquinas precisou adquirir destreza e rapidez nas suas ações para dar conta do crescimento da produção. Até que esta destreza não foi mais suficiente, tornando-se necessário absorver tarefas diferenciadas e criar novas formas de executá-las no mesmo tempo de trabalho. As inovações tecnológicas pressionaram o trabalhador a voltar para a escola e se aperfeiçoar na arte da leitura, escrita e raciocínio lógico para acompanhar este desenvolvimento.

A análise dos dados, por sua vez, mostra que a aproximação do sistema informacional (técnico) do sistema de saúde tende a precarizar o profissional, à medida que o obriga a se familiarizar com um instrumento estranho ao seu próprio trabalho, exigindo conhecimento que vai além da natureza do seu trabalho.

Nesta perspectiva, o estudo poderá servir de referência para outros estudos em outras capitais brasileiras ou outros municípios, que estejam ou venham passar por esta experiência da aproximação do sistema técnico informacional em relação ao sistema de saúde. Além do que, poderá, em primeiro lugar, servir de apoio a futuras políticas menos tecnicistas, mais amplas e que não estejam, nem *a priori* nem *a posteriori*, resignadas à racionalidade técnica. E, em segundo, alertar para o fato de que qualquer estudo futuro sobre a saúde não pode apreendê-la apenas em seus aspectos quantitativos, mas também qualitativos.

As novas tecnologias, além de provocarem consequências sobre a quantidade de trabalho, também apresentam efeitos sobre a qualidade do mesmo,

no que diz respeito à qualificação. “Algumas profissões desaparecem, outras se desenvolvem, ganham importância (...) Isso tudo demonstra que as inovações tecnológicas afetam a qualificação das tarefas desenvolvidas no processo de produção, alterando a própria qualificação exigida do trabalhador” (DIEESE, 1994, p. 66).

Há de se notar que a desqualificação gerada no auge da organização fordista do trabalho agora é motivo de preocupação. O próprio processo de trabalho – inclusive na saúde - exige maior qualificação em termos tecnológicos do que específicos em termos profissionais. Se, em outros setores da vida produtiva contemporânea, profissionais valorizados são os que possuem uma maior intelectualização ou melhor preparo para o trabalho automatizado, no setor de saúde o que ainda tem valor é a formação específica do profissional. Sem ela, será de pouca valia o domínio do trabalho automatizado.

3.1 O CONTROLE SOBRE A MÁQUINA

Na década de 30, a noção de qualificação estava vinculada apenas ao controle da maquinaria. Braverman cita o trabalho do Dr. Alba Edwards, no qual os trabalhadores eram classificados entre qualificados (artífices), os não qualificados (apenas trabalhadores) e os semi qualificados (operários) (BRAVERMAN, 1987). Na tipologia citada, qualquer atividade não ligada à máquina era classificada como não qualificada.

Neste particular, ao se reduzir o trabalho à realização de tarefas parceladas, afasta-se o trabalhador do processo de concepção. O trabalho de um marceneiro, por exemplo, embora necessite de muita experiência e criatividade para criar e produzir um determinado objeto, deixa de ser caracterizado como trabalho qualificado.

Na perspectiva do trabalhador, o conceito de qualificação está ligado ao domínio do ofício, à combinação de conhecimento de materiais e processos com as habilidades manuais exigidas para o desempenho de determinada função.

3.2 O DESENVOLVIMENTO DA DESTREZA

Com o parcelamento das funções e a reconstrução da produção como processo coletivo ou social (BRAVERMAN, 1987), a qualificação passou a ser interpretada como habilidade específica, operação limitada e repetitiva. Qualificação passa a ser confundida com destreza, com capacidade de executar tarefas com velocidade e perfeição. Embutida nessa percepção está a noção de qualificação tácita, entendida como menor valorização do conhecimento formal em favor da experiência subjetiva, sendo muito difícil sua transmissão por meio de linguagem explícita e formalizada. Este conhecimento está vinculado à vivência concreta de um trabalhador particular numa situação específica, como conhecedor único das idiossincrasias próprias ao equipamento que conduz ou opera (CASTRO, 1994; GORZ, 1989).

Esta relação entre qualificação e repetição de tarefas aparece desenvolvida em Marx (1988) ao definir qualificação como o processo exacerbado de redução da força de trabalho a uma única tarefa, de especialização. É tomado como um conjunto de condições físicas e mentais que compõe a força de trabalho dispendida em atividades voltadas para a produção de valores de troca. Sendo assim, a capacidade de trabalho é condição fundamental da produção capitalista, uma vez que representa a possibilidade de obtenção de um valor excedente. Na esteira do taylorismo, qualificado é sinônimo de parcelado.

3.3 A QUALIFICAÇÃO POLIVALENTE E POLITÉCNICA

A qualificação também pode ser abordada em termos de polivalência ou politecnia. A polivalência significa trabalho mais variado, com certa abertura quanto à possibilidade de administração do tempo pelo trabalhador, não implicando necessariamente mudança qualitativa das tarefas (MACHADO, 1994). Nesta perspectiva, mesmo se tratando de equipamentos complexos, polivalência está longe de ser apreendida como intelectualização do trabalho, uma vez que está baseada em tarefas diversificadas, porém rotineiras.

O trabalhador polivalente adquire conhecimento prático e assume cada vez mais funções rotineiras dentro da organização, intensificando seu trabalho, adicionando mais tarefas no mesmo período de tempo sem que haja mudança,

necessariamente, profissional em termos qualitativos.

Esta situação pode ser observada após a informatização do sistema de atendimento nas unidades de saúde, onde os auxiliares de enfermagem passaram a executar tarefas que antes eram feitas por um profissional da área administrativa, gerando um certo conflito, revelando, assim, um dos indicadores da precarização do trabalho:

“não sou auxiliar administrativo para fazer este serviço”! (Aux2, US-1, 28 dez. 2000);

“esta não é minha função”! (Aux1, 22 dez. 2000)

“o trabalho do auxiliar de enfermagem se tornou mais administrativo. O número de atendimentos acaba forçando os atendentes a agilizar, mecanizar o atendimento. A pergunta: Como você está? Não revela mais a preocupação pelo estado do paciente. Mas a necessidade de obter este dado e preencher a ficha no computador. Sem este registro, não se marca nada” (Aux2, 28 dez. 2000)

Os profissionais admitem que antes da informatização não existia o referido conflito. Os depoimentos acima denotam, ainda, a falta de preparo destes profissionais para que assumam tarefas diferenciadas, pois, para exercer o trabalho polivalente, o profissional deve possuir alguns requisitos comportamentais como: abertura, adaptação às mudanças, possibilidade de lidar com regras e normas em situações diferenciadas, curiosidade, vontade de aprender, motivação, iniciativa, atenção, responsabilidade etc. (MACHADO, 1994). E este preparo demanda treinamento adequado e tempo para que os profissionais se aperfeiçoem, buscando aproximar a qualificação técnica da qualificação específica da função, uma vez que, esta qualificação técnica não se configura como parte da natureza do trabalho na saúde.

A questão da politecnia se inscreve na perspectiva de “continuidade” e “ruptura” com relação à polivalência e se apresenta como o “novo” em matéria de qualificação. Supõe que o trabalhador vá além do conhecimento específico na área da saúde, seja capaz de atuar criticamente em algumas atividades e busque com autonomia os conhecimentos necessários ao seu progressivo aperfeiçoamento. Para tanto, pressupõe-se que os trabalhadores sejam capazes de identificar os problemas, diante das condições existentes, analisar os dados disponíveis, tendo em vista a busca de soluções, com sua efetiva objetivação, mesmo que, para tal, seja

necessário saber reestruturar as informações, recorrendo-se à invenção.

A transferibilidade de conhecimentos e experiências, neste caso, exige habilidades genéricas capazes de dar conta da relação entre as partes e o todo, com domínio de linguagens apropriadas, de procedimentos técnico-científicos e criatividade para enfrentar as contradições.

3.4 CONHECIMENTO COMO PILAR DA QUALIFICAÇÃO

Esta relação entre politecnia e polivalência nos remete a outra questão, que diz respeito ao real interesse das organizações por este tipo de trabalhador qualificado. Embora, por um lado, as organizações estejam procurando flexibilizar suas estruturas, simplificar etapas de produção, buscando profissionais mais dinâmicos e qualificados, por outro, não abrem mão das estruturas impostas pelas relações de produção, na qual o controle central é monopólio do capital. Isto revela que a despeito da organização procurar profissionais qualificados, não há garantia de que todo este potencial será absorvido, aproveitado e valorizado em sua plenitude.

Uma auxiliar de enfermagem, ao ser questionada sobre a valorização do seu trabalho, após tantas inovações, respondeu da seguinte forma:

“... continua a mesma coisa [valorização do profissional].Inclusive, eu acho até que escravizou um pouco o funcionário, porque a maioria do pessoal que lida com a informática, geralmente tem uma carga horária reduzida. E a nossa carga horária continua oito horas” (Aux3, US-8, 09 jan. 2001).

Este depoimento denota o sentimento do profissional de saúde com relação à sua formação específica, questionando a exigência da qualificação técnica imposta pelo computador.

Para Demo, a “época histórica do capitalismo ligado à *mais-valia relativa* valorizaria a importância da produção própria do conhecimento...”(DEMO, 1999, p. 1). O conhecimento surge, então, como um dos instrumentos utilizados pelo capital para maximizar a produtividade do trabalho e, conseqüentemente, obter maior *mais-valia relativa*.

Marx chamou de *mais-valia relativa* “a decorrente contração do tempo de trabalho necessário e da correspondente alteração na relação quantitativa entre

ambas as partes componentes da jornada de trabalho” (MARX, 1988, p. 363). Considerando que a jornada de trabalho está dividida em trabalho socialmente necessário para pagamento da força de trabalho e trabalho excedente, a produção de mais-valia relativa se dá pela redução do tempo de trabalho necessário, ou seja, o trabalhador deverá produzir, em menos horas, a mesma quantidade de meios de subsistência. Isto só é possível com o aumento da produtividade do trabalho. Por sua vez, a produtividade do trabalho exige modificação no processo, por meio de alterações no instrumental ou no método do trabalho, ou em ambos.

Por muito tempo, a divisão social do trabalho e as inovações tecnológicas foram utilizadas como instrumentos necessários ao aumento da produtividade do trabalho. O trabalhador especializou-se, participando apenas da produção das partes, alienando-se¹² do processo global da produção.

Neste contexto, o conhecimento aparece como um novo instrumental, ou ainda, como diferencial para aumentar a produtividade do trabalho nas relações de produção.

No setor de serviços não acontece bem assim. Ao contrário do que ocorre na indústria, a inovação tecnológica em serviços, por si só, não proporciona desempenho corporativo e nem lucratividade exacerbada. Pois, em serviços, o que se destaca como fator fundamental são as habilidades e capacitações dos funcionários. Um cliente mal atendido raramente retorna a uma loja, por exemplo, mesmo se o preço for bom (ANDREASSI, 2002).

Os depoimentos abaixo mostram indicadores da influência negativa do sistema técnico sobre o sistema de saúde, indicadores da precarização do trabalho qualificado:

“se você entrar a fundo com esta pesquisa, o usuário vai dizer isso prá você. Que eles preferem falar com as enfermeiras, porque elas não têm computador na sala delas. ‘E se a gente for falar com a pessoa ali, ah não dá ... elas ficam no computador’. E a angústia deles é assim: a máquina é mais importante do que eu” (Enf3, US-12, 15 out. 2001);

¹² A alienação aqui considerada por Faria (1987) como quando a atividade do homem, ou seja, sua essência, opera nele como um poder externo, estranho e opressivo. O homem vê-se à margem do processo produtivo.

“a gente se sente assim ... um pouco robotizada... já que, às vezes, como numa pré-consulta, a gente pergunta pro paciente o que ele tem. Na época, a gente conversava primeiro o que ele tem, perguntava: o que você tem? O neném tá tomando que leite? ... ia pesar, ia medir, e aí você ia conversando com a mãe ... ia orientando a mãe. Hoje, a gente abre a tela do computador, daí pergunta: “o que é que tem o neném?” Daí, a mãe vai falando e você vai digitando. Mas, na realidade, a mãe tá falando e você nem tá olhando prá mãe, você tá olhando prá tela” (Aux3, 09 jan. 2001);

“... tem paciente que quer conversar... então, às vezes, a gente diz assim, que o nosso paciente é mais o computador do que o próprio paciente [risadinhas nervosas]” (Aux8, US-20, 25 out. 2001);

“no começo, eles reclamavam. Chegavam a dizer que a gente tava brincando naquela máquina e não dava bola prá eles. E bem no começo que é mais difícil, você fica ali...então eles diziam: ‘você ficam brincando aí e não dão atenção prá gente’ ” (Aux5, US-18, 23 out. 2001);

“no começo, foi bem difícil [para o usuário]... Ficou complicado... porque existe uma adaptação, primeiro do funcionário, e o funcionário está se adaptando na frente do usuário... isso pro usuário foi ruim, então eles diziam assim: ‘como é que mandam vocês, colocam vocês em área sem treinar, aí ficam se batendo’. Demorava muito o atendimento, fazia fila... então eles diziam que piorou porque...’estava piorando em vez de melhorar’; ‘puseram o computador em vez de melhorar’” (Enf2, US-5, 05 out. 2001);

“porque você esquece, fica tão preso na parte burocrática [digitação dos dados] que o conteúdo da enfermagem, que é ver o todo do paciente, você já não tem mais... o paciente fala ‘olha parece que a gente é uma máquina aqui, tem que digitar prá gente sair’” (Enf3, US-12, 15 out. 2001).

Muitos profissionais acabam por revelar que esta situação os preocupa. A introdução de um sistema informatizado, alterando o processo de trabalho, com certeza, deveria estar visando a uma melhoria nas condições de trabalho e atendimento aos usuários, mas ao que parece, o objetivo é otimizar o trabalho dos profissionais. A estrutura nas unidades mudou, mas a cultura social de apoio e priorização da saúde não. Buscou-se alterar o processo de trabalho para atender a uma demanda maior da população, mas não se investiu em aumento do número de profissionais e na valorização dos que se dedicam a esta atividade.

Os depoimentos que seguem reforçam o raciocínio de que, no setor da saúde, a inovação por si mesma não determina aumento de produtividade nem em termos quantitativos nem qualitativos:

“nem o número de consultas aumentou, nem o número de médicos. Não dá para aumentar

as consultas porque já está no limite” (Aux4, 09 jan. 2001);

[para melhorar precisa] “aumentar os médicos, porque tem poucos médicos, poucos especialistas...” (Aux5, US-18, 23 out. 2001);

“a gente está com problemas porque não temos médicos. Então a gente tem muito mais usuário do que médicos na unidade. Os pacientes se obrigam a vir mais cedo pra conseguir consulta” (Aux7, US-19, 24 out. 2001);

“com a redução de pessoal, com a informatização se perdeu muito...” (Aux2, 28 dez. 2000);

“então, por ter menos médico agora, os auxiliares estão [em] escala meio apertadinha... quando o médico está atendendo, fica corrido, cada um tem seu lugarzinho... Teve uma época que nós éramos quatorze, sempre ficavam dois em cada setor. Agora é um só por setor” (Aux4, 09 jan. 2001);

“com o sistema informatizado, você tem a tua agenda fechada ... e você tem que ter os dezesseis atendimentos... eu acho que é pouco, eu acho que tinha que rever o tempo de atendimento na unidade. Se você quer um serviço de qualidade, se você quer um atendimento minimamente razoável com o paciente, você não pode reduzir o tempo, você não tem como atender em menos tempo” (Méd1, US-13, 16 out. 2001).

Ao contrário do que se discute na teoria, as declarações mostram que somente a inovação tecnológica não proporciona maior produtividade, especificamente, no setor de saúde. Seriam necessários investimentos, em número, de profissionais, incentivos salariais e suporte estrutural capazes de dar realmente importância tanto ao profissional quanto ao usuário/paciente. A percepção de que faltam médicos no setor de saúde, torna visível que a produtividade do setor depende mais de profissionais capacitados em termos específicos do que das inovações tecnológicas.

No entanto, cumpre lembrar que da mesma forma que o capital físico, o capital humano também se deprecia. Demo afirma que o maior problema da depreciação do capital humano não é o processo físico da idade, mas a rapidez com que o conhecimento específico – aqui no caso, na saúde - e a tecnologia se tornam obsoletos. À medida que o desenvolvimento dos novos conhecimentos e novas tecnologias se aceleram, torna-se mais difícil e penoso para o trabalhador experiente da “sociedade do conhecimento” manter-se atualizado em seu campo de atuação.

Portanto, uma solução para que os trabalhadores mantenham suas habilidades e conhecimentos, atuando efetivamente no mercado de trabalho é o

comprometimento com um aprendizado contínuo.

Neste sentido, algumas declarações feitas pelos profissionais de saúde contrariam os discursos “bem-intencionados” em torno da formação continuada neste setor:

“no começo foi muito complicado, foi difícil...a equipe toda passou por um treinamento prévio, mas foi um treinamento muito rápido, se não me engano, uma semana, três dias... E muita gente não tinha nem conhecimento do computador e isso dificultou muito...”(Enf5, US-18, 23 out. 2001);

“... o nosso treinamento foi mínimo, foram três dias só” (Aux4, 09 jan. 2001);

“eu acho assim que a gente devia ter um treinamento melhor porque ainda tem coisas que a gente se perde. Mesmo que a gente tenha auxílio” (Aux8, US-20, 25 out. 2001);

“o curso de treinamento foi muito rápido; o computador para mim era como uma nave de extraterrestres ... ‘foi um parto’ – é muita coisa; tinha medo” (Aux., US-28, 08 nov. 2001);

“o treinamento foi só no início, os funcionários novos na unidade estão aprendendo com os colegas que já sabem um pouco” (Aux., US-14, 17 out. 2001).

Como se percebe, os treinamentos muito rápidos revelam que há um abismo entre a prática e a teoria. Se a teoria fala em treinamento contínuo, os depoimentos mostram o contrário, uma vez que foram exíguos ou, em alguns casos, inexistentes.

Os dados da seção revelam que, ao contrário da teoria de Demo, no setor de saúde, os investimentos em conhecimento técnico e específicos foram praticamente nulos. Neste sentido, o setor está no contra-fluxo daquilo que Demo chama “sociedade do conhecimento”, uma vez que prioriza mais o condicionamento técnico do profissional do que propriamente conhecimento na perspectiva emancipatória de Demo.

3.5 IMPACTOS DA TECNOLOGIA INFORMACIONAL

Os impactos da tecnologia informacional computadorizada na qualificação específica na saúde, sob o ponto de vista dos próprios profissionais, pode ser observada no Tabela 6. Os dados mostram que 72,8% dos profissionais de saúde

participantes da pesquisa concordam que para exercer sua função com o sistema informatizado, é preciso mais habilidade manual.

Muitos desses profissionais nunca haviam manuseado um computador antes, como relatado nos depoimentos abaixo:

“o grande entrave foi esta dificuldade com o teclado e não ser preparada para tal” (Méd, US-20, 25 out. 2001);

“sentiu-se mal no começo; foi tachada por não atender o número mínimo de pacientes. Já com dificuldades pela idade, o computador emperrava, travava, a impressora tinha problemas... os avaliadores diziam que ela não atendia bem [olhos se encheram de lágrimas] com o computador em bom estado, conseguiu conciliar o trabalho..” (Méd, US-11, 11 out. 2001);

“eu tenho muita dificuldade em digitar [sente-se mal] insegurança...” (Méd, US-20, 25 out. 2001);

“eu não sabia mexer com o mouse...” (Aux, US-20, 25 out. 2001);

“eu acho que teria sido importante primeiro dar atenção à adaptação do indivíduo à tecnologia [interação da pessoa à máquina] para depois informatizar. Foi tudo muito jogado e pegou muita gente sem preparo. Os mais novos puderam acompanhar bem, mas os profissionais que estão a 10, 15, 20 anos no exercício da função não foram preparados para assimilar esta mudança; há a limitação manual também...” (Méd, US-19, 24 out. 2001).

O próximo relato denota a preocupação de um profissional médico com o andamento do trabalho nas unidades:

“o pessoal que tem dificuldade prá manejar o sistema realmente não se sente muito à vontade e aí dificulta o trabalho” (Méd1, US-13, 16 out. 2001).

A pouca habilidade manual no computador emperra e dificulta o exercício da função específica do profissional, gerando reclamações, atrasos e tumultos.

TABELA 6 - TECNOLOGIA E QUALIFICAÇÃO : A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

QUALIFICAÇÃO	DISCORDO CONCORDO
	O

	%	%
Para trabalhar com o sistema informatizado é preciso mais habilidade manual.	27,2	72,8
É preciso mais atenção no trabalho.	23	77
É preciso maior responsabilidade.	50,6	49,4
É preciso maior nível de escolaridade.	70,2	29,8
É preciso mais treinamento pessoal (com o computador).	17,7	82,3
É preciso muita experiência.	70,6	29,4
O sistema informatizado tornou o seu conhecimento de enfermagem ou da área médica em geral, menos necessário do que no sistema antigo.	94	6
A função delegada não aumenta a capacidade operacional da equipe de enfermagem.	73,2	26,8
As atividades delegadas não propiciam um atendimento mais amplo e de resultado para o usuário.	81,1	18,9

Os dados, também, revelam que 77% dos profissionais de saúde concordam que é preciso mais atenção no trabalho após a introdução do computador. Atenção esta, não em relação ao exercício da profissão, mas do ponto de vista técnico (Tabela 6).

“agora sim [precisa mais atenção no trabalho]. Porque senão ... se você não tiver atenção... você perde o paciente na tela, ou a gente marca em outra atividade e na hora que ele vem [usuário] o nome não está lá [na tela]” (Aux8, US-20, 25 out. 2001);

“...você tem que ficar cuidando da tela [mais atenção]” (Aux8, US-20, 25 out. 2001);

“o sistema tira a atenção; o tempo é curto” (Méd, US-30, 19 nov. 2001).

A atenção do profissional se desvia da natureza do seu trabalho, antes do paciente, vem a tela do computador. O trabalho, assim, sofre a interferência direta da máquina.

Dos profissionais, quando questionados sobre a necessidade de se ter maior responsabilidade no trabalho para exercer a sua função, foram obtidas respostas muito próximas de 50%, conforme Tabela 6. A explicação se dá pelo entendimento da questão. Os profissionais que concordaram com a afirmação, concordaram no sentido do conhecimento técnico. É necessário que o profissional seja responsável e não deixe passar nenhum dado despercebido, não deixe de alimentar os dados exigidos pelo sistema, para não emperrar o trabalho. Denota um certo receio do

controle exercido e favorecido pelo computador, fato que será discutido em detalhes adiante. Por sua vez, os profissionais que discordaram da afirmação, discordaram no sentido do conhecimento específico da área saúde. Estão seguros em afirmar que a responsabilidade do profissional da saúde é a mesma com ou sem computador.

