

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

AUMENTO DA JORNADA DE TRABALHO: qual a repercussão na vida dos
trabalhadores da enfermagem?

VERÔNICA SIMONE DUTRA VERAS

**NATAL
2003**

VERÔNICA SIMONE DUTRA VERAS

AUMENTO DA JORNADA DE TRABALHO: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem?

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

Orientadora: Soraya Maria de Medeiros

**NATAL
2003**

AUMENTO DA JORNADA DE TRABALHO: qual a repercussão na vida dos trabalhadores da enfermagem?

VERÔNICA SIMONE DUTRA VERAS

Dissertação submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e aprovada em sua forma final em 15 de dezembro de 2003, atendendo às normas vigentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

BANCA EXAMINADORA

Dr.^a Soraya Maria de Medeiros
Orientadora

Dr.^a Heloísa Maria Mendonça de Moraes
Titular

Dr.^a Berta Cruz Enders
Titular

Dr. José Willington Germano
Suplente

DEDICATÓRIA

Ao meu pai que desde criança tornou-se um trabalhador em um país de desiguais,
e a minha mãe que me ensinou a importância da independência na vida da mulher.

Aos meus irmãos e a minha querida sobrinha Letícia.

Aos servidores públicos eleitos os vilões da história pelos governos neoliberais.

Aos lutadores que permanecem firmes diante da difícil luta de classes.

AGRADECIMENTOS

À Prof^a Dr^a Soraya Maria de Medeiros por ter me ensinado os fundamentos da pesquisa, proporcionando-me a possibilidade de ligação entre a experiência vivida no movimento de classe dos trabalhadores e o conhecimento teórico que permeia o mundo do trabalho; pelo incentivo à produção científica; pela paciência e a dedicação que tanto me auxiliaram na construção deste estudo.

À Prof^a Dr^a Berta Cruz Enders que mesmo não sendo minha orientadora não se furtou a contribuir com o presente estudo, mostrando-se sempre disponível.

Ao Dr. José Willington Germano pela contribuição dada para definição do objeto de pesquisa desse trabalho.

A todos os professores da Pós-graduação em Enfermagem que direta ou indiretamente contribuíram com o meu conhecimento durante os dois últimos anos.

Às colegas do mestrado de Enfermagem pelos tantos debates em sala de aula que contribuíram para troca de conhecimento.

Às bolsistas Laiane Medeiros Ribeiro e Olívia Luciana dos Santos Silva.

Aos trabalhadores da enfermagem, gestores e representantes de entidade de classe que participaram da pesquisa pela disponibilidade e pelas valiosas informações prestadas.

À Secretaria de Saúde Pública do Rio G. do Norte.

Ao companheiro João Bezerra de Castro pela revisão de português.

Às colegas de trabalho e usuários do Centro de Saúde de Jardim Lola pelas vezes que tive que me fazer ausente durante a finalização deste estudo.

Ao Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do RN por ser para mim um espaço político privilegiado para conhecer a dura situação dos profissionais de saúde.

Às companheiras e companheiros do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do RN pela solidariedade e compreensão nos momentos de ausência.

Eu quero uma licença de dormir.
Perdão pra descansar horas a fio,
sem ao menos sonhar a leve palha
de um pequeno sonho.
Quero o que antes da vida foi o
sono profundo das espécies, a graça
de um estado.
Semente.
Muito mais que raízes.

Adélia Prado

RESUMO

O trabalhador do serviço público vem perdendo seu poder aquisitivo mediante às políticas de ajuste fiscal. As saídas encontradas no setor da saúde, sobretudo na enfermagem, vêm sendo o ingresso em outros empregos. O multiemprego e a adesão à escala-extra de plantão, fomentada pelo Estado, têm se materializado como um aumento na jornada de trabalho. Este trabalho tem por objetivo identificar as possíveis repercussões do aumento da jornada de trabalho no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem do serviço público. A metodologia empregada foi a pesquisa qualitativa do tipo exploratória. As informações foram coletadas através de entrevista com perguntas abertas semi-estruturadas. A análise foi realizada através das categorias gerais, trabalho e cotidiano. Na análise, constatou-se que predominou entre os entrevistados a utilização de aumento de jornada de trabalho entre 80 a 120 horas mensais na forma de multiemprego; escala-extra de plantão; multiemprego e escala-extra simultaneamente e substituição em escalas de terceiros, denominada de sublocação. O cansaço e o estresse são fatores de redução do ritmo de trabalho. A redução do tempo livre produz nos trabalhadores angústia devido à diminuição da convivência familiar assim como de tempo para dedicação ao aperfeiçoamento técnico-científico e para o cultivo de outros aspectos da subjetividade, tais como lazer, auto-cuidado e cultura. Outro aspecto constatado foi a retirada de direitos, tais como férias e licença médica para os trabalhadores que atuam em escala-extra. Os baixos salários e o não reajuste são as causas apontadas para adoção por parte dos trabalhadores pelo aumento da jornada de trabalho, tendo sido o governo responsabilizado por esta situação. Concluiu-se que o aumento da jornada de trabalho tem fortes repercussões no cotidiano profissional e pessoal dos trabalhadores pesquisados.