Os dados da pesquisa revelam que 70,2% dos profissionais discordam da afirmação de que é necessário maior escolaridade para exercer sua função com o computador. No entanto, 82,3% concordam que é preciso mais treinamento com o computador. Conforme discutido anteriormente, a falta de treinamento intensifica a precarização do trabalho na saúde. O profissional perde muito tempo manuseando a “máquina”, tentando decifrar seus segredos e dominar a lógica que está por trás do equipamento, enquanto o paciente aguarda sua vez de ser alvo do olhar do profissional.

Outro dado interessante, diante do exposto, é que 70,6% dos profissionais discordam de que é preciso muita experiência para trabalhar com o sistema informatizado. Muitos acreditam que a partir do momento que eles dominarem a “máquina” tudo será resolvido. Mas enquanto isso não acontece, eles procuram driblar as dificuldades e se acostumar às rotinas técnicas impostas pelo sistema. Os profissionais, portanto, estão sendo condicionados ao sistema, que é muito diferente de dominar e entender o sistema que operam.

94% dos profissionais de saúde discordam da afirmação de que o sistema informatizado tornou o seu conhecimento de enfermagem ou da área médica em geral, menos necessário do que no sistema antigo. Este dado revela que o sistema técnico é visto pelos profissionais como um sistema à parte do exercício da sua função. Não há qualquer homogeneidade com o trabalho da saúde. Os profissionais, ao responderem a esta questão, não conseguiram conter o espanto diante da própria pergunta, o “DISCORDO” foi sonoro e contundente. Muitos justificaram, dizendo que:

“a informatização não tem nada a ver com o nosso trabalho de enfermagem” (Aux, US-14, 17 out. 2001);

“questiona muito a interferência do computador no seu trabalho – vê o trabalho da enfermagem separado da informática; O trabalho da enfermagem é a orientação que está totalmente esquecida. O trabalho de prevenção é mais importante e está esquecido. Perde-se muito tempo com telas, consultas..” (Aux, US-21, 26 out. 2001).

Trata-se de uma qualificação que orienta o profissional muito mais para servir à máquina do que ao paciente, caracterizando assim, “uma inversão da relação do homem com a máquina” (PAGÉS, 1987, p. 108). Neste processo, do ponto de vista da saúde, trata-se de uma qualificação às avessas, pois desqualifica o profissional no que tange à relação com o paciente. Isto não significa que haja perda absoluta de qualificação, mas uma perda relativa, ligada ao papel cada vez menos importante que o trabalhador tem em relação ao das máquinas automatizadas e integradas no processo produtivo.

3.6 CONSIDERAÇÕES

Este capítulo é um chamamento modesto a uma redefinição do conceito de qualificação. É um pleito, uma reivindicação que aponta os limites da noção clássica da qualificação que é funcional a uma racionalidade instrumental¹³.

A qualificação é entendida, neste trabalho, como a formação específica na área de saúde, equivocadamente caracterizada até mesmo pelos profissionais da saúde, como formação técnica. O conhecimento técnico, por sua vez, é entendido como a familiarização do profissional com a informática.

Verifica-se que, com a introdução de um sistema informatizado, não há melhoria nas condições de trabalho e atendimento aos usuários, o que se evidencia é cobrança pela otimização do trabalho dos profissionais. Um exemplo disso é que a estrutura nas unidades mudou, mas a cultura social de apoio e priorização da saúde não. Buscou-se alterar o processo de trabalho para atender a uma demanda maior da população, mas não se investiu em aumento do número de profissionais e na valorização dos que se dedicam a esta atividade.

Infere-se, portanto, que, no setor da saúde pesquisado, a inovação por si

¹³ Conjunto de crenças e valores que orientam ações ou tomada de decisões, baseadas no cálculo utilitário. Mas informações DELLAGNELO, Eloise L.; MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L. Literatura sobre novas formas organizacionais: onde se encontram as evidências empíricas de ruptura com o modelo burocrático de organizações? In: XXIV CONGRESSO ANUAL DA ANPAD (2000, Florianópolis). **Anais...** Florianópolis: ANPAD, 2000. 1 CD-ROM.

mesma não determina aumento de produtividade nem em termos quantitativos nem qualitativos.

Os dados obtidos revelam que no setor de saúde os investimentos em conhecimento técnico e específicos foram praticamente nulos. Neste sentido, o setor está no contra-fluxo daquilo que Demo chama “sociedade do conhecimento”, uma vez que prioriza mais o condicionamento técnico do profissional do que propriamente conhecimento na perspectiva emancipatória de Demo.

Ao que parece, as experiências concretas de qualificação no setor de saúde podem ser caracterizadas como expressões do behaviorismo: “qualificação” = “condicionamento”, buscando, com isso, a otimização dos serviços prestados.

Da mesma forma, a pesquisa identifica alguns indicadores da precarização do trabalho. A atenção do profissional, por exemplo, se desvia da natureza do seu trabalho, pois antes do paciente, vem a tela do computador. Do ponto de vista dos profissionais, o trabalho sofre a interferência direta da máquina.

Outro aspecto, sobre a qualificação para o trabalho informatizado, diz respeito à habilidade manual para o exercício da função específica do profissional. A falta de habilidade e familiaridade dos profissionais com o computador acaba por emperrar o andamento do trabalho, gerando reclamações e atrasos.

Verifica-se, também, que os profissionais demandam mais treinamento técnico, para lidar com o computador e com o sistema informacional, pois a falta de treinamento intensifica a precarização do trabalho na saúde. Sendo assim, o profissional perde muito tempo manuseando a “máquina”, tentando decifrar seus segredos e dominar a lógica que está por trás do equipamento, enquanto o paciente aguarda sua vez de ser alvo do olhar do profissional.

A aproximação do sistema técnico informacional do sistema de saúde tende a precarizar o profissional de saúde à medida que exige conhecimento além da natureza das suas tarefas, obrigando-o a se familiarizar com um instrumento estranho ao seu próprio trabalho.

Ao ficar mais tempo familiarizando-se, adaptando-se, dando mais atenção à máquina, a tendência é comprometer, degenerar as relações entre os homens. Até porque, não tem como pensar em saúde sem pensar nas relações sociais entre homens.

Ao invés de uma relação de equilíbrio entre saúde e tecnologia

informacional, acontece o contrário, o domínio da racionalidade instrumental, técnica, sobre a subjetividade humana.

Ao se fazer a crítica da racionalidade instrumental não significa deixar de considerar sua importância para qualquer organização. O que se questiona é o seu predomínio, apenas.

4 QUALIDADE NA RELAÇÃO PROFISSIONAL DE SAÚDE E PACIENTE: “ACOLHIMENTO OU ATROPELAMENTO SOLIDÁRIO”?

No setor de serviços o produto do trabalho não é uma mercadoria que possa ser facilmente trocada. O que se vende é um serviço especializado e este se dá, basicamente, pela troca de informações, pelo atendimento às necessidades e expectativas do usuário que o procura. Tanto o trabalho como o processo e as relações sociais do trabalho envolvem o usuário. Então o que se sobressai são relações sociais entre indivíduos – profissionais e usuários/consumidores.

Sendo assim, o capítulo apresenta indicadores de que a introdução da tecnologia informacional computadorizada precariza a qualidade na relação profissional de saúde/paciente.

Primeiramente, este capítulo traz uma discussão acerca dos conceitos de qualidade do setor de saúde, destacando-se que a expressão “qualidade no atendimento” deve ser lida como “qualidade na relação entre profissional de saúde e paciente”. A relação profissional de saúde/paciente é o próximo assunto a ser discutido, passando por um breve histórico do conceito saúde/doença e considerações sobre como está sendo vislumbrada a relação médico-paciente, especificamente. A análise dos dados primários mostra alguns indicadores de que as mudanças tecnológicas, físicas e de gestão, nas unidades de Saúde estão precarizando a qualidade no atendimento à saúde. Muitas alterações de ordem tecnológica mas poucas de ordem operacional, muitas máquinas mas poucos profissionais para atender os usuários.

4.1 QUALIDADE NO ATENDIMENTO À SAÚDE

Diversos fatores e tendências contribuíram para se buscar a qualidade dos serviços de saúde, em primeiro lugar, a crise fiscal do estado social e a necessidade de reduzir as despesas públicas; em segundo lugar, a necessidade de se reduzir as queixas e os procedimentos judiciais encaminhados pelos pacientes insatisfeitos (SERAPIONI, 1999; CARR e LITTMAN, 1992).

Com os *déficits* orçamentários, os governos estão cortando e adiando programas necessários à população e a alternativa possível seria melhorar a

maneira como é feito o trabalho nos setores públicos.

Para Tauile, o aumento da qualidade é um dos objetivos da introdução da microeletrônica no processo de trabalho, no entanto, é uma possibilidade que não se concretiza necessariamente para todos. Em parte, qualidade depende das especificações do produto final que pode, ou não, ter que ver com o fato de serem usados equipamentos automatizados pela microeletrônica em sua produção (TAUILE, 1988). No caso do serviço público, o que se pretende é a qualidade dos serviços prestados.

Uma das razões, consideradas por Andreassi (2002), para a baixa eficácia da inovação em serviços é que:

“a tecnologia, por si só, não tem um peso fundamental no desempenho corporativo e na lucratividade da empresa de serviços. Na indústria, a introdução de uma inovação permite que a empresa obtenha uma vantagem competitiva significativa tanto por oferecer um produto diferenciado como em razão de ele apresentar um custo menor. Em serviços, as habilidades e capacitações dos funcionários desempenham um papel central. Um cliente mal atendido raramente retorna a uma loja ou restaurante, mesmo se o preço for bom” (ANDREASSI, 2002, s/p).

Em serviços de saúde, em especial, a tecnologia é apenas um instrumento de trabalho para os profissionais, pois o produto final de seu trabalho não é um bem físico e sim um bem, digamos, humanístico. O que se deve priorizar é a relação profissional-paciente e não profissional-máquina.

Ainda segundo o autor, a maneira de se inovar na indústria e em serviços é diferente. Em serviços, a inovação de processo precede a inovação de produto. O primeiro estágio consiste na inovação do processo por meio de novas tecnologias para aumentar a eficiência na produção ou entrega de serviços existentes. O segundo estágio é marcado pela melhoria na qualidade do serviço prestado como resultado dos novos sistemas de produção ou entrega dos serviços. Somente neste ponto é que novos produtos ou serviços são criados a partir da inovação tecnológica.

No entendimento de Almeida (1995), a melhoria na qualidade do serviço prestado é cumprir com o especificado, fazer com que o cliente nos considere melhor do que os concorrentes, em todos os aspectos que ele julgue importantes.

Para Eiglier e Langeard (1988), entretanto, a qualidade é constituída de dois elementos: um objetivo, relacionado aos componentes físicos do produto, e outro subjetivo, relacionado à satisfação do usuário, do ponto de vista da sua percepção e

das suas expectativas. Como no caso dos serviços não há separação entre produção e distribuição, a qualidade se resumiria à satisfação do cliente em determinada situação (EIGLIER e LANGEARD citado por SERAPIONI, 1999).

No entanto, outros autores não compartilham esta definição, segundo eles, a avaliação da qualidade nos serviços de saúde devem levar em consideração não só a satisfação dos usuários, mas também, a satisfação dos profissionais e a eficácia do cuidado médico. Neste caso, seria preciso também considerar outros fatores como a aceitabilidade, a adequação do processo de diagnóstico e da terapia, o comportamento dos médicos e dos outros profissionais diante dos pacientes, a rapidez na resposta ao requerimento do tratamento etc. (SERAPIONI, 1999, p. 84). Pois a mesma satisfação dos funcionários, como clientes internos, é determinante para a qualidade dos serviços.

Segundo Almeida (1995), não se pode substituir “mau atendimento por miçangas” da mesma forma que não se pode saltar etapas. “Antes de construirmos uma casa segura e adequada às nossas expectativas, até mesmo bela, por um preço que podemos pagar, temos que construir seus alicerces, e bem” (ALMEIDA, 1995, p.8). No caso dos alicerces da qualidade, estamos falando em seriedade, visão, liderança pessoal, perseverança, treinamento e participação de todos, respeito pelos empregados, fornecedores e clientes – no nosso caso, respeito por toda a comunidade atendida.

Um processo de melhoria de qualidade, então, engloba todos os requisitos citados anteriormente, para buscar e garantir a satisfação dos nossos clientes—usuários.

Da mesma forma que, na fábrica ou na indústria, o funcionário não é auto-suficiente, “ele precisa de treinamento, de equipamento, não de peças, mas de informações, procedimentos, dados, relatórios, para também executar a sua parcela...” (ALMEIDA, 1995, p. 17).

Outro elemento essencial para atingir a qualidade nos serviços é o comprometimento dos profissionais de saúde com o trabalho. Conforme Barbosa e Faria (2000),

“comprometimento poderia ser identificado, neste sentido, como engajamento ou disposição plena e espontânea para trabalhar, sentimento de responsabilidade pelo resultado e aplicação de esforços, criatividade e inovação para contornar os problemas e garantir o

sucesso e o resultado. Estar comprometido significa estar movido pelo desejo de ver o trabalho concluído e o objetivo atingido da melhor, mais eficiente, eficaz e efetiva maneira. É sentir-se realmente responsável e demonstrar desejo de ver o sucesso da ação” (BARBOSA e FARIA, 2000, p.4).

O maior ou menor comprometimento com o trabalho está diretamente relacionado com a melhor qualidade da relação profissional-usuário. E esta qualidade depende sobretudo do reconhecimento das necessidades dos profissionais no desempenho de suas funções, pois a mesma satisfação destes, enquanto clientes internos, é determinante para a qualidade dos serviços.

4.2 A RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE

Os conceitos de saúde-doença, assim como as atividades de assistência médica e de enfermagem no Brasil, foram estudados por Lakatos e Brutscher (2000)¹⁴, e seu histórico dividido em dois momentos distintos: sociedades pré-capitalistas e sociedades capitalistas.

No período pré-capitalista, a prática médica estava ligada à constituição de um saber ‘esotérico’, definido por um corpo particular de conhecimentos e de técnicas desconhecidas pela maior parte da população. Este saber, por sua vez, propiciava poder e prestígio a quem o possuía. Por sua vez, a prática da enfermagem pré-profissional, assim chamada pelos autores, surgiu no período pré-capitalista e parte do capitalista, com uma prática social iniciada com a divisão sexual do trabalho, atribuindo à mulher as atividades domésticas e, dentre elas, o cuidado com os doentes.

A transformação do modo de produção capitalista força o Estado a assumir, paulatinamente, as funções de cuidados médicos e de controle. Nesse modo de produção, a medicina perde seu caráter religioso, para articular-se direta ou indiretamente com a esfera produtiva. Não é mais a salvação das almas mas a conservação e adaptação da força de trabalho às exigências de uma economia de reprodução ampliada. A saúde a serviço do capitalismo.

Em estudo realizado no setor de saúde municipal de Minas Gerais, Cotta et

alii (1999), mostra que, além das ações do serviço de saúde não terem sido alteradas, de curativas-individuais para coletivas-preventivas, o setor público também passou a priorizar as intervenções curativas. O *locus* de prestação de serviços curativos foi transferido do hospital para os postos de saúde públicos. Em consequência, o setor público implementou os serviços que seguem a lógica da produção-produtividade. Em suma, o importante, mais uma vez, é a quantidade em detrimento da qualidade de atendimento a população.

Isto é revelado por meio da imprensa que noticia, por um lado, os avanços da medicina e, por outro, o rompimento da tradicional relação médico-paciente. Os processos, denúncias e escândalos envolvendo médicos, odontólogos, psicólogos, enfermeiros são cada vez mais freqüentes, revelando o estranhamento das partes no que diz respeito à ética, à confiança e à credibilidade no tratamento proposto. “A cumplicidade até então existente entre as partes foi rompida”. (MACHADO, 1995, p.56)

A subjetividade, característica peculiar da relação médico-paciente, cede lugar à objetividade racionalizadora. Obedecendo às novas normas administrativas, os médicos e os enfermeiros são compelidos a adotar atitudes que mais os assemelham a técnicos burocraticamente controlados do que a profissionais que detêm autonomia técnica. Preenchendo fichas, prontuários e seguindo as normas preestabelecidas pela administração, eles acabam por se aproximar das características de um “despachante” da saúde (MACHADO, 1995) e, com a introdução do sistema informatizado de atendimento, um despachante informatizado da saúde. Mais ainda, ao se caracterizar o médico como despachante, está-se admitindo, em última análise, a precarização da qualidade do trabalho médico.

O desafio do setor de saúde será o de esclarecer e superar o mito de que os serviços prestados pelas instituições públicas são de má qualidade, realizados por profissionais desqualificados. Pois, ao contrário do que se pensa, são serviços de excelência, com uso de equipamentos e tecnologia de ponta e executados por profissionais qualificados que, na sua segunda jornada de trabalho, exercem atividades semelhantes nas instituições privadas. Resta saber, se esta “excelência”

¹⁴ Maiores detalhes ver LAKATOS, Eva Maria; BRUTSCHER, Sônia Maria. O conceito saúde-doença analisado através dos tempos e a prática previdenciária no Brasil. **Saúde em Debate**,

dos serviços é sentida pelo usuário/paciente do serviço assistencial público, como, por exemplo, após a informatização das unidades de Saúde.

4.3 IMPACTOS DA TECNOLOGIA INFORMACIONAL

Os impactos da tecnologia informacional sobre a qualidade no atendimento assistencial nas unidades de saúde podem ser observados na Tabela 7. Este Quadro traz informações acerca de alguns indicadores de qualidade e/ou precariedade no atendimento médico, corroborando a hipótese de Machado (1995), a do distanciamento entre médico e paciente.

Dos profissionais pesquisados, 73,2% concordam que a relação entre profissional de saúde e paciente tornou-se mais distante com a introdução do sistema informatizado, sendo que este percentual corresponde a 89,4% dos médicos, 78,1% dos enfermeiros e 65,9% dos auxiliares de enfermagem (Tabela 8).

Observa-se uma preocupação maior dos médicos quanto à distância. Neste particular, o computador poderia ser comparado a um intruso no relacionamento entre profissional¹⁵-paciente.

Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 75-89, jan./abr. 2000.

¹⁵ O termo “profissional” é usado para expressar as três categorias profissionais de interesse dessa pesquisa, médicos, enfermeiras e auxiliares de enfermagem.

TABELA 7 - TECNOLOGIA E QUALIDADE : A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

CATEGORIA	DISCORDO	
	%	CONCORD O %
A relação entre o profissional de saúde e o paciente tornou-se mais distante.	26,8	73,2
O preenchimento dos dados no computador interfere no atendimento ao paciente	38,9	61,1
Aumentou o registro de atendimentos.	12,8	87,2
Não há prioridade no atendimento de pessoas com necessidade imediatas.	83,8	16,2
Ainda há “burocracia ¹⁶ ” no atendimento.	18,9	81,1
O profissional de saúde ficou mais distante do paciente pois não pode dar mais atenção às suas queixas.	39,2	60,8
Ainda há filas de espera.	12,5	87,5
O acesso aos Programas da Secretaria Municipal não se torna facilitado.	76,2	23,8
Ficou mais difícil agendar consultas com especialistas.	74,7	25,3

TABELA 8 – RELAÇÃO MAIS DISTANTE ENTRE PROFISSIONAL E USUÁRIO

CATEGORIA	AUXILIAR DE ENFERMEIRO MÉDICO			
	ENFERMEIRO M %	%	%	%
A relação entre profissional de saúde e paciente não se tornou mais distante.	34,1	21,9	0,6	3,8
A relação entre profissional de saúde e paciente tornou-se mais distante.	65,9	78,1	9,4	3,2
Total	100	100	00	00

Uma outra questão possibilita confirmarmos que os profissionais percebem a

¹⁶ A burocracia nesta afirmação, refere-se a negação da formulação ideal típica weberiana (WEBER, 1970 e 1980) que a define como estratégia de eficiência para as organizações formais. Trata-se, portanto, do conceito utilizado pelo senso comum que apreende “burocracia” mais como obstáculo do que estratégia de êxito das organizações.

mudança no trato com os pacientes (Tabela 7). Os dados mostram que 60,8% dos profissionais concordam que, após a informatização, o profissional de saúde ficou mais distante pois não pode dar mais atenção às suas queixas. E, neste caso, mais uma vez, o percentual dos médicos concordantes com esta questão é de 80,3% contra 65,6% dos enfermeiros e 52,1% dos auxiliares de enfermagem (Tabela 9). O percentual significativo dos médicos está sendo motivado pela seguinte percepção: *“uma parte do tempo do médico foi seqüestrada pela máquina”* (Méd, US-25, 01 nov. 2001).

TABELA 9 – O PROFISSIONAL ESTÁ MAIS DISTANTE

CATEGORIA	AUXILIAR DE	ENFERMEIRO	MÉDICO	OUTROS
	ENFERMAGEM %	%	%	%
O profissional não ficou mais distante, pois pode dar mais atenção ao paciente.	47,9	34,4	9,7	1,2
O profissional ficou mais distante, pois não pode dar mais atenção ao paciente.	52,1	65,6	90,3	98,8
Total	100	100	100	100

Outros depoimentos dos profissionais envolvidos no atendimento à saúde servem para, não só ilustrar, mas reforçar os números apresentados:

[o relacionamento com o usuário] “hoje está mais difícil, você tem que ficar olhando prá tela ... prestando atenção no que você está escrevendo...[risadas] e antes a gente tinha mais tempo, ou você faz ou fica conversando com o paciente...” (Aux4, 09 jan. 2001);

“... eu acho que houve uma distância entre o profissional e o paciente. Porque a gente se preocupa tanto com a tela e o paciente, ele fica [] mais inibido em falar porque ele acha... ah... vamos falar a verdade...a gente só fala quando alguém olha nos olhos... principalmente quando você está com dor, o paciente quer que você acredite que ele está com dor... e com o computador, você fica olhando prá tela e “o que o senhor tem”? sabe... tira aquele laço do paciente com o funcionário” (Enf3, US-12, 15 out. 2001).

A ruptura do laço entre profissional e paciente põe em dúvida a qualidade do

atendimento porque contraria o conceito de qualidade de Serapioni (1999), cujo pressuposto é o de que, para haver qualidade no serviço, todos clientes, acionistas, funcionários e comunidade devem estar satisfeitos, o laço não pode estar quebrado, portanto.

“mas para o atendimento, eu acho assim muito triste, porque o próprio paciente sente... sabe. Eu vejo até a angústia dos funcionários em si, de ter que ficar mexendo no computador e o paciente ... você entra no programa, você clica várias vezes aí quando você chama o paciente, tem que salvar que o paciente tá ali; aí faz o atendimento ... tudo rápido... verificou pressão, vai direto digitar... você não tem um comentário de como está esta pressão...sabe, eu acho assim que a máquina prendeu muito o funcionário e deixou a parte do laço de lado” (Enf3, US-12, 15 out. 2001);

“eu não acho que ficou mais próximo [relação paciente/profissional]; porque quando tinha SICA, você conversava com o paciente e você olhava pro paciente e daí, você anotava na SICA, escrevia o que tinha que escrever. Hoje você não pode ficar olhando pro paciente, eu não consigo digitar olhando pro paciente, então você tá digitando e você dá uma olhadinha. Porque você não consegue ficar olhando e daí, você tem que prestar atenção, prá você não errar no digitar, então não são todas as pessoas que conseguem prestar atenção no paciente e no computador...” (Aux5, US-18, 23 out. 2001);

“... eu acho que o paciente gostaria que eu ficasse olhando mais prá ele, mais atenção... então não só a mim, mas eles também falam do médico. Do médico ficar ...mais ainda o médico do que a gente... tem que ficar olhando prá tela, pesquisando as coisas, então não dá tanta atenção pro paciente” (Aux4, 09 jan. 2001);

“... eu acho que distanciou mais [profissional em relação ao paciente]” (Aux3,09 out. 2001);

“com relação ao profissional ficar mais próximo do paciente [médico respirou fundo... sorriu, engoliu e disse]: ‘mais ou menos’” (Méd, US- 24, 31 out. 2001).

Quando o profissional responde “*mais ou menos*”, após titubear, gaguejar, demonstra claramente como esta questão lhe incomoda. Outro profissional “acha ótimo a informatização desde que dê mais atenção ao profissional e ao paciente. O prontuário eletrônico dificulta o atendimento, não está adequado ao ritmo do médico; não é possível visualizar dados agregados de últimas consultas; o profissional tem que olhar consulta por consulta, procurando particularidades, avisos sobre o paciente” (Méd, US-25, 01 nov. 2001).

O distanciamento no relacionamento profissional-paciente foi sentido também pelos usuários, como relatado por esta enfermeira: “houve uma reclamação à Central de Atendimentos da Prefeitura de um paciente que, entre outras coisas,

relatou: “a médica só olhava para o computador!” (Enf, US- 13, 16 out. 2001). O paciente exige atenção dos médicos e dos demais profissionais, como disse uma senhora idosa, usuária do sistema: “Doutor, isso agora parece uma firma e não um postinho de saúde” (Méd, US-26, 06 nov. 2001).

Os depoimentos acima vêm de encontro a outro dado revelado pela pesquisa (Tabela 7), de que 61,1% dos profissionais concordam que o preenchimento dos dados no computador interfere no atendimento ao paciente. Os próprios profissionais justificam sua percepção por meio dos depoimentos reveladores: “interfere, pois o ideal é olhar no rosto da pessoa...os pacientes chegam até à unidade carentes, precisando de atenção... e o computador acaba distanciando este *contato*” (Enf, US-13, 16 out. 2001). A própria presença do computador em cima da mesa, como se demarcasse uma barreira tecnológica entre o profissional de saúde e o paciente ou, mais especificamente, entre o médico e o paciente, interfere na relação e no atendimento porque impõe tratamento do paciente não como sujeito, mas como algo desprovido de sua humanidade. Esta desumanização já foi até percebida por alguns profissionais como nos depoimentos que seguem:

“porque você esquece, fica tão preso na parte burocrática [digitação dos dados] que o conteúdo da enfermagem, que é ver o todo do paciente, você já não tem mais...eu prefiro assim, passar isso prá minha equipe e... a parte mais importante é a relação do paciente, a parte de relacionamento. E no computador, você já não consegue fazer isso, mesmo que você relate tudo que você faz com o paciente, é uma coisa fria, você tá lidando com uma máquina e o paciente, ele mesmo diz, “olha parece que a gente é uma máquina aqui, tem que digitar prá sair” (E3, US12, 15/10/01);

“ [o sistema] desumaniza o atendimento...eu tinha vontade de chutar a máquina” (Aux, US-14, 17 out. 2001);

“O sistema desumaniza o atendimento!” (Méd, US-13, 16 out. 2001);

“O trabalho está menos humanizado” (Aux, US-21, 26 out. 2001).

O contraste entre humanização e desumanização no atendimento está bem caracterizado na percepção do profissional relatada no próximo depoimento :

“às vezes, o usuário chega com problemas, com dores, angústias e só com uma conversa

melhoram, mas com a falta de tempo das auxiliares, o paciente passa rapidamente pela triagem e vai para a consulta, o médico receita algum medicamento que, talvez, pudesse ser desnecessário se o paciente tivesse tido atenção anterior. Os pacientes ficam de lado. Parece mais um “ATROPELAMENTO SOLIDÁRIO” e não “ACOLHIMENTO SOLIDÁRIO” (Aux, US-7, 08 out. 2001).

O conjunto de depoimentos indica claramente o processo de precarização da qualidade no atendimento médico das unidades de saúde. Um atendimento que privilegia a quantidade em detrimento da qualidade.

Fica demonstrado que, qualidade de serviço em geral e na saúde, em especial, não se define a partir de inovações técnicas apenas, conforme as análises de Tauile (1988) e Andreassi (2002).

Na Tabela 7, observamos que 87,2% dos profissionais concordam que com a informatização houve aumento no registro de atendimentos. O aumento pode ser justificado pela facilidade de controle e manutenção dos registros de atendimento na recepção das unidades, mas também pode ser justificado pelo aumento da área de abrangência da maioria das unidades do município. Não significa somente que com a informatização o número de pessoas atendidas pelas unidades aumentou, não mesmo. Este aumento pode ser melhor explicado pela nova gestão do processo de atendimento. Após a informatização, toda e qualquer pessoa que chega à unidade, seja para marcar consulta, para pegar medicação ou para medir a pressão arterial, tem sua demanda registrada pelo computador. Desta forma, o número de registros nas mesmas aumentou consideravelmente, pois anteriormente não se tinha registro e controle de todos os procedimentos realizados na unidade.

O aumento nos registros tem sido utilizado pela SMS como um indicador de melhoria na qualidade do atendimento nas unidades de saúde. No entanto, o depoimento dos próprios profissionais de saúde esclarecem a questão, deixando claro que o número de consultas médicas não aumentou após a informatização, apenas os registros foram sistematizados:

“...a princípio, aumentou [registro de atendimentos]... porque ao mesmo tempo que entrou o sistema, a informatização, aumentou a nossa área de abrangência” (Aux, 09 jan. 2001);

“o sistema privilegia os registros e não a qualidade no atendimento” (Méd, US-30, 19 nov. 2001);

“a gente tá com problema porque... a gente não tem médicos. Então a gente tem muito mais

usuário do que médicos na unidade. Então os pacientes se obrigam a vir mais cedo prá conseguir consulta” (Aux7, US-19, 24 out. 2001);

“com o sistema informatizado, você tem a tua agenda fechada ... e você tem que ter os dezesseis atendimentos... eu acho que é pouco, eu acho que tinha que rever o tempo de atendimento na unidade. Se você quer um serviço de qualidade, se você quer um atendimento minimamente razoável com o paciente, você não pode reduzir o tempo, você não tem como atender em menos tempo” (Méd1, US-13, 16 out. 2001);

“o fornecimento de números à SMS ficou mais ágil, mas a humanização do usuário (o cuidado com o usuário) ficou de lado” (Aux2, 28 dez. 2000);

“você tem aquela preocupação do registro das informações do paciente, prá que sejam adequadas, incomoda muito a pessoa, ela falando e você registrando. A gente procura dar atenção prá depois você registrar. Nós temos 15 minutos prá cada paciente... e isto estoura sempre, sempre...” (Méd1, US-13, 16 out. 2001);

“aumentou a demanda e não aumentou os profissionais; principalmente médicos” (Méd, US-30, 19 nov. 2001).

O depoimento do auxiliar de enfermagem é claro quando afirma que “o fornecimento de números à SMS ficou mais ágil, mas a humanização do usuário (o cuidado com o usuário) ficou de lado”. Revela-se aí mais um indicador da precarização da qualidade do atendimento assistencial nas unidades de saúde. O que se tem privilegiado no momento são os números apresentados à sociedade, mas o número de médicos e consultas disponíveis aos usuários/pacientes não foi alterado como revelado no depoimento deste auxiliar de enfermagem: “a gente não tem médicos (...) tem muito mais usuário do que médicos na unidade”.

Outra questão pesquisada tem relação com a existência ou não de prioridade no atendimento dentro das unidades de saúde. A pesquisa mostra que 83,8% dos profissionais acreditam que há prioridade no atendimento de pessoas com necessidades imediatas. A prioridade, a que se referem, está inserida no processo de triagem, chamada avaliação inicial, regulamentado pelo Manual de Procedimentos do “Acolhimento Solidário” e sistematizado pelo programa informatizado, no qual os pacientes são encaminhados de acordo com a necessidade. Consultas para o mesmo dia, agendadas ou emergências, são encaminhadas de maneiras diferentes.

No entanto, os profissionais afirmam que é difícil priorizar necessidades

imediatas, se considerarmos que o computador não revela nem de imediato, nem nunca a necessidade do paciente. Somente durante a “avaliação inicial” é que o profissional vai avaliar as reais necessidades do paciente, até este momento, o paciente estará esperando com os demais usuários para ser atendido. A não ser que o paciente demonstre estado grave de saúde, o que caracteriza um caso de emergência, e nesse caso, será encaminhado para unidades de atendimento 24Horas ou para hospitais conveniados, ou ainda, que este paciente seja identificado como paciente de risco e incluído em programas de atenção continuada.

Em função de tais obstáculos, muitos profissionais afirmaram categoricamente que “o sistema não permite atender às pessoas com necessidades imediatas” (Aux, US-14, 17 out. 2001), pois “pelo computador, é difícil saber quem precisa mais do atendimento... são apenas nomes...” (Aux, US-13, 16 out. 2001).

Com relação aos programas de atenção continuada, 76,2% dos profissionais discordam de que o sistema informatizado tenha dificultado o acesso dos usuários. São programas de apoio às gestantes, hipertensos, lactentes, diabéticos etc. O que os profissionais ressaltam é que os programas ainda não estão adequados ao atendimento, são muito complexos, possuem muitas telas a serem preenchidas e requerem um tempo maior para adaptação dos que os manuseiam. Como mostra o depoimento que segue:

“os programas de hipertenso, de diabético [] ... de certa maneira ele [sistema] é confuso, difícil, muitas telas...” (Méd, US-13, 16 out. 2001).

A burocracia no processo de atendimento médico nas unidades também foi objeto desta pesquisa. Cabe esclarecer que, a burocracia, na forma como foi questionada aos profissionais, refere-se à negação da formulação ideal típica weberiana (WEBER, 1970 e 1980), que a define como estratégia de eficiência para as organizações formais. Trata-se, portanto, do conceito utilizado pelo senso comum que apreende “burocracia” mais como obstáculo do que estratégia de êxito das organizações. Cumpre destacar que, para Weber, a burocracia se caracteriza como um dos indicadores do predomínio da racionalidade instrumental em todos os espaços da vida moderna.

Isto posto, a intenção é verificar até que ponto as estratégias utilizadas para buscar maior eficiência no atendimento à população estão de acordo com a realidade deste serviço, ou ainda, com o objetivo primordial de humanizar o

atendimento. Humanizar no sentido de tratar o ser humano como sujeito, como senhor de sua própria existência, não como coisa, como objeto, enfim, como máquina.

A pesquisa revela que 81,1% dos profissionais concordam que ainda há “burocracia” no atendimento. O Acolhimento Solidário e a informatização do sistema de atendimento implementaram algumas exigências para o acesso do usuário ao atendimento nas unidades. Exigências como cadastro atualizado do usuário, bloqueio de área, presença do paciente para marcar consulta, são utilizadas como formas de regulamentar o atendimento, organizá-lo para que se possa ter um melhor controle “gerencial” do processo, portanto, maior eficiência e eficácia. No entanto, alguns profissionais contestam estes procedimentos adotados: “se o sistema fosse direcionado, menos à “burocracia” e mais à assistência, ficaria bom” (Méd, US-25, 01 nov. 2001). O depoimento mostra que, de alguma forma, as práticas burocráticas, ao invés de atender, no sentido “humanizador”, à população carente do seu município ou região, distanciam as unidades do seu objetivo apresentado publicamente como primordial.

No caso da saúde, as estratégias burocráticas utilizadas podem estar proporcionando maior eficiência gerencial, mas não têm dado garantias de qualidade e resolutividade no atendimento à saúde do município.

Os dados e depoimentos, portanto, não estão totalmente de acordo com a proposta de “Acolhimento Solidário” que segue:

“O Acolhimento significa a humanização do atendimento, o que pressupõe a garantia de acesso a todas as pessoas (acessibilidade universal). Diz respeito, ainda, à escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, dando-lhe sempre uma resposta positiva e responsabilizando com a resolução do seu problema. Por consequência, o Acolhimento deve garantir a resolubilidade (sic!) que é o objetivo final do trabalho em saúde, resolver efetivamente o problema do usuário. A responsabilização para com o problema de saúde vai além do atendimento propriamente dito, diz respeito também ao vínculo necessário entre o serviço e a população usuária” (MERHY¹⁷, 1997 citado por SHIMAZAKI et alii, 2001, p.67)

Ao que parece, não há correspondência entre o que está proposto e os depoimentos de alguns profissionais, corroborando as conclusões de Faria (2000)

¹⁷ MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micro política do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, H. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo, Hucitec, 1997.

acerca do abismo entre discurso ético e prática nas relações de poder no interior das organizações formais. Muito do que é “dito”, em termos de possíveis decisões “socialmente responsáveis”, é veementemente negado na ação propriamente realizada. Este abismo entre discurso e prática tende a transformar políticas públicas em autênticas “cartas de intenções” com pouca ou nenhuma correspondência com o mundo da vida.

O depoimento que segue confirma o argumento a partir do momento que relata que “o distrito solicita um tipo de relatório, mas o sistema não fornece, portanto, ainda mantemos controles à parte, em papel, pastas, para que possamos atender à demanda da própria SMS” (Aux, US-26, 06 nov. 2001). No sentido de regulamentar e legitimar os procedimentos administrativos, o sistema informatizado, no momento, ainda não está em conformidade com os procedimentos realizados no dia-a-dia. Modificou-se a gestão dos procedimentos internos das unidades, mas não houve integração dos demais órgãos do SMS.

Os médicos, que tradicionalmente decidiam por conta própria, passaram a prestar contas de seus atos, procedimentos e condutas técnicas aos gerentes hospitalares, que são cada vez mais estranhos à área médica propriamente dita, ou seja, são profissionais com formação em áreas diversas. Com instrumentos administrativos eficientes e modernos, esses gerentes, objetivando maior eficiência e eficácia, passam a controlar o movimento clínico, administrativo e burocrático nos hospitais. Esta é uma nova cultura organizacional progressivamente implementada nas modernas organizações de saúde. “As organizações complexas são estruturalmente mais burocráticas do que as profissionais e ameaçam a autonomia dos profissionais especializados. A burocracia tende a tratá-los como trabalhadores de fábrica no que se refere às condições de trabalho e à ordenação das funções e papéis” (MACHADO, 2000, p. 139)

Outro suposto indicador de qualidade no atendimento médico diz respeito à formação de filas de espera nas unidades. Na Tabela 7, observa-se que 87,5% dos profissionais concorda que ainda há filas de espera para o atendimento nas unidades. Embora a intenção inicial do programa tenha sido o de agilizar o fluxo de atendimento, reduzindo as filas, os depoimentos que seguem mostram o contrário:

“quando a avaliação está demorando e a fila na recepção aumenta, a chefia reclama e vem ver por que estou demorando... não podemos deixar formar fila ... é um caos” (Aux, US-22,

29 out. 2001);

“eu procuro atender o melhor possível o paciente... pode ter fila lá fora, não me importo... todos serão atendidos da mesma forma; infelizmente terão que esperar. Se acharem ruim [SMS] então que coloquem mais auxiliares para atender à população. Eu vou fazer meu trabalho bem feito” (Aux, US-22, 29 out. 2001);

“é limitado o número de equipamentos – uma impressora para todos os computadores... o serviço acumula e formam-se filas... computador 286 é muito lento” (Aux, US-6, 08 out. 2001)

Embora a maioria dos depoimentos mostre que os profissionais estão trabalhando sob pressão constante no sentido de atender e “despachar” o paciente no menor tempo possível, quando o profissional diz “eu procuro atender o melhor possível o paciente, pode ter fila lá fora, não me importo, todos serão atendidos da mesma forma...”, mostra que o comprometimento com a qualidade ainda é mantido por alguns profissionais, mesmo sob pressão. Revelando que eles próprios percebem que é importante “que coloquem mais auxiliares para atender à população”. Uma reivindicação de que seja reconhecida a necessidade dos profissionais no desempenho de sua função. São poucos profissionais para muitos pacientes.

As unidades continuam cheias no dia-a-dia, com pessoas que aguardam horas para passar pela avaliação inicial e marcar uma consulta. Quando o profissional diz que “as filas saíram de fora para dentro da unidade de saúde” (Aux, US-18, 23 out. 2001), ele está afirmando que houve alteração apenas na forma dos pacientes esperarem.

Interessante observar que 74,7% dos profissionais concordam que, após a informatização, ficou mais fácil marcar consultas com especialistas. As consultas especializadas são agendadas pelo sistema *on-line*, muitas vezes, pelo próprio médico durante a consulta. Quando há vaga disponível no sistema, o paciente sai do consultório com o dia, a hora e o local de sua consulta especializada. Quando não há vaga, o profissional agenda a consulta, deixando o paciente na fila de espera, sendo avisado quando a consulta for efetivamente marcada.

O que facilitou foi o agendamento das consultas. Agora não mais cabe aos profissionais a responsabilidade de conseguir as consultas, uma vez que são agendadas pelo sistema central de marcação. Percebe-se, então, que para o

profissional houve uma facilitação no processo de trabalho, no entanto, “para o usuário existe ainda a fila virtual” (Aux, US-27, 07 nov. 2001) e “a fila virtual é muito grande!” (Aux, US-25, 01 nov. 2001).

“no começo, quando o sistema foi implantado, consultava-se, marcava-se consulta na hora e pronto... o paciente vinha, fazia tudo e saía com tudo pronto. Hoje em dia, já tem uma fila imensa de espera, quer dizer, não resolveu nada. Eles estão esperando da mesma forma” (Aux5, US-18, 23 out. 2001).

A demanda por consultas especializadas é maior que a disponibilidade de médicos conveniados. Ainda há muita espera para consultas e exames especializados.

O Acolhimento Solidário prevê uma revalorização das atividades delegadas, potencializando a capacidade operacional da equipe de enfermagem (SHIMAZAKI et alii, 2001). Estas atividades são regulamentadas e detalhadas no Manual de Práticas de Enfermagem (1999).

A pesquisa mostra que 73,2% dos profissionais acreditam que a função delegada aumenta a capacidade operacional da equipe de enfermagem e 81,1% afirmam que, para o usuário, a função delegada propicia um atendimento mais amplo e de resultado. No entanto, os depoimentos são contraditórios, não condizem com estas respostas.

TABELA 10 - A FUNÇÃO DELEGADA SOB A PERSPECTIVA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

CATEGORIA	DISCORDO	CONCORDO
	%	%
A função delegada não aumenta a capacidade operacional da equipe de enfermagem ¹⁸ .	73,2	26,8
As atividades delegadas não propiciam um atendimento mais amplo e de resultado para o usuário	81,1	18,9

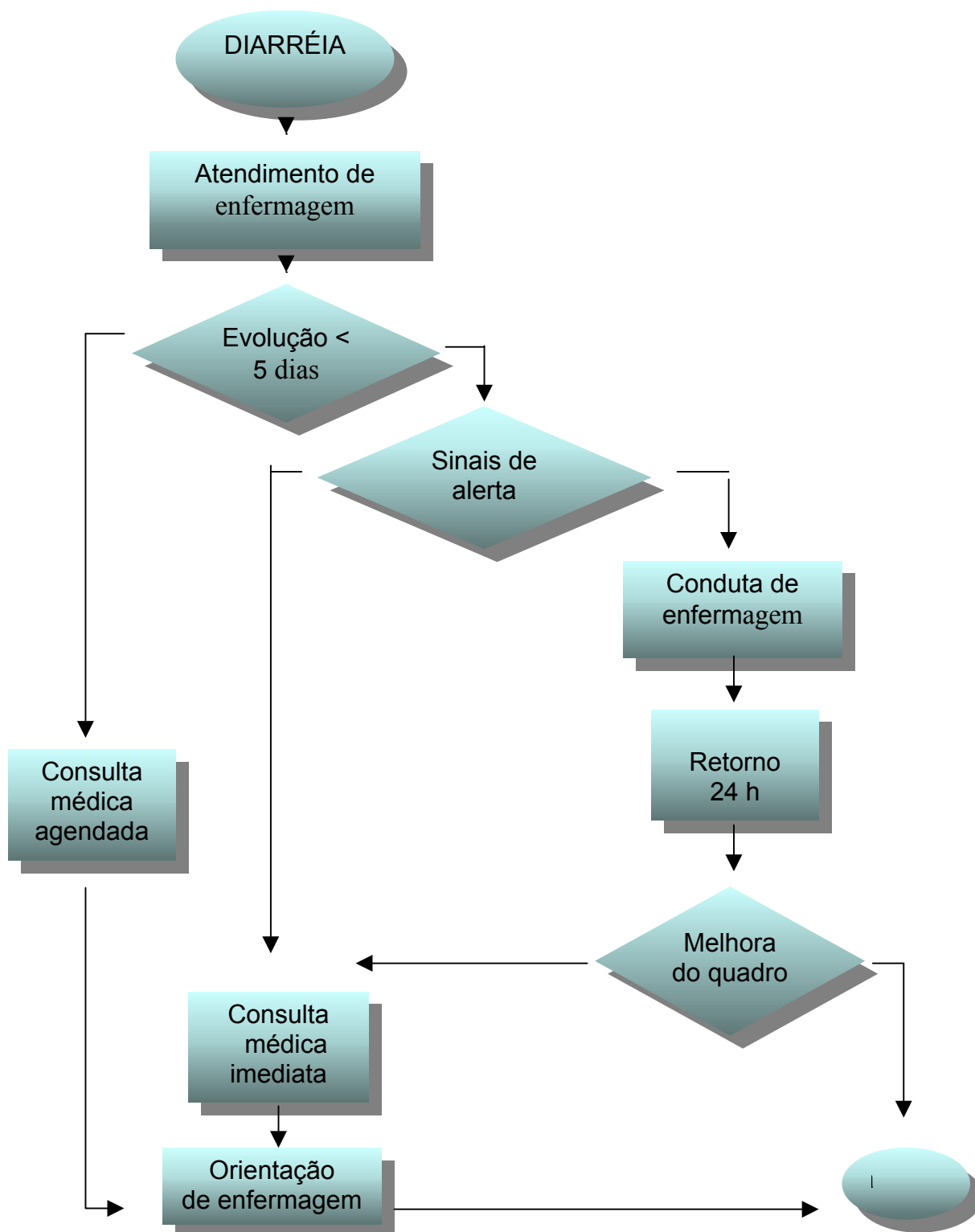
Ao que parece, os profissionais de saúde não estão familiarizados com o significado de “função delegada” apresentado pela Secretaria Municipal de Saúde. A função delegada é definida como o procedimento pelo qual os enfermeiros decidem,

¹⁸ A afirmação de que a função delegada potencializa a capacidade operacional da equipe de enfermagem e de odontologia, foi extraída de SHIMAZAKI et alii, 2001, p. 69.

com base em instruções que constam no Manual de Práticas de Enfermagem (1999) se o paciente deverá passar pelo médico ou não, com base nos sinais e sintomas apresentados pelos mesmos.