Palavras-chaves: trabalho; jornada de trabalho, cotidianidade

ABSTRACT

The worker of the public service is losing your acquisitive power by means of the politics of fiscal settlement. The ways out that were found in the health sector, especially in nursing, is being the increasing workday for beyond 40 or 20 hours established in the link of the work with the state. This survey has the object to identify the possible repercussion of the increasing workday in daily life workers from nursing in the public service of Rio Grande do Norte. The theory reference used was the work of Marx (1982) and Antunes (2000,2001) and the daily living in Heller (1991,1992). The methodology used was a qualitative survey in the exploration kind. The informations were gathered through interviews with open questions almost structured with workers of nursing, managers and representatives of entity. The analysis of informations were made through general categories, work, and daily life, using elements from dialectics-hermeneutics according to Minayo (1992,2002). In the analysis, it was identified that the ways that were found for the overcoming of the loss of acquisitive power were the many-employment; the extra scale of shift; the subletting of work posts and the substitution of friends in scales of work, and all of them being changed in increase. Other aspect realized was the move of rights, like vacation and medical license for the workers that act in extra scale. The tiredness, stress, and bad humor are influents factors in the development of work.. The reduction of free time makes in the workers ahguish because of the familiarity decrease just as time to dedicate themselves to the technical-scientific improvement and for the cultivation of other aspects of subjectivity, as leisure, care and culture. The low salary and the non reajustment are the reasons for the adoption of part workers for the increasing workday, and government has been responsible for this situation. The conclusion was that the increasing workday has strong repercussions in the professional and personal daily life workers that made part of the survey.

Key Words: work; workday; daily living

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 OBJETIVOS.....	17
3.0GERAL.....	17
4.0 ESPECÍFICOS.....	17
5 O REFERENCIAL TEÓRICO.....	18
3.1 O TRABALHO E O SENTIDO PARA A VIDA.....	18
3.2 O MUNDO DO TRABALHO ATUAL.....	21
3.3 A SAÚDE NO CONTEXTO DO MUNDO DO TRABALHO ATUAL.....	27
3.4 O TRABALHO E A VIDA COTIDIANA.....	36
4 PERCURSO METODOLÓGICO	42
5 APROXIMANDO-SE DA REALIDADE DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM	53
1.0 CARACTERIZANDO A ESFERA DE TRABALHO	53
1.0.0 Estrutura física e serviços ofertados.....	53
2.0.0 Condições de trabalho, financiamento e estrutura administrativa.....	55
3.0.0 Política salarial e trabalhista	59
2.0 O TRABALHO E A REALIDADE VIVIDA.....	63
1.0.0 Buscando saídas.....	64
2.0.0 Vivenciando o ser trabalhador em saúde.....	74
5.3 VIVENDO O COTIDIANO.....	82
1.0.0 Cotidiano vivido/cotidiano roubado.....	82
2.0.0 Vida pessoal sem tempo livre?!.....	91

3.0.0	Ter e ser: dilemas da vida cotidiana.....	97
4.0.0	Refazendo o caminho.....	100
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	106
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	110
	ANEXOS	

1 INTRODUÇÃO

O mundo do trabalho vem passando por grandes transformações que emergem da crise do capitalismo dos anos 70. As estratégias de superação da crise pelo capital se assentam por um lado no redesenho do processo produtivo em que se altera a relação capital/trabalho por meio da chamada reestruturação produtiva que redefine a posição do trabalhador frente ao processo produtivo. A outra estratégia é a adoção das políticas neoliberais pelos Estados que vem permitindo a expansão do capital por meio da ampliação do mercado dos países centrais para os periféricos.