Para entender melhor como funciona a “função delegada” do ponto de vista da SMS, apresentamos, na página seguinte, um fluxograma de uma determinada patologia e as operações pertinentes a cada queixa.

Figura 2 - FLUXOGRAMA



FONTE: PARANÁ, Manual de Práticas de Enfermagem, 1999, p. 46

A lógica do atendimento é a seguinte: um paciente que se queixa de diarreia,

como neste exemplo, passa pelo atendimento de enfermagem ou “avaliação inicial”. Se a diarreia persiste há mais de cinco dias, e estiver apresentando sinais de alerta, será encaminhado para consulta médica imediata, caso contrário, passa pela conduta da enfermagem e é aconselhado a retornar em 24 horas. Quando do retorno, se houver melhora, o paciente é liberado, se, por outro lado, não apresentar melhora, será encaminhado para consulta imediata.

O atendimento de enfermagem é entendido como o conjunto de ações realizadas pela enfermagem em resposta ao estado de saúde e às condições físicas da pessoa. Os sinais de alerta são entendidos como o conjunto de informações que sinalizam a gravidade ou grau de risco de determinada patologia. Por sua vez, a orientação da enfermagem é a transmissão dos cuidados pertinentes a cada caso (PARANÁ, 1999).

Entretanto, percebe-se nos depoimentos, que os profissionais confundem “função delegada” com as atividades delegadas disponibilizadas pelo sistema informacional. Confusão esta, reveladora da não-assimilação, por parte dos profissionais, dos preceitos defendidos neste Manual.

Atividades como medir pressão, aplicar injeções, solicitar exames autorizados, como, por exemplo, exame de gravidez, entrega de medicação, exame ginecológico etc., são atividades, muitas vezes, já exercidas pelos auxiliares de enfermagem antes do Acolhimento Solidário.

Neste sentido, a concordância com a função delegada é grande, pois segundo os profissionais, estes procedimentos agilizam o atendimento dos usuários nas unidades.

No entanto, há uma certa e inegável contradição nestes procedimentos. O que os profissionais relatam é que são os auxiliares de enfermagem que fazem a triagem dos pacientes com o apoio técnico de um enfermeiro. Tal função gera um certo desconforto para os profissionais:

“... a equipe não está preparada...” (Aux2, 28 dez. 2000);

“... a população não está acostumada ... eles querem consulta médica (...) não consulta de enfermagem.” (Aux2, 28 dez. 2000);

“eu acho que não é a função da enfermagem isso [função delegada] . Triagem, você vai decidir se essa pessoa vai ou não se consultar... eu acho arriscado”. (Aux1, 22 dez. 2000).

Neste momento, percebe-se que estes auxiliares de enfermagem estão sendo exigidos além da qualificação requerida pela profissão, além de sua experiência diária. Achrom arriscado tomar decisões que, aos seus olhos, seriam de responsabilidade do médico.

Cabe aqui ressaltar que, uma semana antes do início da aplicação dos questionários e entrevistas (setembro/2001), a Secretaria Municipal de Saúde restringiu, via sistema, algumas atividades delegadas. Alguns profissionais respondentes relatam, no momento inicial da pesquisa, que se sentiram “podados” pela nova regulamentação, pois até mesmo coisas que já faziam, antes do sistema informatizado e do Acolhimento Solidário, estão sendo impedidos de realizar. No entanto, outros profissionais sentiram-se aliviados por estarem livres da pressão sobre eles exercida e da responsabilidade desmedida no exercício da função delegada.

TABELA 11 – O EXERCÍCIO DA FUNÇÃO DELEGADA

CATEGORIA	AUXILIAR DE	MÉDICO TAL		
	ENFERMEIR O	%	%	%
ENFERMAGE M %				
O profissional não concorda em exercer a função delegada.	53,6	75,0	66,7	7,9
O profissional concorda em exercer a função delegada.	46,4	25,0	33,3	2,1
Total	100	100	100	00

A pesquisa revela, portanto, que 57,9% dos profissionais de saúde entrevistados não concordam com o exercício da função delegada pelos profissionais não-médicos (Tabela 11). Outros depoimentos reforçam estes números:

“a função delegada agora é limitada – agora é melhor, temos respaldo sobre as nossas tarefas” (Aux, US-20, 25 out. 2001);

“a função delegada aumenta a responsabilidade; o profissional não tem conhecimento para decidir; [não tem] respaldo técnico; é ilegal” (Méd, US-24, 31 out. 2001);

“a função delegada extrapola competências” (Méd, US-29, 09 nov. 2001);

“o médico estuda anos para se formar, faz especialização, residência, como um auxiliar poderá responder por coisas que não tem conhecimento para fazer?” (Méd, US-25, 01 nov. 2001);

“sou totalmente contra a função delegada; não tenho capacidade técnica para avaliar pacientes; a qualidade reduziu...” (Enf, US-12, 15 out. 2001);

“os auxiliares estão receitando até remédios controlados; remédios estes que deveriam ser receitados apenas pelos médicos e no entanto, estão sendo receitados pelas auxiliares que usam o login e o nome dos médicos no receituário” (Aux, US-6, 08 out. 2001).

Percebe-se o conflito gerado por este novo processo instituído pelo Manual do Acolhimento Solidário. Auxiliares de enfermagem, com medo da responsabilidade, enfermeiros inseguros quanto à resolutividade no atendimento e o médico preocupado com a qualidade no atendimento prestado ao indivíduo/paciente. São questões muito sérias, que revelam o questionamento dos próprios profissionais sobre a qualificação requerida para o cargo e a exigida na função. Questionamentos que também devem ser levados em conta em qualquer análise da qualidade no atendimento à saúde deste País.

4.4 CONSIDERAÇÕES

O capítulo apresenta indicadores de que a introdução da tecnologia informacional computadorizada compromete a qualidade no atendimento, compromete a qualidade na relação entre profissional de saúde-paciente.

Verifica-se, com a pesquisa, que a relação entre profissional de saúde e paciente tornou-se mais distante com a introdução do sistema informatizado. Com relação a este dado, observa-se uma preocupação maior dos médicos. Neste particular, o computador poderia ser comparado a um intruso no relacionamento entre profissional-paciente, é como se o tempo do médico fosse “seqüestrado pela máquina”.

Portanto, a ruptura do laço entre profissional e paciente põe em dúvida a qualidade do atendimento pois contraria o conceito de que, para haver qualidade no serviço, todos os clientes, funcionários e comunidade devem estar satisfeitos.

Muitas alterações de ordem tecnológica mas poucas de ordem operacional, muitas máquinas mas poucos profissionais para atender os usuários. Em muitos

casos, observa-se a manutenção de filas ou ainda, a criação de filas “virtuais”.

Outros indicadores da precariedade podem ser citados como: o número de consultas não compatível com o aumento na demanda das unidades; a “burocracia” no atendimento ao invés de atender no sentido “humanizador” à população carente do seu município ou região, distanciam as unidades do seu objetivo apresentado publicamente como primordial.

No caso da saúde, as estratégias burocráticas utilizadas podem estar proporcionando maior eficiência gerencial, mas não têm dado garantias de qualidade e resolutividade no atendimento à saúde do município.

Neste contexto, a presença do computador, em cima da mesa, como se demarcasse uma barreira tecnológica entre o profissional de saúde e o paciente ou, mais especificamente, entre o médico e o paciente, interfere na relação e desumaniza o atendimento.

O contraste entre humanização e desumanização no atendimento está presente no depoimento de uma auxiliar de enfermagem quando diz: “parece mais um “atropelamento solidário” e não “acolhimento solidário”. Um depoimento revelador da precarização da qualidade no atendimento médico das unidades de saúde. Um atendimento que privilegia a quantidade em detrimento da qualidade.

5 PROCEDIMENTOS AUTÔNOMOS E HETERÔNOMOS NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

O objetivo deste capítulo é mostrar e explicar por que a busca pela autonomia nas relações de trabalho, no setor de saúde pesquisado, foi intensificada a partir da introdução do computador. Entendendo a autonomia como a capacidade de redefinir, reelaborar determinações externas – heteronomia – a partir de interesses e valores íntimos, parte-se para a discussão destes conceitos inseridos nas relações de trabalho.

A análise dos dados primários mostra que os profissionais percebem que a heteronomia é abusiva face ao processo de trabalho, percebem, sem muita clareza, que isto representa a negação de sua própria subjetividade, junto à progressiva desqualificação do profissional diretamente envolvido no processo de atendimento. Ao supervalorizar decisões apoiadas na heteronomia, o sistema informacional tenta negar espaços para os procedimentos autônomos, para a auto-realização do indivíduo, mas não consegue.

A principal conclusão é que, a despeito da força das práticas heterônomas, não há predomínio destas sobre a autonomia. Os dados e depoimentos tornam visíveis que o aumento das pressões e das formas de controle tende a forçar os profissionais, mesmo que, sem saber direito, a resistir, a resgatar sua autonomia. Neste sentido, a despeito da inegável precariedade do trabalho do profissional de saúde, são inúmeros os indicadores de resgate ou de busca da autonomia e de sua subjetividade.

5.1 PROCESSOS AUTÔNOMOS E HETERÔNOMOS

Autonomia, em Psicologia, refere-se à preservação da integridade do eu. Parte-se do pressuposto de que existe, em todas as pessoas, a tendência de resistir às pressões da enculturação e a persistir, em certas formas de comportamento que no passado, as tenha auxiliado a enfrentar e a resolver seus problemas. Numa socialização eficaz e sadia, a luta entre os desejos da criança e os estímulos recorrentes resulta no desenvolvimento do autocontrole do indivíduo e num crescente sentido de auto-estima o que por sua vez gera na pessoa um perdurável

senso de autonomia (Dicionário de Ciências Sociais, 1987).

Como um dos representantes da abordagem psicológica, Piaget sustenta que “toda moral consiste num sistema de regras e a essência de toda moralidade deve ser procurada no respeito que o indivíduo adquire por esta regra” (PIAGET, 1977, p.11). Para ele, a moral da criança, do indivíduo, passa por dois momentos, o da *prática das regras* e o da *consciência da regra*. No primeiro momento, há uma predominância da heteronomia, as regras são impostas pelos mais velhos aos menores e, como tais, são assimiladas como valores sagrados e intangíveis. No entanto, estas regras permanecem externas aos indivíduos, pois embora as crianças lhes demonstrem submissão, apenas apresentam uma sociabilidade com base no conformismo. Como ele mesmo afirma “a coação externa não destrói o egocentrismo: ela o encobre e o disfarça, quando não o reforça, até diretamente” (PIAGET, 1977, p. 60). No segundo momento, o da consciência da regra, à heteronomia sucede a autonomia, a regra do jogo se apresenta à criança não mais como uma lei exterior, sagrada, enquanto imposta pelos adultos, mas como resultado de livre decisão, e como digna de respeito na medida em que é mutuamente consentida. A regra não é mais coercitiva nem exterior, pode ser modificada e adaptada às tendências do grupo. É a partir deste momento que a regra da cooperação sucede à regra da coação que ela se torna uma lei moral efetiva.

Outro autor que se ocupa do tema é Castoriadis. Para ele, a autonomia seria o domínio do consciente sobre o inconsciente. “Se à autonomia, a legislação ou a regulação por si mesmo, opomos a heteronomia, a legislação ou a regulação pelo outro, a autonomia é minha lei, oposta à regulação pelo inconsciente que é uma lei outra, a lei do outro, que não eu” (CASTORIADIS, 1982, p. 124).

Este “outro” é entendido como um outro eu em mim. É em grande parte o conjunto dos desejos, dos investimentos, das exigências, das expectativas, significações de que o indivíduo foi o objeto, desde sua concepção, e mesmo antes, por parte dos que o engendraram e criaram. A autonomia surge no momento em que o discurso do outro torna-se discurso próprio. A autonomia não é eliminação total do discurso do Outro não reconhecido como tal. Ela é instauração de uma outra relação entre o discurso do Outro e o discurso do sujeito.

Ainda para Castoriadis, a alienação, a heteronomia social, não aparece

simplesmente como “discurso do outro”. Este outro desaparece no anonimato coletivo, na impessoalidade dos “mecanismos econômicos do mercado” ou da “racionalidade do Plano”, da lei de alguns apresentada como lei simplesmente. Neste contexto, o que representa o outro não é mais um discurso: “é uma metralhadora, uma ordem de mobilização, uma folha de pagamento e de mercadorias caras, uma decisão de tribunal e uma prisão” (CASTORIADIS, 1982, p.131).

A alienação surge condicionada pelas instituições, pois estas podem ser, e o são efetivamente, alienantes em seu conteúdo específico. “Elas o são enquanto exprimem e sancionam uma estrutura de classe, mais genericamente uma divisão antagônica da sociedade e, concomitantemente, o poder de uma categoria social determinada sobre o conjunto” (CASTORIADIS, 1982, p.132-33).

Pode-se inferir, portanto, que a autonomia é a capacidade de redefinir, “reelaborar” (OFFE e WIESENTHAL, 1984; SÁDER, 1988; SOUZA LIMA, 1993) todas as pressões e determinações externas – heteronomia – a partir de interesses e valores íntimos. Todos os autores citados, que se ocuparam da discussão em torno da autonomia/heteronomia, concordam em um ponto fundamental: a despeito das adversidades externas, a autonomia tende a predominar, tende a triunfar. Para que tal sentença seja falsa, é preciso admitir a eliminação total do indivíduo.

5.2 AUTONOMIA E HETERONOMIA NAS RELAÇÕES DE TRABALHO

A discussão inspira uma reflexão no contexto das relações de trabalho. A heteronomia se caracteriza em geral como relação abusiva entre as partes nas relações de trabalho, uma vez que o controle externo tende a restringir o espaço do outro. Se a autonomia significa relação de troca equilibrada entre as partes, a heteronomia, ao contrário, significa relação de desequilíbrio ou de abuso de uma parte em relação às outras.

Em suma, autonomia e heteronomia podem ser apresentadas como faces da mesma moeda e, em função disto, estão em constante relação de forças.

Com a revolução informacional surge uma nova relação homem/meio de trabalho. “Os sistemas inteligentes afastam-se do modelo do autômato do conhecimento, que substituiria o cérebro humano tal como as máquinas industriais

substituiriam o trabalho físico dos homens. Um sistema inteligente não pode funcionar sozinho. Ele só adquire sentido num diálogo com o sujeito” (LOJKINE, 1995, p. 137).

Desta forma, é possível pensar que a máquina informacional não substitui o homem – ao contrário, reclama sua presença e a interatividade, ampliando e liberando não só sua memória, mas também sua imaginação criadora.

É importante frisar que a ampliação de espaços à imaginação criadora não implica redução do controle sobre os profissionais. Para Faria (1997), a lógica da dominação capitalista, apesar de suas diversas facetas e roupagens, nada mais é do que o controle sobre o processo de trabalho. Configurando, desta forma, a exploração do trabalhador, decorrente de uma divisão do trabalho e de uma constituição de classe que se operam na sociedade. Para este autor,

as formas de dominação não se esgotam apenas no processo produtivo, na instituição e determinação do ritmo, na concepção e no planejamento diferenciados e distantes da produção, no arranjo físico das máquinas ou na introdução de novos equipamentos. A dominação se dá também na forma de gestão do processo de trabalho e em suas técnicas ou tecnologias específicas. Se, em função de mudança na tecnologia física, esgota-se a tecnologia de gestão, a renovação se impõe rapidamente (FARIA, 1997, p. 113).

O grau de controle sobre o processo de trabalho e de produção possibilitado pelo uso da microeletrônica é extraordinariamente maior. A qualidade e as formas deste controle são radicalmente distintas. O controle aumenta desde junto às máquinas (tanto sobre as máquinas em si como sobre os trabalhadores que as operam) e estende-se, na medida em que estas são progressivamente integradas, em níveis hierárquicos sucessivos, até os centros de decisão em níveis mais altos (TAUILLE, 1988).

Com o aperfeiçoamento das formas de controle, a partir da microeletrônica, torna-se viável exercê-lo a partir de distâncias até (inter)continentais, praticamente em tempo real. Uma grande corporação tem acesso a massas de informações enormes, e que crescem exponencialmente devido ao grau de integração e ao alcance permitidos pela microeletrônica (TAUILLE, 1988, p. 73).

O impacto da tecnologia microeletrônica tem sido profundo na produção manufatureira (FALABELLA, 1988). Do ponto de vista da empresa, o novo sistema de produção significa :

- a) um maior controle sobre o processo produtivo em cada posto de trabalho;
- b) maior controle sobre a folha funcional produtiva de cada trabalhador;
- c) é a ocasião para eliminar a conflitiva supervisão humana dos coletivos de trabalho a cada nível, ao eliminar o feito;
- d) possibilidade de desenvolver um trabalho (projeto, produção, controle de qualidade e distribuição) de forma integrada e interdisciplinar.

Segundo Faria, estas novas técnicas de gestão capitalistas nada mais são que uma atualização da forma de dominação do capital sobre a classe trabalhadora. Se por um lado, os trabalhadores, ao longo do tempo, vão superando estas formas de dominação, modificando as relações de poder dentro das organizações, por outro, os capitalistas vão aperfeiçoando as técnicas de gestão, buscando manter e ampliar controle e domínio sobre o processo produtivo do trabalho (FARIA, 1997).

Cumprir notar que “poder” aqui está sendo entendido como “a capacidade que tem uma classe social (...), uma categoria social ou grupos (...) de definir e realizar seus interesses objetivos específicos, mesmo contra a resistência ao exercício desta capacidade e independentemente do nível estrutural em que tal capacidade esteja principalmente fundamentada” (FARIA, 1987, p. 16).

Sendo assim, autonomia seria a tomada de consciência de que o poder não é externo. Quem exerce o poder é sempre uma minoria em função do desconhecimento, da alienação da maioria, uma vez que prevalece a crença de que o “outro” é quem manda, o “outro” é quem “detém” o poder. A lição fundamental esboçada por Foucault (1979) de que poder não é uma “coisa” que se possa “deter”, mas fundamentalmente uma “relação”, cai no esquecimento. Se poder é uma “relação” e não uma “coisa” qualquer pessoa ou grupo pode exercê-lo, não detê-lo. A rigor, a diferença sutil entre “deter” e “exercer” o poder remonta a uma das sentenças fundamentais de Marx: o principal e mais consistente pilar de todo o processo de dominação é a alienação. As crises nos processos de dominação indicam crises na alienação. Grupos “dominados” começam a se dar conta de que também são capazes de “exercer” o poder. Começam a perceber que, a despeito da pressão externa, há possibilidade de se impor, de ser autônomo.

Há de se notar que, mesmo com o desenvolvimento das máquinas de

tratamento da informação, os conflitos de poder, que estão na base das grandes organizações - empresas e administrações - não foram reduzidos (LOJKINE, 1995, p. 149). Além do que, a existência dos conflitos indica a luta contínua da autonomia com a heteronomia.

O conflito de poder nas unidades de saúde podem ser identificados nos depoimentos a seguir:

“a segurança é tanta que nem coisas básicas temos acesso” (Enf, US-25, 01 nov. 2001);

“as unidades são mal planejadas, quanto ao espaço e distribuição; possivelmente a pessoa que as idealizou não conhece nem um pouco as atividades de uma unidade de Saúde; prá se ter uma idéia, está prevista coleta de sangue, assim como outros materiais, mas não se tem uma sala específica, este exame é colhido em uma sala de triagem (ou coisa parecida)” (Aux, US-6, 08 out. 2001);

“cada atualização complica e complexifica o atendimento” (Aux, US-7, 08 out. 2001);

“eu acho que essa pessoa que eles escolheram prá elaborar [programas], eu acho que essas pessoas não estão elaborando corretamente...” (Aux5, US-18, 23 out. 2001);

“o distrito solicita um tipo de relatório, mas o sistema não fornece, portanto, ainda mantemos controles, à parte, em papel, pastas, para que possamos atender à demanda da própria SMS” (Aux, US-26, 06 nov. 2001);

“quem fez este programa não usa; não conhece nossa real necessidade” (Enf, US-28, 08 nov. 2001).

Os depoimentos relatam como os profissionais se sentem em relação à imposição do sistema informacional sobre o trabalho específico da saúde. Um programa de computador, que foi elaborado de fora para dentro, procurando adaptar o processo de atendimento ao programa informacional, reestruturando todo o processo de trabalho. Um sistema que bloqueia o acesso dos profissionais a determinadas áreas do sistema, configurando a oposição entre os próprios profissionais de saúde. De acordo com um dos entrevistados, “as pessoas que estão atrás, que comandam, tipo assim: eu não sou a programadora, mas a idéia é da pessoa que está mandando... eu vou fazer o que ela está me mandando. Eu acho que o programador não tem... conhecimento [do dia-a-dia]” (Aux6, US-18, 23 out. 2001).

O depoimento revela que, embora os profissionais percebam que a heteronomia é abusiva face ao processo de trabalho, não significa que eles percebam com clareza que isto simbolize a tentativa de “seqüestro” de sua própria

subjetividade (FARIA e MENEGETTI, 2001). Quando o profissional afirma “eu acho que o programador não tem conhecimento do dia-a-dia”, ele está admitindo uma certa insatisfação em relação ao seu conhecimento não aproveitado ou não valorizado pela organização, caracterizando uma desqualificação do profissional diretamente envolvido no processo de atendimento. Além disto, admite a existência do conflito de poder, isto é, da busca de autonomia.

5.3 A SUBJETIVIDADE NO TRABALHO

No século XX, tanto nas Ciências Sociais quanto nas Ciências Físicas e Naturais, surge uma tentativa de valorização da autonomia e da subjetividade. Aparece, no cenário da modernidade, a *subjetividade* como eixo articulador da mesma, devendo ser entendida como a questão do sujeito numa perspectiva social, cultural, portanto coletiva. O sujeito deixa de ser visto apenas como o indivíduo com determinadas características pessoais para assumir o papel do sujeito social, fruto de uma cultura, de um espaço, de um momento histórico-social.

O termo subjetividade engloba o que antes se denominava *ser humano*, *psiquismo*, *eu-privado*, *homem íntimo*, *indivíduo psíquico*, caracterizando esta relação sujeito/objeto não numa dimensão de pólos contrários, mas das relações que os mantêm. O sujeito se constitui numa relação com o outro sujeito e é *construído* pela integração do sujeito psíquico que tem uma história individual e portanto desejos, sonhos e fantasias, e o sujeito social, concebido como o sujeito da história social que a produz e dela recebe as transformações necessárias.

Há tendência em se acreditar que o sofrimento no trabalho foi atenuado ou até mesmo eliminado pela mecanização e a robotização, “que teriam abolido as obrigações mecânicas, as tarefas de manutenção e a relação direta com a matéria que caracterizam as atividades industriais” (DEJOURS, 2000, p. 27)

No entanto, comparações feitas entre diferentes empresas das indústrias têxtil e de confecções revelaram que raramente é vantajoso trabalhar numa fábrica com tecnologia avançada. O trabalho normalmente é mais repetitivo e cansativo. O salário, às vezes, é um pouco melhor, mas nem sempre. A rotatividade de mão-de-obra é considerável. Pode-se afirmar que “quaisquer expectativas de que a modernização tecnológica possa resolver rapidamente o problema das condições de

trabalho instáveis e mal remuneradas devem ser consideradas infundadas” (SCHMITZ, 1988, p. 138).

No caso dos escritórios, com a introdução da nova tecnologia, há aumento dos serviços. Um estudo identificou incremento do *stress* em 80% dos casos. Por exemplo, a tensão visual que produz o uso intensivo do vídeo, o aumento da intensidade do trabalho, a monotonia e a falta de satisfação, particularmente nos sistemas de secretaria centralizados, são elementos comumente associados com a mudança tecnológica. Da mesma forma, aumenta a fadiga, a dor nas costas, a dor de cabeça e a irritação de pele, podendo levar a doenças prolongadas que afeta o coração e produzem úlceras, hipertensão e neuroses (FALABELLA, 1988).

Uma das características do capitalismo é a ruptura entre trabalho e afetividade, ruptura entre produção da existência e reprodução da vida. O processo de produção separa do trabalhador o produto do seu trabalho. Ele não mais tem identificação com a mercadoria ou produto que fabrica. Não mais encontra prazer e satisfação no seu trabalho, tornando-se mais exigente quanto às relações com os outros (DEJOURS, 2000).

Sendo assim, a necessidade de manter vínculos com a organização ou com grupos (religiosos, políticos, associativos), leva o sujeito, por um lado, a internalizar e a reproduzir conceitos morais e éticos vigentes nestes ambientes, seja pela coerção ou pelo sentimento de cooperação com o outro (desejo do reconhecimento). Por outro lado, o sujeito passa a interpretar papéis (como um ator social), a viver uma realidade falsa com o único objetivo de sobreviver num universo onde os princípios éticos e morais podem ser completamente diferentes dos seus (FARIA, 2000).

Pignon e Querzola afirmam, “...o dinheiro não basta para satisfazer as necessidades humanas. O conteúdo do trabalho é essencial na satisfação ou no desprazer que o trabalhador experimenta ao executá-lo” (PIGNON e QUERZOLA, 1989, p. 109).

Na formulação de Dejours (1992), a organização do trabalho exerce sobre o homem uma ação específica, que impacta sobre o aparelho psíquico. Em certas condições, emerge um sofrimento que pode ser atribuído ao choque entre a história do indivíduo, portadora de projetos, esperanças e desejos, e uma organização do trabalho que os ignora. Esta organização do trabalho é entendida não só como a divisão do trabalho, divisão das tarefas entre os operadores, mas sobretudo, a

divisão dos homens para garantir e legitimar a hierarquia, repartições de responsabilidade e os sistemas de controle.

Este sofrimento começa quando o homem, no trabalho, não pode fazer nenhuma modificação na sua tarefa, no sentido de torná-la mais próxima às suas necessidades fisiológicas e a seus desejos psicológicos, ou seja, quando a relação homem-trabalho é bloqueada (DEJOURS, 1992).

Dejours afirma que a forma como se reveste o sofrimento varia de acordo com o tipo de organização do trabalho. Uma organização baseada nas tarefas repetitivas cria a insatisfação, se considerarmos o contato forçado com uma tarefa desinteressante, sem significação, levando a um sentimento de indignação, de desgosto. A falta de qualificação e de finalidade do trabalho podem remeter o indivíduo a um sentimento de inutilidade. Muitas vezes o trabalhador desconhece a própria significação do seu trabalho em relação ao conjunto de atividades da sua organização (DEJOURS, 1992).

O indivíduo necessita reafirmar a imagem de si (DEJOURS, 1992), o desejo de ser reconhecido (ENRIQUEZ, 1994; DEJOURS, 2000) pela organização. Quanto mais a tarefa é complexa, mais honroso é seu trabalho; quanto mais exige *know-how*, mais seu trabalho é admirado pelos outros.

Se por um lado, o indivíduo menos qualificado pode ser coagido a desenvolver atividades além de sua capacidade, por outro, o indivíduo qualificado pode ser subutilizado pela organização. Em ambos os casos, está presente o risco do fracasso e da insatisfação.

Quando o trabalhador se vê pressionado a exercer função na qual não tem o conhecimento necessário, ele sofre pelo sentimento de fracasso, pelo medo da humilhação, por medo do desemprego, por não atender às expectativas da organização.

No entanto, o trabalhador qualificado, que executa tarefas básicas em determinada organização, como um mero apertador de parafusos, sendo que possui condições de executar tarefas mais elaboradas, sofre com o fracasso de suas expectativas e valores construídos.

Esta forma de submissão ao trabalho faz com que o indivíduo assimile o sofrimento, frustrar qualquer possibilidade de satisfação. O trabalhador é ao mesmo tempo manipulador e objeto de manipulação, na medida em que sofre e provoca

sofrimento no outro.

E “é por intermédio do sofrimento no trabalho que se forma o consentimento para participar do sistema” organizacional. (DEJOURS, 2000, p.17). Este sistema gera um sofrimento crescente entre os que trabalham. Quanto mais se esforçam, mais são vítimas deste sofrimento, mais a frustração e a desilusão os acompanham. Desta forma o trabalho se descaracteriza como instrumento de satisfação e segurança para o indivíduo e sua família. Encontrar afeto no trabalho torna-se objeto de maior sofrimento.

O sofrimento então passa por vários estágios. O trabalhador sofre :

- a) por exercer tarefas de risco à saúde (doenças ou acidentes);
- b) por não satisfazer, à altura, as expectativas das organizações tais como: horário, formação, informação, instrução, experiência etc.;
- c) por estar em constante avaliação de sua competência profissional;
- d) por dificuldades em superar os obstáculos impostos por colegas de trabalho ou mesmo pela própria organização, que pressionam o trabalhador a exercer mal suas funções;
- e) pela necessidade do reconhecimento de seu trabalho, de seu esforço.

Um mecanismo de defesa contra o sofrimento é o de negar o próprio sofrimento e, em consequência, o sofrimento alheio. Esta negação proporciona o que Dejours chama de tolerância ao mal, de tolerância ao que está errado, às injustiças, ao sofrimento. Por um lado, os indivíduos são vítimas do sofrimento, da violência, de ameaças, mas, por outro, acabam provocando o sofrimento alheio como se fosse um processo comum, uma banalidade.

5.4 IMPACTOS DA TECNOLOGIA INFORMACIONAL

5.4.1 Impactos sobre a Autonomia

Loyola afirma que a introdução de novas tecnologias no processo produtivo provoca o incremento do controle gerencial tendendo a reduzir os espaços para a autonomia dos trabalhadores, no entanto, na busca pela eficácia, pela maior

produtividade e melhor desempenho produtivo, emergem, como respostas, grupos de trabalho empenhados em dominar esta nova tecnologia (LOYOLA, 1995). Portanto, a reação dos trabalhadores assegura maior autonomia sobre a execução do trabalho.

Barbarini, em estudo realizado com bancários, afirma que algumas formas de organização do trabalho prometem autonomia aos trabalhadores, no entanto, aumentam de tal forma as responsabilidades que não sobra tempo para a construção de um saber-fazer significativo. Num ambiente automatizado, a autonomia de decisões só se torna possível por existir uma grande coesão no grupo, o que garante que as decisões sejam cumpridas por todos. Esta coesão é uma estratégia de defesa utilizada pelo grupo e, por meio dela, unem forças para lutar contra as adversidades do dia-a-dia (BARBARINI, 2001). O resgate dos espaços para a autonomia ocorre, portanto, de forma simultânea à tentativa de seu seqüestro.

A rigor, ao que parece, para os autores elencados aqui, a tecnologia informacional tenta e faz de tudo para reduzir espaços para a autonomia dos profissionais, mas não consegue na íntegra. Os autores admitem a tentativa de seqüestro da autonomia, mas rejeitam a idéia de que isto de fato ocorra. Ocorre o processo inverso. Ao tentar negar espaços para a autonomia dos profissionais, a tecnologia informacional os força a lutar, mesmo que sem saber, pela auto-realização, a autonomia.

Os impactos da tecnologia informacional sobre os procedimentos autônomos e heterônomos podem ser observados no Tabela 12. A pesquisa revela que 50,2% dos profissionais concordam com a afirmação de que a implantação do sistema informatizado permite aumentar a produtividade do trabalho. A produtividade aqui abordada diz respeito à quantidade de atendimentos médicos nas unidades. Entretanto, o percentual dos profissionais que discordam desta afirmação chega a 49,8%, dados de concordância e discordância muito próximos.

TABELA 12 - TECNOLOGIA E PROCEDIMENTOS AUTÔNOMOS E HETERÔNOMOS: A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

CATEGORIA	DISCORDO %	CONCORDO %
A implantação do sistema permite aumentar a	49,8	50,2

produtividade do trabalho.		
Tornam as tarefas mais precisas e reguladas.	23	77
Permite melhor acompanhamento do tempo de trabalho por parte da administração.	25,7	74,3
Faz com que o profissional de saúde tenha que ficar mais atento no trabalho.	38,5	61,5
Reduz o poder de decisão do profissional de saúde em suas funções.	47,5	52,5
Permite melhor acompanhamento sobre as tarefas.	18,5	81,5
A responsabilidade no trabalho aumenta, pois é possível saber quem executou determinada tarefa.	24,9	75,1

Convém portanto, buscar o porquê desta proximidade nos depoimentos dos profissionais pesquisados. Em um destes depoimentos, o profissional relata que a implantação do sistema informatizado “torna o atendimento produtivo em termos de registro e não em termos de consultas. O número de consultas é o mesmo e, em alguns casos, diminuiu, pois os médicos não conseguem atender em 15 minutos um paciente, ou seja, os 16 previstos pelo sistema...” (Aux, US-13, 16 out. 2001). Quando o profissional afirma que o aumento se dá “em termos de registro e não em termos de consultas”, percebe-se o conflito gerado por este conceito. Os profissionais são cobrados em termos de “produtividade” mensal, medida em termos de procedimentos e registros efetuados. Sentem-se vigiados e testados na sua habilidade para lidar com o computador, pois sua produtividade depende do manuseio rápido ou lento do sistema.

Outro depoimento denota a preocupação do profissional em cumprir suas metas: “a implantação do sistema não permite o aumento da produtividade e sim limita o trabalho, levamos mais tempo para realizar o mesmo trabalho” (Enf, US-13, 16 out. 2001).

Nos depoimentos que seguem, os profissionais admitem o controle do processo de trabalho: “a produtividade é uma questão de controle da unidade. E também do distrito (...) e de lá prá Secretaria de Saúde” (Aux7, US-19, 24 out. 2001); “quanto ao trabalho, sempre existe cobrança ... sempre existe... a chefia sempre acha que a produtividade é baixa... por mais que a gente trabalhe. Tanto que o nosso Posto é um dos mais tranquilos [] em matéria de paciente. Mas mesmo assim sempre tem a cobrança da chefia. Chefia é chefia”. (Aux7, US-19, 24 out. 2001). Os

depoimentos revelam claramente a relação conflituosa entre imposições externas e indivíduo e a presença deste conflito evidencia a busca inconsciente pela autonomia.

Outro dado revelado pela pesquisa e que vem confirmar a assertiva acima é o de que 74,3% dos profissionais concordam que o sistema informatizado permite um melhor acompanhamento do tempo de trabalho por parte da administração. Estes profissionais, ao sentirem e admitirem a sofisticação no processo de controle de suas ações, admitem também que não se sentem à vontade, que não se sentem confortáveis em seus respectivos espaços profissionais. Ora, não se sentir confortável significa admitir indiretamente a possibilidade de resistência, de busca por autonomia.

A pesquisa também mostra que 77% dos profissionais concordam que o sistema informacional tornam as tarefas mais precisas e reguladas e que 81,5% dos entrevistados concordam que o sistema permite um melhor acompanhamento das tarefas. Neste sentido, conforme explicação anterior, a caracterização de uma melhoria no controle das atividades e das tarefas executadas pelos profissionais e, conseqüentemente, na manutenção dos números estatísticos derivados do trabalho qualificado nas unidades de saúde, tende a se configurar como tentativa de seqüestro da autonomia dos profissionais. Nunca sua vitória.

Na visão de 52,5% dos profissionais, a introdução do sistema informatizado reduz o seu poder de decisão nas suas funções específicas. Interessante salientar que este número corresponde a 55,7% dos auxiliares de enfermagem, 62,5% dos enfermeiros e apenas 39,4% dos médicos (Tabela 13). É provável que os dados estejam mostrando a tendência do médico, um profissional mais qualificado, a não deixar que o computador regule as suas funções, o seu compromisso com os pacientes/usuários das unidades de saúde. Procurando romper, talvez, com os procedimentos heterônomos do trabalho informatizado. Este dado pode estar revelando uma tentativa de autonomização do profissional diante do trabalho informatizado. Uma tentativa de buscar o equilíbrio entre os processos autônomos e heterônomos no trabalho.

TABELA 13 – REDUÇÃO DO PODER DE DECISÃO DO PROFISSIONAL

CATEGORIA	AUXILIAR DE	ENFERMEIRO	TOTAL
-----------	-------------	------------	-------

	ENFERMAG EM %	%	%	%
A implantação do sistema informatizado não reduz o poder de decisão do profissional em suas funções.	44,3	37,5	3,6	47,5
A implantação do sistema informatizado reduz o poder de decisão do profissional em suas funções.	55,7	62,5	3,4	52,5
Total	100	100	00	100

Os depoimentos que seguem mostram como os profissionais percebem o aumento da responsabilidade no trabalho:

“sabe, eu não sinto assim este controle, uma cobrança. A gente tem mais responsabilidade, porque você sabe... digamos assim... se eu me comprometi a atender um paciente hipertenso, dando medicação... então se o médico souber quem deu esta medicação sem receita, eu vou ter aquela responsabilidade que eu dei aquele medicamento sem o ok do médico, então você tem mais responsabilidade com todas as coisas”. (Aux9, US-30, 19 nov. 2001);

“eu acho que aumentou [a responsabilidade]. Eu acho que aumentou porque, você veja, se eu atendo um paciente, eu vou ter que dar baixa desse paciente na tela, então isso... acabando com aquele negócio de “Ahh, não fui eu que fiz tal coisa...” “Não fui eu que fiz aquela injeção”, “Não fui eu que peguei aquele medicamento”.. Sendo que você tem que dar baixa, teu login tá ali, não tem como você dizer não...então eu acho que aumentou...” (Aux3,09 jan. 2001);

“... eu não me sinto assim cobrada, mas eu me cobro muito. Eu acho que todas nós fazemos isso, porque todo mundo tem aquela responsabilidade, se eu vou dar alguma coisa prá alguém, eu tenho meus limites, o que eu posso fazer... Como fica tudo registrado, se eu dei medicação, tal dia, foi com a autorização do médico ou da enfermagem... fica tudo registrado... não tem como errar...” (Aux9, US-30, 19 nov. 2001).

Os depoimentos acima mostram que os profissionais se preocupam mais com a responsabilidade em suas atividades, uma responsabilidade muito mais ligada ao controle externo da organização do que a uma convicção profissional e pessoal do indivíduo. A responsabilidade aqui aparece em resposta a um procedimento heterônomo, uma preocupação com o que a organização vai pensar dos seus atos, uma resposta dada a uma exigência da organização.

Em raciocínio contrário, encontramos os seguintes depoimentos: “... a maioria discorda pois a responsabilidade é a mesma antes e depois; o computador

não interfere” (Aux, US-4, 4 out. 2001); ou ainda “eu acho que a responsabilidade com o sistema ou sem o sistema é igual porque o que a gente fazia antes, faz agora” (Aux8, US-20, 25 out. 2001). Estes profissionais sentem que a sua responsabilidade como profissional de saúde não foi alterada pela introdução do sistema informatizado, correspondendo aos 75,1% dos entrevistados que discordaram da afirmação de que houve aumento da responsabilidade.

O fato dos profissionais perceberem o controle e a necessidade de se preocuparem mais com o que fazem ou deixam de fazer com os pacientes, revela, mais uma vez, o desconforto diante da pressão externa. Perceber a pressão é o primeiro indicador da possibilidade concreta de busca ou resgate da sua autonomia e da subjetividade.

5.4.2 Impactos sobre a Subjetividade

A pesquisa no sistema de saúde informatizado mostra que ocorrem procedimentos que acabam burlando as regras impostas pelo sistema informacional. Procedimentos que revelam a “defasagem irreduzível entre a *organização prescrita* do trabalho e a *organização real* do trabalho” (DEJOURS, 2000, p. 30). Sejam quais forem as qualidades da organização do trabalho e da concepção, é impossível, nas situações comuns de trabalho, cumprir os objetivos da tarefa respeitando à risca as instruções e os procedimentos prescritos.

Os depoimentos abaixo revelam estes fatos:

“em alguns casos, como, por exemplo, uma criança com febre alta, dor de cabeça e na nuca, nós encaminhamos para o médico, pois achamos arriscado receitar AAS para uma criança, sendo que pode ser algo mais grave...então geralmente o médico diz: você me passou bobeira!!!... bobeira não, é uma vida e ele está doente!!!” (Aux, US-7, 08 out. 2001);

“prá você ter uma idéia... prá gente dar uma cobertura total, nós temos prontuários paralelos ... prá não correr o risco daquela informação ir embora, isso, às vezes, acontece...” (Méd1, US-13, 16 out. 2001);

“[função delegada]... a gente passa direto para o médico. Chegou a queixa, tem febre, “Eu quero consultar”. A mãe não aceita que você diga: “Teu filho não precisa de consulta... a gente acaba passando, se não tem prá hoje, se não é emergência... pode ser prá amanhã ou prá daqui a três dias”. (Aux1, 20 dez. 2000);

“... nós aqui na unidade, não sei nas outras, mas nós agimos assim: a gente primeiro chama

o paciente, conversa com o paciente, vê tudo direitinho, vê o peso, a altura, a pressão dele, conversa... vê o que ele tem, o que ele não tem primeiro, e daí algumas coisinhas que a gente pode esquecer..tipo altura, peso, a gente anota no ladinho do papel e conversa e atende ele normalmente. Depois que ele sai da sala, daí sim a gente vai prá máquina. Daí que a gente preenche no computador.. então a gente achou melhor assim. Algumas fazem assim, outras fazem direto”. (Aux3,09 jan. 2001).

“pra marcar consulta, eu vou colocar a queixa principal, tudo o que ela descreve...(...) aí você passa pra consulta ou não. Então você clica consulta pro mesmo dia e aparece as consultas que têm vaga pra hoje... então marco ela pra hoje, pro horário que tem. Não tem pra hoje... então vamos marcar pra amanhã... Então marco pra amanhã. Dá pra fazer ‘chuncho’ ...na hora que o computador pede tudo isso, eu bato só pontinho e ele passa pra frente... só que isso não é o ideal... não é o programa” (Aux1, 22 dez. 2000).

Quando o profissional diz: “nós encaminhamos o paciente para o médico, pois achamos arriscado”, ele está admitindo que transgride as regras¹⁹ do sistema em benefício da saúde de outro ser humano. Deixar de preencher os dados no computador simultaneamente ao atendimento com o paciente, também é um procedimento alternativo que visa não deixar de lado o contato humano com o paciente. Como foi frisado por outro profissional:

“não trabalhamos com tijolos, lidamos com gente... e a vida é importante. Se cometermos algum erro quem substituirá uma vida? Ninguém. Eu acho que se você respeita o seu ser, você é respeitado!” (Aux, US-6, 8 out. 2001).

As estratégias alternativas adotadas pelos profissionais são indicadores de “conflito de poder”, de “luta de classe”, de luta contra a heteronomia e em favor da autonomia. Demonstra que os profissionais permanecem em conflito entre o que o sistema prioriza e determina e o que a prática adquirida ao longo dos anos revela. Para os profissionais, burlar este sistema é manter e velar pela dignidade dos seus pacientes. Nas palavras de Dejours:

o processo de trabalho só funciona quando os trabalhadores beneficiam a organização do trabalho com a mobilização de suas inteligências, individual e coletiva (...) tais características, portanto, da inteligência no trabalho constituem o que costumamos chamar de ‘zelo’ no trabalho (DEJOURS, 2000, p.56-57).

¹⁹ As regras, à que nos referimos, neste ponto, são definidas pelo Manual de Práticas de Enfermagem – Acolhimento Solidário. Os profissionais de saúde devem fazer a triagem dos pacientes, decidindo se devem ou não encaminhá-los para consulta médica – exercício da função delegada. De acordo com as recomendações do referido Manual, em alguns casos, o profissional deve apenas orientar o paciente e pedir que retorne novamente, caso os sintomas não desapareçam.

Para Dejours (2000), o resultado das “estratégias coletivas de defesa” é a normalidade. Normalidade interpretada como o resultado de uma composição entre o sofrimento e a luta (individual e coletiva) contra o sofrimento no trabalho. A normalidade não implica ausência de sofrimento, muito pelo contrário, representa o resultado alcançado na dura luta contra a desestabilização psíquica provocada pelas pressões e pela precarização no trabalho.