A reestruturação produtiva que vem trazendo grandes mudanças na relação capital-trabalho em todo o mundo tem como pilares o avanço tecnológico através da robótica e da informática; o trabalho polivalente; a terceirização; a flexibilização do emprego e dos direitos trabalhistas, entre outros (ANTUNES,2001). Estas mudanças no mundo do trabalho iniciam-se no setor industrial e ganha espaço em todos os setores da economia. Pires (2001) aponta estas transformações também no setor saúde onde é crescente a terceirização de serviços; os contratos temporários, sobretudo na rede hospitalar, e os programas de saúde fomentados pelo governo federal como o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Interiorização dos Trabalhadores da Saúde (PITS), nos quais imperam os contratos precários sem vínculo empregatício e a flexibilização dos direitos trabalhistas.

A derrota imposta mundialmente aos trabalhadores pela reestruturação produtiva pela política neoliberal é sentida também pelos servidores públicos, apesar de alguns sinais pontuais de recuperação como a existência de alguns movimentos paredistas em 2001, a exemplo das greves nas universidades federais e, mais recentemente, a greve dos servidores públicos contra a

Reforma da Previdência proposta pelo governo do presidente Luiz Inácio Lula da Silva em 2003. Essa desaceleração na organização sindical tem possibilitado o avanço dos ataques aos direitos conquistados e o sindicalismo não tem se convertido numa saída para a maioria dos trabalhadores que procuram a resolução dos seus problemas salariais.

Especificamente sobre o setor público de saúde, é relevante destacar as orientações e diretrizes que nortearam a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 que deu as diretrizes básicas para a formulação da Constituição Federal no capítulo da saúde. Em relação aos trabalhadores da saúde, as recomendações eram o fortalecimento destes no trabalho através da estabilidade no emprego, o incentivo ao horário integral, a existência de um plano de cargos e carreira e a isonomia entre as três esferas de governo, entre outros. A Constituição Federal absorveu parte destas diretrizes que estão explicitadas nos Princípios e Diretrizes para Norma Operacional Básica (NOB, 2000) de Recursos humanos.

A despeito da Constituição Federal, o que vem se dando na prática é a ausência de uma política de correção dos salários; a falta de incentivo e valorização dos trabalhadores através de um plano de cargos e carreira; a retirada e a negação de conquistas empreendidas pelos governos, colocando os servidores numa situação de pauperização crescente. Esta compressão salarial é um aspecto integrante do conjunto de políticas reservadas aos servidores públicos, conseqüentes dos ajustes fiscais impostos pelos organismos financeiros internacionais aos quais o Brasil tem dependência econômica e política, como o FMI (Fundo Monetário Internacional) e o Banco Mundial.

Um arcabouço de leis foi criado para dar respaldo jurídico à implementação das políticas neoliberais, como a Lei de Responsabilidade Fiscal que limita os gastos no setor público, inclusive com salários dos servidores, e a Emenda 19 ao texto da Constituição Federal que altera a relação de trabalho dos servidores públicos, introduzindo a flexibilização dos direitos

trabalhistas. Estas leis que fazem parte da Reforma Administrativa do Estado têm princípios e diretrizes completamente opostas aos incorporados na Constituição de 1988.

Os ajustes fiscais que fazem parte da pauta dos governos neoliberais que se sucederam a partir dos anos 90 no Brasil vêm impondo uma desvalorização dos salários, sobretudo no serviço público, por meio da desindexação destes frente à inflação. A argumentação de que os reajustes salariais fazem crescer a inflação e a necessidade de contenção dos gastos e o “equilíbrio” das contas públicas vem impondo uma série de restrições aos trabalhadores do serviço público. Segundo informações do Departamento Intersindical de Estudos Estatísticos e Sócio-Econômicos (DIEESE, 2003), os servidores federais, em sua maioria, têm uma defasagem salarial, de acordo com o Índice Geral de Preços (IGP) da Fundação Getúlio Vargas, de cerca de 149,43%; os servidores estaduais, especificamente da saúde, de 169,90%, variando entre algumas categorias que tiveram em 2000 algum reajuste; e os servidores municipais de Natal que também tiveram uma defasagem de 169,90% nos últimos oito anos, estando o valor real do salário, isto é, o poder de compra efetivo dos salários, em setembro de 2003, de 37,05% em relação ao salário de janeiro de 1995.

A conjuntura atual vem mostrando que as saídas buscadas pela grande maioria de servidores públicos da saúde para enfrentar essa realidade vêm sendo o ingresso em outros empregos, tanto no setor público como no privado. Para os que desenvolvem suas atividades através de escalas de plantão, há uma facilitação na conciliação das escalas, podendo o servidor acumular duas ou até três escalas de trabalho.