Ainda conforme Dejours (2000), o primeiro efeito da precarização é a intensificação do trabalho e o aumento do sofrimento subjetivo; o segundo efeito é a neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento, contra a dominação e contra a alienação” (DEJOURS, 2000, p.51).

A normalidade e a negação do sofrimento estão presentes nos dados obtidos pela pesquisa no setor de saúde em questão. Como observamos na Tabela 10, 58,1% discordam de que a implantação do computador tenha sido lenta e de difícil adaptação pelos funcionários. O que os profissionais salientam é que a implantação foi rápida sim, mas de difícil adaptação pelos funcionários.

Os dados mostram, ainda, que 79,6% dos profissionais discordam de que a introdução do computador como instrumento de trabalho dificulta o atendimento ao paciente. A facilidade é atribuída ao melhor armazenamento das informações, redução no extravio de prontuários e melhor controle do fluxo de pacientes nas unidades e não na efetividade do atendimento médico. Conforme discussão do capítulo anterior, como instrumento gerencial, o computador tem se mostrado muito eficaz, mas na relação profissional-paciente deixa a desejar.

A aceitação do computador por parte da equipe é vista de forma positiva por 89,8% dos profissionais participantes da pesquisa: “a aceitação agora é boa... após o período triste da adaptação” (Aux, US-13, 16 out. 2001). A aceitação está vinculada à necessidade de responder às pressões causadas pelo sistema informacional. A partir do momento em que o sistema fornece dados sobre a produção individual dos profissionais, seu rendimento diário, semanal, mensal; o tempo médio de permanência dos pacientes na unidade, acaba por intensificar o controle sobre o trabalho. Desta forma, os profissionais não têm outra saída a não ser adaptar-se, aceitar o computador não como vilão, mas como aliado, caso contrário, não há espaço para o exercício de sua função.

Embora as questões anteriores mostrem profissionais otimistas frente às

facilidades proporcionadas pelo sistema informacional, a pesquisa mostra um dado contraditório, pois 53,2% dos profissionais concordam que, com a introdução do computador, o serviço dos profissionais de saúde aumentou. Por um lado, o sistema informacional é considerado como um instrumento facilitador no atendimento dos pacientes, por outro, acaba por aumentar o serviço dos profissionais de saúde.

TABELA 14 - TECNOLOGIA E SUBJETIVIDADE : A PERSPECTIVA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

SUBJETIVIDADE	DISCORDO %	CONCORDO %
A implantação do computador foi lenta e de difícil adaptação pelos funcionários	58,1	41,9
A introdução do computador como instrumento de trabalho dificulta o atendimento ao paciente.	79,6	20,4
Este novo procedimento de trabalho não tem boa aceitação por parte da equipe	89,8	10,2
Com o computador, aumenta significativamente o serviço dos profissionais de saúde	46,8	53,2
Seria melhor voltar ao processo anterior.	87,5	12,5

A contradição não está apenas nos números da pesquisa mas também, nos depoimentos. Os profissionais, muitas vezes, racionalizam suas respostas deixando de lado seus verdadeiros sentimentos e opiniões, como podemos observar na seqüência:

“dava vontade de pegar a bolsa e ir embora!!! (...) tem gente que chegou a chorar em cima desse computador, porque tinha hora que tinha trinta pacientes esperando prá avaliação e você só tinha feito umas dez.... então nesse sentido assim, a gente passou bastante estresse, mas agora não... agora a gente já está acostumado” (Aux8, US-20, 25 out. 2001);

“eu acho que a fase anterior... a gente estava acostumada a lidar mais com o paciente, e na informatização... eu não sei se porque a gente ficou um pouco nervoso, um pouco ansioso com a informatização, ... a gente não tinha curso... muitos de nós não sabe nem digitar direito, nem uma datilografia a gente não tinha.. então não tinha conhecimento nem do que era o mouse... nada” (Aux3,09 jan. 2001);

“no começo foi muito complicado, foi difícil ... a equipe toda passou por um treinamento prévio, mas foi um treinamento muito rápido, se não me engano uma semana, três dias... E muita gente não tinha nem conhecimento do computador e isso dificultou muito. Então no começo todos os usuários ali na tua porta e você tendo que atender a todos e dominar o sistema foi muito complicado. Então isso gerou conflitos até na equipe mesmo, porque cada um, na ansiedade de querer atender, de resolver e acabava não resolvendo e teve muita queixa de usuário ... e uma carga muito grande para a equipe na questão mental ... de estar aceitando toda esta carga, muito stress mesmo” (Enf5, US-18, 23 out. 2001);

“...prá mim eram duas coisas novas, lidar com o computador e o sistema, o programa que era diferente... era tudo diferente do que nós estávamos acostumados a ver ... então prá mim foi difícil... mas no final, a minha expectativa não foi tão ruim sabe... eu pensei que se eu fosse mexer nele fosse desligar tudo... apagar tudo, dar uma pane, que eu fosse estragar o programa [risadas].. e não é assim. Agora eu já estou mais segura... mas no começo não foi fácil... sou franca ao dizer que perdi algumas noites de sono, preocupada com o que eu ia fazer, só via aquela fila crescendo e eu fazendo confusão ali, porque a recepção é a porta de entrada...” (Aux4, 09 jan. 2001);

“foi angustiante. Foi angustiante, porque eu ... muita gente tem computador em casa, já lidava com computador...eu não tenho computador, nem sabia ligar o computador. Ah! Meu Deus do céu! Quando eles puseram o computador, eu ficava olhando prá ele... prá mim foi angustiante. E ainda mais quando me colocaram na recepção. Ah, meu Deus do céu! Eu não dormia a noite inteira. O que é que eu vou fazer! Porque o nosso treinamento foi mínimo, foram três dias só” (Aux4, 09 jan. 2001);

“morria de medo no começo, tinha vontade de ir embora, mudar de unidade” (Aux, US-14, 17 out. 2001);

“no começo, chegava até a chorar de raiva do computador” (Aux, US-20, 25 out. 2001);

“no começo, fiquei desesperada, achando que não ia aprender” (Aux, US-21, 26 out. 2001);

“precisa treinamento anterior, preparação psicológica antes. Fiquei nervosa, tensa; teve muita gente que sofreu; uma colega adoeceu e precisou de médico; houve desespero na unidade. ‘Esse é o computador, agora trabalhe’ Que sufoco! Nos adaptamos com o paciente em ‘cima!’” (Aux, US-25, 01 nov. 2001);

“sentiu-se mal no começo; foi tachada por não atender o número mínimo de pacientes. Já com dificuldades pela idade, o computador emperrava, travava, a impressora tinha problemas... os avaliadores diziam que ela não atendia bem ...(olhos se encheram de lágrimas)... com o computador em bom estado conseguiu conciliar o trabalho...” (Méd, US-11, 11 out. 2001);

“tenho raiva do computador” (Méd, US-21, 26 out. 2001).

Percebemos que, apesar de afirmarem que a implantação do sistema informacional nas unidades tenha sido rápida, a adaptação e aceitação dos profissionais não foi tão simples assim. Os profissionais admitem o medo, a raiva, a insegurança, o *stress*, a angústia, o desespero, o nervosismo, mas admitem também que, de uma forma ou de outra, superaram as dificuldades.

Por trás desta “superação”, encontramos mecanismos de defesa contra o sofrimento causado pela introdução de um “novo” instrumento de trabalho.

Este sofrimento se apresenta de forma mais intensa nos profissionais mais velhos da SMS. Profissionais que, muitas vezes, não tiveram contato anterior com

um computador. Na Tabela 15, pode-se verificar que apenas 17% dos profissionais participantes da amostra têm entre 21 e 30 anos, sendo que 44% dos profissionais têm entre 31 e 40 anos, 30% entre 41 a 50 anos, 10% com mais de 51 anos. Sabe-se que a utilização de computadores residenciais ou mesmo utilizados em empresas é recente, sendo melhor apreendida pelos jovens profissionais que vêm sendo educados na frente de um computador.

A Tabela 16 ilustra melhor este panorama. Mostra que 42,5% dos auxiliares de enfermagem estão classificados na faixa etária entre 31 e 40 anos e 32,3% entre 41 e 50 anos; 50% dos enfermeiros e 43,9% dos médicos estão na faixa dos 31 a 40 anos.

TABELA 15 – IDADE DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA, 2001

IDADE	FREQÜÊNCIA	PERCENTUAL	PERCENTUAL VÁLIDO	PERCENTUAL ACUMULADO
De 21 a 30 anos	44	17	17	17
De 31 a 40 anos	116	44	44	60
De 41 a 50 anos	79	30	30	90
Mais de 51 anos	26	10	10	100
Total	265	100	100	

TABELA 16 – IDADE DOS PROFISSIONAIS PARTICIPANTES DA PESQUISA POR CATEGORIA PROFISSIONAL, 2001

IDADE	AUXILIAR DE ENFERMAGEM	ENFERMEIRO	MÉDICO	TOTAL
	%	%	%	%
De 21 a 30 anos	14,4	31,3	15,2	16,6
De 31 a 40 anos	42,5	50,0	43,9	43,8
De 41 a 50 anos	32,3	18,7	28,8	29,8
Mais de 51 anos	10,8		12,1	9,8
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

O fator idade é muito importante para qualquer análise dos impactos da informatização, uma vez que retrata a dificuldade em se adaptar a instrumentos de trabalho tão sofisticados. Os profissionais mais jovens, crescem e formam-se com o auxílio deste instrumento. O computador está presente desde cedo, na escola, nas faculdades, nos jogos eletrônicos, nos bancos, em casa etc. Por sua vez, os profissionais mais antigos são surpreendidos todos os dias com novidades, precisam adaptar-se às mudanças tecnológicas, após terem sido formados e treinados por

meio de expedientes tradicionais de educação.

Quando os profissionais são questionados acerca da possibilidade de retorno ao processo anterior, 87,5% são, categoricamente, contrários. As respostas negativas são veementes. Após passarem por todo o sofrimento causado pela mudança não se admite retornar ao processo anterior, o que os profissionais querem é que o sistema melhore e se adapte às suas reais necessidades.

“... a partir do momento que cresce, você não pode querer voltar para trás [voltar ao processo anterior]. E o mundo hoje é da informática, querendo ou não... estando bloqueadas ou não as nossas mentes, elas têm que evoluir e o processo informatizado, ele te dá um parâmetro mais fidedigno do que o papel. Claro que existem mais erros, lógico! Como tem aquele que não dá baixa no medicamento, tem aquele que fez um monte de visitas domiciliares e não anotou... não deu entrada no sistema, não vai aparecer... mas...” (Enf2, US-5, 05 out. 2001);

“... eu acho que não deveria voltar o processo, porque eu acho assim: que já foi um grande progresso... a informatização... até porque ela é o auge agora em tudo o que você for fazer de trabalho... mas eu analiso assim... que deveria ter pessoas informatizando, fazendo este trabalho de digitação, não a enfermagem em si”. (Enf3, US-12, 15 out. 2001).

Percebemos, então, que alguns dos efeitos elencados por Dejours (2000) estão presentes, também, nas unidades de Saúde pesquisadas. O trabalho é intensificado, aumentando o sofrimento subjetivo dos profissionais.

No discurso a favor dos “benefícios” causados pelo sistema informacional revela-se o segundo efeito da precarização: a neutralização da mobilização coletiva contra o sofrimento, contra a dominação e contra a alienação. O computador está presente como uma realidade social, todos os setores da economia estão sendo informatizados e, portanto, o setor de saúde não pode fugir ao seu “destino”.

Do ponto de vista objetivo, os avanços são palpáveis. O progresso tecnológico, médico e econômico tem permitido vitórias diante do desafio de ganhar tempo. No entanto, do ponto de vista subjetivo, o efeito destas conquistas é o inverso. Embora possamos realizar o trabalho, em cada vez menos tempo, sente-se, cada vez mais, falta de tempo para fazer o que se deseja. A pressa inquieta, agita e alucina. “O superávit objetivo resulta em déficit subjetivo. Quanto mais economizamos tempo, mais carecemos dele” (GIANNETTI, 2000, p.31).

E esta busca revela o “triunfo da subjetividade” (GIANNETTI, 2000, p. 59-62), presente nos dados e depoimentos, tornando visíveis que o aumento das pressões e das formas de controle, a despeito de seus inegáveis efeitos negativos

sobre os profissionais, tende a forçá-los, mesmo que, sem saber direito, a resistir, a resgatar sua autonomia, a lutar pela sua subjetividade.

Neste sentido, a despeito da precariedade do trabalho do profissional de saúde, os indicadores de resgate ou de busca da autonomia aparecem subjacentes, sobretudo, nos momentos em que há negação das angústias e dos sofrimentos. Este fato comprova a idéia de que o “seqüestro” total da subjetividade só existirá de fato, caso se admita a extinção do ser humano.

5.5 CONSIDERAÇÕES

O presente capítulo mostra e explica por que a busca pela autonomia nas relações de trabalho no setor de saúde pesquisado, a despeito da precarização, foi intensificada a partir da introdução da tecnologia informacional.

Mesmo reconhecendo a força das práticas heterônomas, não há predomínio destas sobre a autonomia. Os dados e depoimentos tornam visíveis que o aumento das pressões e das formas de controle tendem a forçar os profissionais, mesmo que, sem saber direito, a resistir, a garantir espaços para sua autonomia. É bem verdade que esta resistência aparece na forma de negação das adversidades, mas está presente.

O computador acaba sendo utilizado pela organização como processo mediador²⁰ entre organização e indivíduo. Por um lado, a organização moderniza o serviço de atendimento por meio da informática, objetivando uma melhoria no

²⁰ O processo de mediação se coloca como uma ponte entre restrições (coerções) da empresa e os privilégios oferecidos aos indivíduos. A empresa busca desenvolver forças produtivas com iniciativa, motivadas, com capacidade de criação, cooperação e ao mesmo tempo garantir o controle, a subordinação dos trabalhadores aos objetivos da empresa e do sistema capitalista. “A mediação assegura o controle pelo fato de que a contradição é ‘resolvida’ pela empresa” (PAGÉS, 1987, p. 27-28).

atendimento à saúde pública e buscando melhores resultados sociais. Por outro, reorganiza o processo de trabalho, aumentando o serviço dos profissionais de saúde e intensificando o controle psicológico sobre o indivíduo no trabalho.

Portanto, o trabalho, mais uma vez, encontra-se precarizado. Mas a precarização, ao invés de inviabilizar, oportuniza e legitima a busca pela autonomia e pela subjetividade humana. Evidentemente, a presente pesquisa amplia a percepção de que relações equilibradas entre procedimentos autônomos e heterônomos podem trazer vantagens tanto para a organização quanto para os profissionais de saúde. Um ambiente organizacional, onde os profissionais exerçam suas funções com responsabilidade, confiança e satisfação, pressupõe espaços para a auto-realização humana.

CONCLUSÃO

Conforme os dados da presente pesquisa, o que se percebe é que, especificamente, a tecnologia informacional computadorizada altera o trabalho, o processo de trabalho, as relações sociais do trabalho e as mais diversas experiências associativas ligadas ao setor de saúde.

Observou-se que, com a introdução do computador, o tempo é reduzido, dificultando e prejudicando maior interação com os pacientes. Os próprios médicos admitem que, com o advento do computador, há uma inexorável precarização não apenas do processo de trabalho, mas sobretudo dos seres humanos envolvidos.

Desta forma, a introdução das tecnologias computadorizadas tendem a negar espaços para a auto-realização humana tanto dos profissionais da saúde quanto dos usuários. É inegável e visível a precarização dos aspectos qualitativos da existência humana em favor de valores quantitativos e funcionais à racionalidade instrumental, à lógica de “mercado”.

Os diversos impactos provocados pela introdução da tecnologia informacional sobre a qualificação específica dos profissionais de saúde tendem a precarizar o trabalho como um todo. Qualificação entendida como a formação específica na área de saúde, equivocadamente caracterizada até mesmo pelos profissionais da saúde, como formação técnica.

O presente trabalho reivindica modestamente uma redefinição do conceito de qualificação. É um pleito, uma reivindicação que evidencia os limites da noção clássica da qualificação, por considerá-la não apenas funcional, mas principalmente submissa à racionalidade instrumental. Aceitar a qualificação da forma como está posta, inclusive na cabeça dos profissionais da área, no seu sentido estrito, significa elaborar uma análise pouco crítica, resignada das experiências associativas, que não é o caso.

Os dados revelam que, no setor de saúde, os investimentos em conhecimento técnico e específicos foram praticamente nulos, priorizando mais o condicionamento técnico do profissional do que propriamente conhecimento. Nesta perspectiva, o setor está no contra-fluxo daquilo que Demo chama “sociedade do conhecimento”, uma vez que prioriza mais o condicionamento do profissional do que propriamente conhecimento na perspectiva emancipatória presente na formulação

de Demo.

A aproximação do sistema técnico informacional do sistema de saúde tende a precarizar a qualificação do profissional de saúde à medida que exige conhecimento além da natureza de suas atividades, obrigando-o a se familiarizar com um instrumento estranho ao seu próprio trabalho.

O processo de trabalho – inclusive na saúde - exige maior qualificação em termos tecnológicos do que específicos em termos profissionais. Se, em outros setores da vida produtiva contemporânea, profissionais valorizados são os que possuem uma maior intelectualização ou melhor preparo para o trabalho automatizado, no setor de saúde, o que ainda tem valor é a formação específica – na área médica - do profissional. Sem ela, será de pouca valia o domínio do trabalho automatizado.

A principal conclusão da pesquisa é que, no processo de determinação da qualidade do serviço de saúde, a tecnologia informacional é secundária (Eiglier e Langeard têm razão).

Também, cai por terra a crença de que a tecnologia informacional vem para otimizar o processo de produção da mesma forma que ocorre em outros setores. A crença pode ser sustentável em outros setores, porém na saúde não procede. Não houve aumento de atendimentos, não se reduziram filas e ainda houve precarização do atendimento.

Se qualidade na saúde é definida pelo equilíbrio dinâmico entre profissionais, pacientes, máquinas e comunidade, este equilíbrio foi comprometido, logo, a precarização e a desumanização no atendimento é um fato.

Qualquer “inovação” para o serviço de saúde pressupõe, em primeira instância, sofisticação, não das máquinas, e sim, das pessoas por intermédio do aperfeiçoamento específico na área de saúde e, sobretudo, na dimensão humana dos profissionais. Quando isto ocorrer, será possível falar em qualidade no atendimento e na relação entre profissional e paciente.

Estratégias utilizadas para buscar maior eficiência no atendimento à população devem estar de acordo com a realidade deste serviço, ou ainda, com o objetivo primordial de humanizar o atendimento. Humanizar no sentido de tratar o ser humano como sujeito, como senhor de sua própria existência, não como coisa, como objeto, enfim, como máquina.

A busca pela autonomia nas relações de trabalho, no setor de saúde pesquisado, a despeito da precarização, foi intensificada a partir da introdução da tecnologia informacional. Mesmo reconhecendo a força das práticas heterônomas, não há predomínio destas sobre a autonomia. Os dados e depoimentos tornam visíveis que o aumento das pressões e das formas de controle tendem a forçar os profissionais, mesmo que, sem saber direito, a resistir, a tentar resgatar sua autonomia.

Embora a tecnologia informacional apresente tendência ao seqüestro da subjetividade do indivíduo, isto não acontece de forma absoluta. O que se vislumbra é o triunfo da subjetividade do sujeito no trabalho, mostrada por meio dos mecanismos de resistência dos profissionais, o resgate de uma visão do homem como sujeito, estando sempre presente esta possibilidade de sua emancipação.

Portanto, o trabalho, mais uma vez, encontra-se precarizado. Mas a precarização, ao invés de inviabilizar, oportuniza e legitima a busca pela autonomia e pela subjetividade humana. Evidentemente, a presente pesquisa amplia a percepção de que relações equilibradas entre procedimentos autônomos e heterônomos podem trazer vantagens tanto para a organização quanto para os profissionais de saúde. Um ambiente organizacional, onde os profissionais exerçam suas funções com responsabilidade, confiança e satisfação, pressupõe espaços para a auto-realização humana.

Do ponto de vista teórico, a presente pesquisa traz uma modesta contribuição, uma vez que, ao redimensionar o conceito de qualificação, extrapola o aspecto unicamente tecnicista do conceito.

Quando se fala na subjetividade e/ou na autonomia, chama-se a atenção de que não é possível o seqüestro total da subjetividade humana. Isto, ao contrário do que possa parecer, significa uma complementação às análises apresentadas no trabalho que se ocuparam do assunto.

Estas duas conclusões teóricas carecem e abrem a possibilidade de melhor investigação acerca do resgate da subjetividade humana.

Em termos práticos, o presente trabalho se projeta como referência para outros estudos, em outras capitais brasileiras ou outros municípios, que estejam ou venham passar por esta experiência da aproximação do sistema técnico informacional em relação ao sistema de saúde.

Além do que, poderá, em primeiro lugar, servir de apoio a futuras políticas públicas de saúde menos tecnicistas, mais amplas e que não estejam, nem *a priori* nem *a posteriori*, resignadas à racionalidade técnica, priorizando, portanto, uma visão de homem multidimensional. E, em segundo, alertar para o fato de que qualquer estudo futuro sobre a saúde não pode apreendê-la apenas em seus aspectos quantitativos, e sim qualitativos ou substantivos.

Em suma, o trabalho, como um todo, é uma tentativa de resgate da multidimensionalidade humana.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Léo Grieco de. **Qualidade** : introdução a um processo de melhoria. Rio de Janeiro : Qualitymark, 1995.

ANDREASSI, Tales. **Inovação em serviços**: desafios e oportunidades. Jornal da SBPC, 25 jan. 2002.

ANTUNES, Ricardo. **Adeus ao Trabalho**. Campinas : Cortez, 1995.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 6023**: informação e documentação – referências – elaboração. Rio de Janeiro: 2000.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10520**: informação e documentação – apresentação de citações em documentos. Rio de Janeiro: 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 14724**: informação e documentação – trabalhos acadêmicos - apresentação. Rio de Janeiro: 2001.

AUX1. Entrevista exploratória concedida por auxiliar de enfermagem. Curitiba, 22 dezembro 2000.

AUX2. Entrevista exploratória concedida por auxiliar de enfermagem. Curitiba, 28 dezembro 2000.

AUX3. Entrevista exploratória concedida por auxiliar de enfermagem. Curitiba, 09 janeiro 2001.

AUX4. Entrevista exploratória concedida por auxiliar de enfermagem. Curitiba, 09 janeiro 2001.

AUX5. Entrevista concedida por auxiliar de enfermagem da Unidade de Saúde Estrela. Curitiba, 23 outubro 2001.

AUX6. Entrevista concedida por auxiliar de enfermagem da Unidade de Saúde Concórdia. Curitiba, 24 outubro 2001.

AUX7. Entrevista concedida por auxiliar de enfermagem da Unidade de Saúde Parque Industrial. Curitiba, 25 outubro 2001.

AUX8. Entrevista concedida por auxiliar de enfermagem da Unidade de Saúde Barigui. Curitiba, 19 novembro 2001.

BARBARINI, Neuzi. **Trabalho bancário e reestruturação produtiva**: implicações no psiquismo dos trabalhadores. Porto Alegre, 2001. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

BARBOSA, Solange de Lima; FARIA, José Henrique de. Comprometimento : uma avaliação crítica sobre a práxis organizacional. In: XXIV CONGRESSO ANUAL DA ANPAD (2000, Florianópolis). **Anais...** Florianópolis: ANPAD, 2000. 1 CD-ROM.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa : Edições 70, 1979.

BRAGA, Ruy. Luta de classes, reestruturação produtiva e hegemonia. In: KATZ, C; BRAGA, R.; COGGIOLA, O. **Novas tecnologias** : crítica da atual reestruturação produtiva. São Paulo : Xamã, 1995.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**. 3.ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1987.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro : Jorge Zahar, 1988.

CARR, David K; LITTMAN, Ian D. **Excelência nos serviços públicos** : gestão da qualidade total na década de 90. Rio de Janeiro : Qualitymark, 1992.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. A era da informação: economia, sociedade e cultura. São Paulo : Paz e Terra, 1999. Vol.I

CASTORIADIS, Cornelius. **A instituição imaginária da sociedade**. 3 ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1982.

CASTRO, Nadya A. Organizações do trabalho, qualificação e controle na indústria moderna. **Trabalho e educação** – Coletânea da Conferência Brasileira de Educação – C.B.E. 2ª ed. São Paulo : Papirus, 1994.

CODO, W; SAMPAIO, J. J.; HITOMI, A.H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento**: uma abordagem interdisciplinar. 3ª ed. Petrópolis : Vozes, 1998.

CORIAT, Benjamin. Automação programável: novas formas e conceitos de organização da produção. In.: SCHIMTZ, H; CARVALHO, R. Q. **Automação, competitividade e trabalho** : a experiência internacional. São Paulo : Hucitec, 1988.

COTTA, Rosângela Minardi Mitre *et alii*. O município e a nova lógica institucional do setor saúde: uma análise empírica do cenário local. **Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 54-62, set/dez, 1999.

DELLAGNELO, Eloise L.; MACHADO-DA-SILVA, Clóvis L. Literatura sobre novas formas organizacionais: onde se encontram as evidências empíricas de ruptura com o modelo burocrático de organizações? In: XXIV CONGRESSO ANUAL DA ANPAD (2000, Florianópolis). **Anais...** Florianópolis: ANPAD, 2000. 1 CD-ROM.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho** : estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. ampliada, São Paulo : Cortez – Oboré, 1992.

_____. **A banalização da injustiça social**. 3ª ed. Rio de Janeiro : Editora FGV, 2000.

DEMO, Pedro. Conhecimento como vantagem comparativa. **Revista da FAE**. v. 2, n. 1, jan/abr, Curitiba, 1999.

DICIONÁRIO DE CIÊNCIAS SOCIAIS. 2ed. Rio de Janeiro : Editora da Fundação Getúlio Vargas, 1987.

DIEESE. **Trabalho e reestruturação produtiva**: 10 anos de linha de produção/DIEESE. São Paulo : DIEESE, 1994.

ENRIQUEZ, Eugène. O vínculo grupal. In: ENRIQUEZ, E. **Psicossociologia : análise social e intervenção**. Petrópolis : Vozes, 1994.

ENF1. Entrevista concedida por enfermeira da Unidade de Saúde Santa Cândida. Curitiba, 01 outubro 2001.

ENF2. Entrevista concedida por enfermeira da Unidade de Saúde Vista Alegre. Curitiba, 05 outubro 2001.

ENF3. Entrevista concedida por enfermeira da Unidade de Saúde Salvador Allende. Curitiba, 15 outubro 2001.

ENF4. Entrevista concedida por enfermeira da Unidade de Saúde Vila Clarice. Curitiba, 19 outubro 2001.

ENF5. Entrevista concedida por enfermeira da Unidade de Saúde Estrela. Curitiba, 23 outubro 2001.

FALABELLA, Gonzalo. Microeletrônica e sindicatos : a experiência européia. In.: SCHIMTZ, H; CARVALHO, R. Q. **Automação, competitividade e trabalho** : a experiência internacional. São Paulo : Hucitec, 1988.

FARIA, José Henrique de. **Comissões de fábrica: poder e trabalho nas unidades produtivas**. Curitiba : Criar, 1987.

_____. **Tecnologia e processo de trabalho**. 2ª ed. Curitiba : Editora da UFPR, 1997.

_____. **Ética, moral e democracia** : os paradoxos da práxis organizacional. Curitiba : UFPR, 2000.

FARIA, José Henrique de.; MENEGHETTI, Francis Kanashiro. O seqüestro da subjetividade e as novas formas de controle psicológico no trabalho: uma abordagem crítica ao modelo *toyotista* de produção. In: XXV CONGRESSO ANUAL DA ANPAD (2001, Campinas). **Anais...** Campinas: ANPAD, 2001. 1 CD-ROM.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 13ª ed. Rio de Janeiro : Edições Graal, 1979.

GIANNETTI, Eduardo. **Nada é tudo: ética, economia e brasilidade**. Rio de Janeiro : Campus, 2000.

GODOY, Arilda S. Pesquisa qualitativa : os tipos fundamentais. **RAE**. São Paulo, v. 35, n.3, p. 20-29, mai/jun, 1995.

GONÇALVES, José Ernesto Lima; GOMES, Cecília de Almeida. A tecnologia e a realização do trabalho. **RAE** . São Paulo, v. 33, n.1, p. 106-121, jan/fev, 1993.

GORZ, André. O despotismo de fábrica e suas conseqüências. **Crítica da divisão do trabalho**. Org. e Apres. André Gorz. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.
HARNECKER, Marta. **Tornar possível o impossível: a esquerda no limiar do século XXI**. São Paulo : Paz e Terra, 2000.

HARVEY, David. **Condição pós-moderna**. São Paulo : Loyola, 1993.

INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Redação e editoração**. Curitiba : Editora da UFPR, 2001. 96p (Normas para apresentação de documentos científicos, 8)

KAWAMURA, Lili K. Tecnologia e saúde nas diferentes perspectivas de entidades associativas de médicos. **Revista de Administração de Empresas**, Rio de Janeiro : v.27, n. 2, p. 48-55, abr./jun., 1987.

KERLINGER, Fred N. **Metodologia da pesquisa em ciências sociais**. São Paulo : Editora da USP, 1980.

LAKATOS, Eva Maria; BRUTSCHER, Sônia Maria. O conceito saúde-doença analisado através dos tempos e a prática previdenciária no Brasil. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 54, p. 75-89, jan./abr., 2000.

LEITE, Marcia de Paula. Reestruturação produtiva, novas tecnologias e novas formas de gestão da mão-de-obra. In : **O mundo do trabalho** : crise e mudança no final do século. OLIVEIRA, C. A. B. de, et alii (Orgs.), São Paulo : Scritta/Cesit/Unicamp, 1994.

LOJKINE, Jean. **A revolução informacional**. São Paulo : Cortez, 1995.

LOYOLA, Sonia. **Os reflexos da automação sobre o processo produtivo** : o caso da Indústria de Refrigeração Paraná. Curitiba, 1995. Dissertação (Mestrado em Administração: Estratégias e Organizações) – Setor de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

MACHADO, Lucília R. de S. Mudanças tecnológicas e a educação da classe trabalhadora. **Trabalho e educação** – Coletânea da Conferência Brasileira de Educação – C.B.E. 2ª ed. São Paulo : Papyrus, 1994.

MACHADO, Maria Helena. Trabalhadores da saúde: um bem público. **Saúde em Debate**. Simpósio. n. 48, p. 54-57, set, 1995.

_____. Gestão do trabalho em saúde no contexto de mudanças. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v. 34, n. 4, p. 133-46, jul/ago, 2000.

MAIA, Paulo Ricardo da Silva. Reflexões sobre o processo de tecnificação da medicina no Brasil. **Revista de Administração Pública**. Rio de Janeiro, v 18, n. 4, p. 100-24, out/dez, 1984.

MALHOTRA, Naresh K. **Pesquisa de Marketing** : uma orientação aplicada. 3 ed. Porto Alegre : Bookman, 2001.

MARX, Karl. **O capital**: crítica da economia política. 12ª ed. Rio de Janeiro : Bertrand Brasil S. A., 1988. (Livro I, Volume I)

MÉD1. Entrevista concedida por médico da Unidade de Saúde Nossa Senhora Aparecida. Curitiba, 16 outubro 2001.

MOYSÉS, Samuel Jorge. A construção social do Distrito Sanitário. In: Ducci, Luciano e outros (Orgs.) **Curitiba**: a saúde de braços abertos. Rio de Janeiro : CEBES, 2001. p. 21-32.

OFFE, Claus & WIESENTHAL, Helmut. Duas lógicas da ação coletiva: notas teóricas sobre a classe social e a forma de organização. In: OFFE, Claus. **Problemas estruturais do Estado**. Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1984, p.56-118.

PAGÉS, Max et alii. **O poder das organizações**. São Paulo : Atlas, 1987.

PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de práticas de enfermagem**: a saúde de braços abertos. Curitiba, 1999.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório do 3º Trimestre de 2001**. Curitiba, 2001.

_____. **Comparativo anual de atividades** 1999-2000. Curitiba, 2001.

PENTEADO, Anna Paula et alii. Regulação do SUS em Curitiba : um exercício de gestão de recursos em busca da equidade. In: DUCCI, Luciano e outros (Orgs.) **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro : CEBES, 2001. p. 33-42.

PIAGET, Jean. **O julgamento moral na criança**. São Paulo : Mestre Jou, 1977.

PIGNON, Dominique; QUERZOLA, Jean. Ditadura e democracia na produção. **Crítica da divisão do trabalho**. Org. e Apres. André Gorz. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo : Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social - CUT, Annablume, 1998.

SÁDER, Éder. **Quando novos personagens entraram em cena**. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1988.

SCHMITZ, Hubert. Automação, microeletrônica e trabalho: a experiência internacional. In.: SCHIMTZ, H; CARVALHO, R. Q. **Automação, competitividade e trabalho** : a experiência internacional. São Paulo : Hucitec, 1988.

SCHNEIDER, Ana Luiza et alii. Informatização dos processos de trabalho em Curitiba – a história do Cartão Qualidade-Saúde de Curitiba. In: Ducci, Luciano et alii. (Orgs.) **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro : CEBES, 2001.

SCURUPA, Vera Lúcia. **Acolhimento Solidário** : uma aproximação com o usuário. Monografia (Especialização em Saúde Coletiva). Curitiba : UTP, 1999.

SENNET, Richard. **A corrosão do caráter**: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo. Rio de Janeiro: Record, 1999.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde : a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 81-92, set/dez, 1999.

SHIMAZAKI, Maria Emi. Et alii. Acolhimento Solidário : a saúde de braços abertos. In: Ducci, Luciano e outros (Orgs.) **Curitiba: a saúde de braços abertos**. Rio de Janeiro : CEBES, 2001. p. 63-77

SOUZA LIMA, José Edmilson de. **Força política do movimento sindical e produção da estrutura sindical brasileira**. Curitiba, 1993. Monografia (Ciências Sociais). Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.

TAUILE, José Ricardo. Automação microeletrônica e competitividade : tendências no cenário internacional. In.: SCHIMTZ, H; CARVALHO, R. Q. **Automação, competitividade e trabalho** : a experiência internacional. São Paulo : Hucitec, 1988.

TAVARES, Maria da Conceição; ASSIS, José Carlos de. **O grande salto para o caos**. 2.ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1986.

TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais** : a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1987.

WEBER, Max. **Ensaio de Sociologia**. 4.ed. Rio de Janeiro : Zahar, 1970.

_____. **Os Pensadores**. 2.ed. São paulo : Abril Cultural, 1980.

APÊNDICE A – ASPECTOS METODOLÓGICOS

1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

1.1 DELIMITAÇÃO E *DESIGN* DA PESQUISA

1.1.1 Delineamento da pesquisa

Esta pesquisa é um estudo de caso *ex-post-factum* seccional com avaliação longitudinal e se valeu de abordagem descritivo-qualitativa. O nível de análise é organizacional e as unidades de análise são: o grupo de auxiliares de enfermagem, os enfermeiros e os médicos da organização em estudo.

Segundo Godoy (1995) “o estudo de caso tem-se tornado a estratégia preferida quando os pesquisadores procuram responder como e por que certos fenômenos ocorrem, quando há pouca possibilidade de controle sobre os eventos estudados e quando o foco de interesse é sobre fenômenos atuais, que só poderão ser analisados dentro de um contexto de vida real” (GODOY, 1995, p. 25).

O presente estudo também se caracteriza como pesquisa *ex-post-factum* por não pretender manipular os fenômenos em análise (KERLINGER, 1980).

A pesquisa qualitativa foi utilizada por (a) ter o ambiente natural como fonte direta dos dados e o pesquisador como instrumento-chave; (b) ser descritiva; (c) manter o pesquisador preocupado com o processo e não simplesmente com os resultados e o produto; (d) os dados tendem a ser analisados indutivamente; e (e) ter como preocupação essencial o significado dos dados (TRIVIÑOS, 1987, p. 128).

Procurou-se, por meio dos instrumentos de pesquisa, coletar o maior número de informações possíveis, com o propósito de apreender a globalidade da situação. Partiu-se de um referencial teórico, com o auxílio do qual pretendeu-se responder às perguntas iniciais de pesquisa.

Tendo em vista o objetivo deste trabalho, serão realizadas algumas entrevistas semi-estruturadas e aplicação dos formulários Escala Likert aos auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos das unidades de saúde em estudo.

1.1.2 População

A população de interesse desta pesquisa é constituída pelos profissionais de saúde – auxiliares de enfermagem, enfermeiros e médicos – lotados nas 88 Unidades de Saúde já informatizadas do Município de Curitiba (dados de setembro de 2001), que estejam exercendo sua função desde 1998. Profissionais estes que puderam contribuir com experiências adquiridas antes, durante e depois da informatização.

O quadro abaixo relaciona o número de profissionais de saúde no terceiro trimestre de 2001, distribuídos em 105 unidades de saúde do município. Ao todo são 2605 profissionais médicos, auxiliares e enfermeiros. Muitos destes profissionais são recém contratados pela Secretaria de Saúde e, portanto, não conheceram o processo de atendimento anterior à informatização.

TABELA 1: DISTRIBUIÇÃO DOS RECURSOS HUMANOS EXISTENTES NA SMS, POR CATEGORIA PROFISSIONAL NO 3º TRIMESTRE DE 2001

CATEGORIA PROFISSIONAL	Número
Médico	742
Enfermagem	385
Odontólogo	497
Auxiliar de Enfermagem	1.478
Técnico de Enfermagem	37
Técnico de Higiene Dental	183
Auxiliar de Cons. Dentário	520
Outros	1.071
TOTAL	5.913

Fonte: Núcleo de Recursos Humanos – SMS *citado por* Relatório 3º Trimestre de 2001 da SMS

Não foi possível reunir informações sobre o número exato da população de interesse desta pesquisa. Muitos foram os motivos, dentre eles: dificuldades em se ter acesso às informações sobre Recursos Humanos na Secretaria Municipal de Saúde; tempo hábil para levantar este número unidade por unidade; a rotatividade dos profissionais de saúde do município.

1.1.3 Amostra

Devido às características próprias da população de interesse desta pesquisa, optou-se pela amostragem não probabilística por julgamento. Este método é usado quando cada elemento da população possui uma probabilidade

desconhecida de seleção, sendo que a amostragem é feita por conveniência, em que os elementos da população são selecionados com base no julgamento do pesquisador (MALHOTRA, 2001).

Dadas as dificuldades citadas no item anterior, a determinação da amostra inicial foi baseada em um número populacional estimado. Considerando que o número de 88 unidades de saúde informatizadas corresponde a 84% do total das unidades, a população de interesse foi estimada em 84% do total dos profissionais de saúde vinculados à SMS, aproximadamente 2180.

Sendo assim, o tamanho inicial da amostra determinado foi de 327, considerando intervalos de confiança em torno de proporções amostrais. Admitiu-se um erro em torno de 5%; o nível de confiança estabelecido foi de 95%; o valor de “z” igual a 1,96; e “p” estimado de 50%.

A partir daí, os procedimentos amostrais seguiram algumas etapas, descritas a seguir.

Em uma primeira etapa, foi realizada pré-seleção das unidades de saúde informatizadas, levando em consideração o critério básico de ***tempo de informatização***.

Este critério considera as unidades que foram informatizadas no período de fevereiro/99 a julho/2000, para que a pesquisa pudesse contar com no mínimo (01) ano de sistema informatizado nas unidades selecionadas.

Com a aplicação do primeiro critério, selecionamos previamente um total de 67 unidades, adiante descritas (Tabela 2).

Numa segunda etapa, definiu-se outros dois critérios de seleção: ***tempo de permanência dos funcionários e distribuição regional das unidades***.

O tempo de permanência dos funcionários no cargo justifica-se por selecionar unidades que possuam o maior número de profissionais que estejam no cargo desde o início de 1998.

O critério espacial ou regionalizado leva em consideração que as unidades de saúde do município estão organizadas em 8 Distritos Sanitários que são: Santa Felicidade, Boa Vista, Matriz, Cajuru, Portão, Boqueirão, Pinheirinho e Bairro Novo.

PRIMEIRA ETAPA

TABELA 2 – UNIDADES SELECIONADAS PELO PRIMEIRO CRITÉRIO - 2001

UNIDADES	DATA DA INFORMATIZAÇÃ O	UNIDADES	DATA DA INFORMATIZAÇ ÃO
Abaeté	18/01/00	Pompéia	28/02/00
Atenas	27/04/00	Sabará	08/12/99
Atuba	18/01/00	Salvador Allende	04/07/00
Augusta	27/04/00	Santa Amélia	01/12/99
Aurora	01/12/99	Santa Cândida	06/03/00
Bacacheri	27/07/00	Santa Efigênia	20/01/00
Bairro Alto	17/01/00	Santa Felicidade	27/04/00
Bairro Novo	28/07/00	Santa Quitéria	03/12/99
Barigüi	02/12/99	Santa Rita	03/05/00
Barreirinha	18/01/00	São Braz	03/05/00
Caiuá	07/12/99	São Domingos	31/08/99
Cajuru	30/08/99	São João Del Rey	01/06/00
Camargo	19/07/99	São José	28/04/00
Campina do Siqueira	04/05/00	São Miguel	01/12/99
Cândido Portinari	03/12/99	São Paulo	19/07/99
Concórdia	09/03/00	Solitude	20/07/99
Esmeralda	09/05/00	Taís Viviane Machado	19/04/00
Estrela	01/12/99	Tancredo Neves	01/12/99
Fanny/Lindóia	01/12/99	Tarumã	20/01/00
Fernando de Noronha	17/01/00	Tingui	19/01/00
Iracema	25/08/99	Trindade	20/07/99
Irmã Teresa Araújo	31/07/00	Uberaba de Cima	17/07/99
Lotiguaçu	30/08/99	Vila Clarice	Fev/99
Moradias da Ordem	22/05/00	Vila Diana	18/01/00
N. Sra. Sagrado Coração	01/03/00	Vila Esperança	25/05/00
Nossa Sra. Aparecida	31/07/00	Vila Feliz	01/12/99
Nossa Sra. Da Luz	08/03/00	Vila Guaíra	01/12/99
Nova Orleans	23/05/00	Vila Leão	03/12/99
Oswaldo Cruz	09/03/00	Vila Machado	10/03/00
Parigot de Souza	31/05/00	Vila Osternack	04/07/00
Parolin	03/12/99	Vista Alegre	19/01/00
Parque Industrial	08/03/00	Waldemar Monastier	11/05/00
Pilarzinho	18/01/00	Xaxim	15/06/00
Pinheiro	28/04/00		

Fonte: PARANÁ. Secretaria Municipal de Saúde. Relatório do 3º Trimestre de 2001.

A composição final da amostra foi efetivada com a colaboração da

Secretaria Municipal de Saúde, que indicou quais das 67 unidades poderiam satisfazer estes outros dois critérios de seleção. Sendo assim, foi estimado o número de 30 unidades de saúde para compor a amostra, considerando que, em média, uma unidade tem 20 profissionais de saúde (dados não fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde), este número poderia oferecer uma margem para escolha dos profissionais, alvos da pesquisa.

A **Tabela 3** mostra as 30 unidades de saúde indicadas pela SMS que participaram da pesquisa. A **Tabela 4** mostra o número de profissionais lotados nas unidades selecionadas.

A terceira etapa configurou-se pela aplicação dos formulários de pesquisa aos profissionais que preenchiam o critério de *tempo de permanência*. Procurou-se seguir uma proporção de 6 auxiliares de enfermagem, 3 médicos e 1 enfermeiro por unidade. No entanto, esta proporção nem sempre pode ser seguida devido às limitações da pesquisa.

Sendo assim, a amostra final foi constituída por 167 auxiliares de enfermagem, 66 médicos e 32 enfermeiros, totalizando 265 profissionais participantes da pesquisa. Este número altera o erro estimado, que passa a ser de 5,5%. A **Tabela 5** mostra como ficou a amostra final.

As entrevistas semi-estruturadas foram realizadas com 14 profissionais de saúde (8 auxiliares de enfermagem, 3 enfermeiras, 1 médico e 2 autoridades sanitárias), selecionados de acordo com a disponibilidade dos mesmos. A **Tabela 6** relaciona as unidades e datas em que foram realizadas as entrevistas.

1.1.4 Coleta e Tratamento dos Dados

Fontes secundárias

- a) Relatórios de Atividades da Secretaria Municipal de Saúde;
- b) Mapa das Unidades de Saúde do Município de Curitiba, 2001;
- c) Manual de Práticas de Enfermagem : Acolhimento Solidário, a Saúde de Braços Abertos, 2000;
- d) Coletânea de artigos encontrados em revistas e livros sobre o Sistema Municipal de Saúde.

Estes dados secundários possibilitaram o melhor entendimento sobre a

estrutura e as práticas de saúde adotadas pela Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, assim como, auxiliando na identificação das unidades de saúde que fazem parte desta pesquisa.

SEGUNDA ETAPA

TABELA 3. UNIDADES DE SAÚDE INDICADAS PELA SMS - 2001

DISTRITO SANITÁRIO	UNIDADES DE SAÚDE	DATA DA INFORMATIZAÇÃO
SANTA FELICIDADE	Atenas	27/04/00
	Campina do Siqueira	04/05/00
	Nova Orleans	23/05/00
	Santa Felicidade	27/04/00
BOA VISTA	Bacacheri	27/07/00
	Fernando de Noronha	17/01/00
	Pilarzinho	18/01/00
	Santa Cândida	06/03/00
BOQUEIRÃO	Tarumã	20/01/00
	Vista Alegre	19/01/00
	Jardim Paranaense	06/11/00
	Waldemar Monastier	11/05/00
PORTÃO	Aurora	01/12/99
	Barigüi	02/12/99
	Caiuá	07/12/99
	Estrela	01/12/99
PINHEIRINHO	Vila Clarice	Fev/99
	Vila Leão	03/12/99
	Concórdia	09/03/00
	Moradias da Ordem	22/05/00
CAJURU	Nossa Sra. Sagrado	01/03/00
	Coração	
	Parque Industrial	08/03/00
	Pompéia	28/02/00
MATRIZ BAIRRO NOVO	Iracema	25/08/99
	São Domingos	31/08/99
	Capanema	03/10/00
	Nossa Sra. Aparecida	31/07/00
	Salvador Allende	04/07/00
	São João Del Rey	01/06/00
	Bairro Novo	28/07/00

TABELA 4 : NÚMERO DE PROFISSIONAIS SAÚDE POR UNIDADE, 2001

UNIDADES DE SAÚDE	AUXILIARES ENFERMEIROS*	MÉDICOS*	ENFERMEIROS*	TOTAL EQUIPE
SANTA FELICIDADE	49	29	9	87
Atenas	9	7	2	18
Campina do Siqueira	14	10	3	27
Nova Orleans	13	6	2	21
Santa Felicidade	13	6	2	21
BOA VISTA	74	28	9	111
Bacacheri	14	6	1	21
Fernando de Noronha	13	4	1	18
Pilarzinho	10	5	1	16
Santa Cândida	12	5	2	19
Tarumã	13	3	3	19
Vista Alegre	12	5	1	18
BOQUEIRÃO	26	7	7	40
Jardim Paranaense	13	4	4	21
Waldemar Monastier	13	3	3	19
PORTÃO	56	25	9	90
Aurora	9	4	0	13
Barigüi	13	3	3	19
Caiuá	5	3	3	11
Estrela	9	5	1	15
Vila Clarice	10	4	1	15
Vila Leão	10	6	1	17
PINHEIRINHO	66	20	10	96
Concórdia	12	5	1	18
Moradas da Ordem	17	3	4	24
Nossa Sra. Sagrado Coração	13	6	1	20
Parque Industrial	12	4	1	17
Pompéia	12	2	3	17
CAJURÚ	28	8	4	40
Iracema	14	5	1	20
São Domingos	14	3	3	20
MATRIZ	9	2	2	13
Capanema	9	2	2	13
BAIRRO NOVO	61	13	13	87
Nossa Sra. Aparecida	12	3	3	18
Salvador Allende	15	4	4	23
São João Del Rey	16	3	3	22
Bairro Novo	18	3	3	24

TOTAL GERAL	369	132	63	564
--------------------	------------	------------	-----------	------------

* Números fornecidos pelas Autoridades Sanitárias das unidades.

TERCEIRA ETAPA

TABELA 5: PROFISSIONAIS DE SAÚDE PARTICIPANTES DA PESQUISA, 2001

UNIDADES DE SAÚDE	Nº AUX. ENFERMAGEM	Nº DE MÉDICOS	Nº DE ENFERM DS	OTAL
SANTA FELICIDADE	19	8	4	32
Atenas	4	1	1	6
Campina do Siqueira	6	2	1	9
Nova Orleans	6	4	3	13
Santa Felicidade	3	1	0	4
BOA VISTA	30	14	8	52
Bacacheri	6	3	1	10
Fernando de Noronha	4	2	1	7
Pilarzinho	2	2	1	5
Santa Cândida	7	3	2	12
Tarumã	6	2	2	10
Vista Alegre	5	2	1	8
BOQUEIRÃO	14	4	2	20
Jardim Paranaense	8	2	1	11
Waldemar Monastier	6	2	1	9
PORTÃO	27	12	3	43
Aurora	8	2	0	10
Barigüi	7	2	1	10
Caiuá	3	3	1	7
Estrela	8	3	0	11
Vila Clarice	0	1	0	1
Vila Leão	1	2	1	4
PINHEIRINHO	29	13	8	51
Concórdia	6	4	1	11
Moradas da Ordem	6	3	3	12
Nossa Sra. Sagrado	6	3	1	10
Coração				
Parque Industrial	7	2	2	11
Pompéia	5	1	1	7
CAJURÚ	13	4	1	18
Iracema	6	2	1	9
São Domingos	7	2	0	9
MATRIZ	6	1	1	8
Capanema	6	1	1	8
BAIRRO NOVO	28	9	4	41
Nossa Sra. Aparecida	6	2	1	9
Salvador Allende	6	3	1	10
São João Del Rey	10	2	1	13
Bairro Novo	6	2	1	9
TOTAL	167	66	32	265

TABELA 6: RELAÇÃO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS, 2001

	DATA	PROFISSIONAL
	22 DEZ 2000	Auxiliar de Enfermagem
	28 DEZ 2000	Auxiliar de Enfermagem
	09 JAN 2001	Auxiliar de Enfermagem
	09 JAN 2001	Auxiliar de Enfermagem
	01 OUT 2001	Enfermeiro
	05 OUT 2001	Enfermeiro
	15 OUT 2001	Enfermeiro
	16 OUT 2001	Médico
	19 OUT 2001	Autoridade Sanitária
0	23 OUT 2001	Autoridade Sanitária
1	23 OUT 2001	Auxiliar de Enfermagem
2	24 OUT 2001	Auxiliar de Enfermagem
3	25 OUT 2001	Auxiliar de Enfermagem
4	19 NOV 2001	Auxiliar de Enfermagem

A coleta de dados necessária para a realização da pesquisa foi efetuada mediante formulários e entrevistas semi-estruturadas.

O formulário de pesquisa foi elaborado após a realização de 4 entrevistas exploratórias, aplicadas à auxiliares de enfermagem pertencentes à unidades de saúde do município, no início do ano de 2001.

O formulário foi inspirado na Escala Likert de análise, excluindo-se a coluna de neutralidade. Nesta escala de classificação, os entrevistados indicam um grau de concordância ou discordância com cada uma das afirmações (MALHOTRA, 2001). Este formulário contém 37 afirmativas sobre as variáveis de interesse da pesquisa. O formulário utilizado consta no **Apêndice B**.

A aplicação dos formulários seguiu um cronograma de visitas as 30 unidades selecionadas, entre os dias 01 de outubro de 2001 e 19 de novembro de 2001, conforme disponibilidade das mesmas (**Tabela 7**).

O procedimento adotado na pesquisa foi o seguinte:

Primeira Fase

A cada unidade visitada foi aplicado o formulário individualmente. Em poucos casos a aplicação foi feita em grupo de 2 ou 3 profissionais, com a presença da pesquisadora. A cada aplicação foram feitas também anotações complementares, conforme as questões iam sendo respondidas.

Em 2 ou 3 unidades foi necessário deixar os formulários para que os

médicos pudessem preencher de acordo com o tempo disponível.

As entrevistas semi-estruturadas foram aplicadas de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Foram realizadas de duas formas: seguindo o roteiro de pesquisa (**Apêndice C**) e/ou gravando a aplicação do próprio formulário.

TABELA 7. CRONOGRAMA DE VISITAS ÀS UNIDADES DE SAÚDE, 2001

UNIDADES DE SAÚDE	DISTRITO SANITÁRIO	DATA DA VISITA
Santa Cândida	Boa Vista	01 de Outubro
Bacacheri	Boa Vista	02 de Outubro
Tarumã	Boa Vista	03 de Outubro
Caiuá	Portão	04 de Outubro
Vista Alegre	Boa Vista	05 de Outubro
Jardim Paranaense	Boqueirão	08 de Outubro
Waldemar Monastier	Boqueirão	08 de Outubro
Iracema	Cajuru	09 de Outubro
Bairro Novo	Bairro Novo	10 de Outubro
Campina do Siqueira	Santa Felicidade	11 de Outubro
Santa Felicidade	Santa Felicidade	11 de Outubro
Salvador Allende	Bairro Novo	15 de Outubro
Nossa Senhora Aparecida	Bairro Novo	16 de Outubro
São João Del Rei	Bairro Novo	17 de Outubro
Nova Orleans	Santa Felicidade	18 de Outubro
Vila Clarice	Portão	19 de Outubro
Vila Leão	Portão	22 de Outubro
Estrela	Portão	23 de Outubro
São João Del Rei (retorno)	Bairro	23 de Outubro
Concórdia	Pinheirinho	24 de Outubro
Parque Industrial	Pinheirinho	25 de Outubro
Aurora	Portão	26 de Outubro
Nossa Senhora Sagrado	Pinheirinho	29 de Outubro
Coração		
Atenas	Santa Felicidade	30 de Outubro
Moradias da Ordem	Pinheirinho	31 de Outubro
Capanema	Matriz	01 de Novembro
São Domingos	Cajuru	06 de Novembro
Pompéia	Pinheirinho	07 de Novembro
Fernando de Noronha	Boa Vista	08 de Novembro
Pilarzinho	Boa Vista	09 de Novembro
Barigui	Portão	19 de Novembro

O primeiro contato oficial foi feito em 02 de Maio de 2001, quando encaminhamos um ofício à Secretaria Municipal de Saúde e o projeto de pesquisa,

solicitando a referida autorização (**Anexo A**)

No dia 19 de Junho de 2001, realizou-se uma reunião com responsáveis pela Informatização das unidades de saúde. Nesta reunião o objetivo do projeto foi explicitado, ficando acertado que os critérios de amostra seriam enviados posteriormente para que a SMS selecionasse as unidades participantes da pesquisa.

Os critérios da amostra foram enviados na primeira semana de julho por correio eletrônico. Na terceira semana de julho foram solicitados, novamente, pela SMS, o projeto de pesquisa e as questões que seriam aplicadas.

No dia 24 de julho de 2001, os dados solicitados foram enviados por correio eletrônico. No entanto, no dia seguinte a SMS solicitou a apresentação do projeto com toda a metodologia a ser aplicada, bem como o roteiro a ser adotado e a Aprovação do Conselho de Ética da UFPR, no que diz respeito ao trabalho proposto.

No dia 07 de agosto foi entregue o projeto e Ofício do Coordenador do Mestrado explicando o resultado da Banca de qualificação (**Anexo B**).

No dia 28, em reunião com a SMS, foram questionados alguns pontos do projeto e solicitadas alterações nas questões do formulário de pesquisa.

No dia 24 de setembro, foi dada autorização (via telefone) para iniciar a pesquisa, e enviado por correio eletrônico as unidades a serem pesquisadas.

Percebe-se, então, que desde a solicitação até a autorização para pesquisa passaram-se quase 5 meses.

Segunda fase

Realizou-se contato telefônico com os Coordenadores dos Distritos Sanitários, para confirmar as unidades selecionadas, assim como definir nomes de referência e telefones para contato.

Em seguida, por meio de contato telefônico, montou-se o cronograma de visitas às unidades de saúde.

A coleta dos dados foi realizada entre os dias 01 de outubro de 2001 e 19 de novembro de 2001.

1.1.5 Tratamento dos dados

Os dados secundários foram analisados pela técnica de análise documental,

buscando descobrir elementos relevantes para a análise dos dados primários.

Os dados coletados por meio dos formulários se apresentam em escala nominal, cujos números servem apenas como rótulos ou etiquetas para identificar e classificar objetos (MALHOTRA, 2001). Também se classificam como dados não-métricos, pertencentes a amostras independentes.

O formulário de pesquisa utiliza-se de uma escala de classificação por item, inspirada na Escala de Likert. É uma escala de classificação amplamente utilizada, exigindo dos entrevistados que indiquem um grau de concordância ou discordância com cada uma de uma série de afirmações. Atribuiu-se a cada afirmação um escore numérico, de 1 (discordância total) a 4 (concordância total), excluindo-se a coluna da neutralidade.

A análise foi feita item por item (análise do perfil) e também, calculando-se um escore total (somado) para cada respondente somando-se os itens. Por este motivo, algumas afirmações ficaram com escores invertidos, possibilitando que um escore mais alto (4) denote uma condição favorável ao objeto da pesquisa e um escore mais baixo (1) denote uma condição desfavorável ao objeto da pesquisa. Desta forma, os escores das questões 8; 9; 13; 14; 15.1; 16; 19; 20; 21; 22; 25b; 25d; 25f; e 25g foram invertidos.

Os dados do formulário foram analisados utilizando-se o SPSS, a partir de tabelas de distribuição de frequências, tabelas de tabulação cruzada, também chamadas de tabelas de contingência.

As entrevistas semi-estruturadas foram preparadas e analisadas pela técnica de análise de conteúdo (BARDIN, 79), com o objetivo de identificar e classificar os indicadores obtidos nas mensagens gravadas.

A triangulação dos dados foi utilizada para obter uma maior abrangência na descrição, explicação e compreensão do objetivo da pesquisa.

1.1.6 Limitação da pesquisa

A demora na liberação da pesquisa pela SMS acabou por apressar a coleta dos dados, refletindo-se na redução da amostra final.

As dificuldades na obtenção de dados exatos sobre a população e a distribuição desta população nas unidades acabou por exigir uma técnica amostral

diferenciada.

Como a pesquisa reflete uma situação específica da organização em estudo, a qual pode sofrer mudanças com o passar do tempo, não é possível generalizar os seus resultados para outro período de tempo.

APÊNDICE B - FORMULÁRIO DE PESQUISA

Formulário de Pesquisa

1. Idade
☐ menos de 20 anos ☐ 21- 30 a ☐ 31 - 40 a ☐ 41 - 50 a ☐ mais de 51 a
2. Sexo
☐ Masculino ☐ Feminino
3. Há quanto tempo você trabalha nesta unidade de saúde?
☐ menos de 5 anos ☐ 5 anos ou mais
4. Qual o seu grau de escolaridade?
☐ primeiro grau
☐ segundo grau

☐ universitário _____
☐ especialização _____

☐ mestrado _____
☐ doutorado _____
5. Qual o seu cargo atual?
☐ auxiliar de enfermagem
☐ enfermeiro
☐ médico
☐ outro _____
6. Qual função você exerce atualmente?
- _____
- _____

RELAÇÕES DE TRABALHO				
PERGUNTAS	Concordo totalmente 4	Concordo parcialmente 3	Discordo parcialmente 2	Discordo totalmente 1
7. A implantação do sistema informatizado na unidade provocou mudanças no processo de trabalho.				
8. Nas unidades, a utilização de computadores tornou o trabalho mais fácil de ser realizado.				
9. Com o computador o tempo de adaptação no trabalho é menor.				
10. Com a utilização do sistema informatizado o modo de fazer as coisas foi alterado.				
11. Para trabalhar com o sistema informatizado nas				

unidades é preciso:				
11.1 Mais habilidade manual;				
11.2 Mais atenção no trabalho;				
11.3 Mais conhecimentos sobre o trabalho a realizar;				
11.4 Maior responsabilidade;				
11.5 Maior nível de escolaridade;				
11.6 Mais treinamento profissional;				
11.7 Muita experiência.				
PERGUNTAS	Concordo totalmente 4	Concordo parcialmente 3	Discordo parcialmente 2	Discordo totalmente 1
12. O sistema informatizado tornou o seu conhecimento de enfermagem ou da área médica em geral, menos necessário do que no sistema antigo.				
13. A função delegada aumenta a capacidade operacional da equipe de enfermagem.				
14. As atividades delegadas propiciam um atendimento mais amplo e de resultado para o usuário.				
15. A implantação do sistema informatizado nas unidades :				
15.1 Permite aumentar a produtividade do trabalho.				
15.2 As tarefas tornam-se mais precisas e reguladas.				
15.3 Permite melhor acompanhamento do tempo de trabalho por parte da administração.				
15.4 Faz com que o profissional de saúde tenha que ficar muito mais atento no trabalho do que no sistema antigo.				
15.5. Reduz o poder de decisão do profissional da saúde em suas funções.				
15.6 Permite maior acompanhamento sobre as tarefas.				
16. A relação entre o profissional de saúde e o paciente tornou-se mais próxima.				
17.O preenchimento dos dados no computador interfere no atendimento ao paciente.				
18. A responsabilidade no trabalho aumenta, pois com o sistema informatizado é possível saber quem executou determinada tarefa.				
19. A implantação do computador foi rápida e de fácil adaptação pelos funcionários.				
20. A introdução do computador como instrumento de trabalho facilita o atendimento ao paciente.				
21. Este novo procedimento de trabalho tem boa aceitação por parte da equipe.				
22. O computador torna o atendimento mais produtivo.				
23. Com o computador aumenta significativamente o serviço dos profissionais de saúde.				
24. Seria melhor voltar ao processo anterior.				
25. Com a implantação do Cartão Saúde e do Acolhimento Solidário nas unidades de saúde :				
a) Aumentou o registro de atendimentos;				
b) dá-se prioridade no atendimento de pessoas com				

necessidades imediatas;				
c) Ainda há burocracia no atendimento;				
d) o profissional de saúde ficou mais próximo do paciente, à medida que pode dar mais atenção às suas queixas.				
e) Ainda há filas de espera;				
f) o acesso aos Programas da Secretaria Municipal de Saúde torna-se facilitado;				
g) ficou mas fácil marcar consultas com especialistas.				

APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Roteiro de Entrevista semi-estruturada com os profissionais de saúde

Objetivo: verificar com os profissionais de saúde perceberam a mudança , auxiliando na descrição de todo o processo.

Questões abertas:

- 1) Há quanto tempo você trabalha aqui na unidade de saúde?
- 2) Qual a sua função?
- 3) Descreva como era o atendimento na unidade de saúde antes do sistema informatizado.
- 4) O que mudou com a introdução do sistema informatizado ?
- 5) O processo de atendimento ao usuário ficou mais organizado?
- 6) Como o usuário recebeu esta mudança?
- 7) Você gostaria de retornar ao processo de trabalho anterior? Por quê?

Roteiro de Entrevista estruturada com as Autoridades Sanitárias/Enfermeiros

Objetivo: ter uma descrição do funcionamento do serviço de saúde oferecido à comunidade.

Questões fechadas:

Tendo como base a implantação do Sistema Informatizado nas unidades de saúde:

1. As unidades atendem pacientes de qualquer localidade ou existem critérios para o atendimento?
2. Como são marcadas consultas e retornos, em termos de organização e operação do agendamento?
3. Como são encaminhadas as urgências e/ou emergências?
4. Como são agendados exames?
5. E as especialidades, como são agendadas?
6. Como funciona a lista de espera eletrônica para consultas com especialistas?
7. Existe um controle sobre os medicamentos e vacinas, no âmbito de validade, diversidade e quantidades?
8. Existe algum trabalho de divulgação ou difusão de procedimentos e tratamentos de caráter preventivo nas unidades de saúde? Dê exemplos.
9. A circulação de informações entre as unidades, hospitais e laboratórios foi ampliada de forma a facilitar o atendimento?

ANEXO A – OFÍCIO ENCAMINHADO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PAM/FAT URBANO**

Curitiba, 02 de maio de 2001.

OF PAM Nº 001/01

Senhor Secretário,

Venho pela presente solicitar à Vossa Senhoria autorização para que **Sandra Mara Maciel de Lima**, aluna do Curso de Mestrado em Administração desta Universidade, possa realizar pesquisa nas unidades de saúde, bem como para que tenha acesso aos dados primários e secundários (relatórios, documentos, n.º de auxiliares e médicos, n.º de atendimentos entre outros), para realização de sua Dissertação, sob minha orientação.

A aluna compromete-se, desde já, a guardar sigilo sobre toda e qualquer informação particular divulgando apenas dados agregados, e a seguir outras orientações determinadas por essa Secretaria.

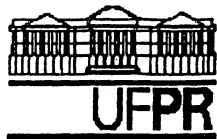
Informo que o projeto da referida aluna encontra-se em anexo.

Atenciosamente,

**Prof. Dr. José Henrique de Faria
DAGA**

Ao Senhor
Luciano Ducci
Secretário Municipal de Saúde
Nesta Capital

ANEXO B – OFÍCIO DO COORDENADOR DO MESTRADO



Ministério da Educação e do Desporto
Universidade Federal do Paraná
Mestrado em Administração

Curitiba, 06 de agosto de 2001.

Ilma. Sra. ELZIANE CAZURA X. S. SOARES
Coordenadora de Informações
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CURITIBA - PR

Prezada Senhora:

Vimos informar a Vossa Senhoria que os projetos de dissertação do Programa de Mestrado em Administração da Universidade Federal do Paraná não passam por um Conselho de Ética e, sim, por uma Banca de Examinadores composta por (03) três professores: o Professor Orientador, necessariamente Doutor do Departamento de Administração Geral e Aplicada e mais dois professores vinculados à área de conhecimento, que tem como função avaliar o conteúdo, a forma e a viabilidade dos projetos de dissertação.

O projeto de dissertação é apresentado pelo mestrando em sessão pública.

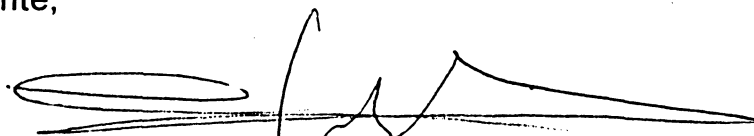
Sendo assim, aproveito para informar que o projeto de dissertação da mestranda SANDRA MARA MACIEL DE LIMA intitulado "Trabalho e Tecnologia: a experiência da saúde no Município de Curitiba – 1999-2001", foi apresentado no dia 08/06/2001 tendo sido aprovado pela Banca Examinadora (conforme documento anexo).

Acolhemos com entusiasmo a sugestão da mestranda de que esta Secretaria fizesse parte da amostra selecionada, à vista da elevada importância dessa instituição.

Tenho certeza de que Vossa Senhoria bem compreende a importância da pesquisa a ser realizada, pelo que estimaria merecer dessa instituição o apoio que estivesse ao seu alcance para a facilitação do trabalho de coleta e análise de informações.

Certo de merecer acolhimento para a presente solicitação, antecipo meu agradecimento e renovo-lhe meus protestos de alta estima e distinguida consideração.

Atenciosamente,



Prof. Clóvis L. Machado-da-Silva
Coordenador