O aumento da jornada de trabalho através de multiemprego ou de horas extras vem sendo a solução encontrada por alguns trabalhadores, mesmo que seja uma saída sacrificante e que traz prejuízos para a vida pessoal e coletiva. Outra forma é a ampliação de horas de trabalho e de remuneração através de escalas extras de serviço na mesma instituição. Médicos,

enfermeiros, dentistas, auxiliares e técnicos de enfermagem, entre outros, vêm cumprindo jornadas de trabalho superiores a 40 horas semanais e, vêm acumulando 24, 36 e até 48 horas ou mais seguidas de trabalho através do mesmo vínculo de trabalho. Esta situação torna permanente a utilização de horas extras de caráter provisório, e que, segundo o Regime Jurídico Único (RJU) do Estado do Rio G. do Norte, não deveria passar de duas horas.

Outras formas que se apresentam como mecanismos de superação do crescente empobrecimento imposto aos servidores da saúde têm sido a sublocação (termo utilizados pelos próprios servidores) em que o titular do posto de trabalho é lotado na instituição, porém não exerce suas funções nela e delega a uma terceira pessoa para lhe substituir, repassando no final do mês a remuneração de forma integral ou parcial. E a substituição de colegas de trabalho nas escalas de plantão, constituindo um grupo de trabalhadores da instituição que estão sempre disponíveis para substituírem colegas nas escalas de plantão por eventual falta. Nesta forma, a maioria não tem controle sobre as horas trabalhadas, pois está sempre numa espécie de sobreaviso.

Todas as formas adotadas para a complementação da renda pelos trabalhadores, mediante a falta de perspectiva de valorização salarial, resultam no aumento da jornada de trabalho. Ao ingressar no serviço público, na maioria dos casos, os servidores assumem uma jornada de trabalho de 40 horas semanais ou 144 horas mensais, mas com o multiemprego e escalas extras, a sublocação e a substituição, as horas efetivamente trabalhadas podem chegar a 80, 120 ou mais horas semanais.

Outro aspecto que se coaduna com o apelo ao multiemprego é o fortalecimento de valores consumistas estimulados pelo capital como uma das formas de sua sustentação. A produção de valores de troca, isto é, a produção de mercadorias, em detrimento da produção de valores de uso que atendam às necessidades humanas, coloca os trabalhadores numa condição de

“[...] exaurir-se num consumismo coisificado e fetichizado, inteiramente desprovido de sentido” (ANTUNES, 2001, p.178). Esta questão coloca os trabalhadores em uma corrida pela aquisição de bens de consumo que, na maioria das vezes, são objetos de curta duração que alimentam uma cadeia desenfreada de consumo e que sustentam o modo de produção capitalista.

A discussão a respeito do consumismo abre o debate sobre o limite entre utilização do trabalho como meio de atendimento das necessidades humanas básicas e a aquisição de produtos e bens de serviços para além destas necessidades, mostrando-se uma questão essencial para evidenciar a aparência e a essência da questão do aumento da jornada de trabalho no seio da classe trabalhadora, uma vez que ela mesma é utilizada pelo capitalismo para absorver as mercadorias, criando comportamentos e valores.

Considerando o aumento da jornada de trabalho como um fenômeno relevante que pode estar trazendo mudanças significativas no mundo do trabalho no setor saúde do Rio Grande do Norte, o presente estudo tem como propósito identificar e analisar as repercussões do aumento da jornada de trabalho no cotidiano da vida dos profissionais da enfermagem no serviço público, decorrente do multiemprego e do cumprimento de múltiplas escalas de plantão. Para tanto buscou-se responder os seguintes questionamentos: quais as repercussões do aumento da jornada de trabalho no cotidiano da vida dos trabalhadores da enfermagem dentro e fora da esfera do trabalho? Como se inseriu e vem se conformando o multiemprego e/ou escalas extras de plantão no contexto do hospital? Quais as possíveis causas do aumento da jornada de trabalho por meio do multiemprego e/ou escalas extras? Há interferência no processo de trabalho? O que os trabalhadores da enfermagem pensam sobre essa questão? E os demais atores envolvidos neste processo?

A opção pela enfermagem vem da sua expressão quantitativa no conjunto dos trabalhadores em saúde, sendo maioria; pela existência majoritária de mulheres que coloca o

debate sobre o trabalho remunerado e o trabalho doméstico, bem como o papel de homens e mulheres na família; pela divisão social do trabalho dentro da equipe de enfermagem que evidencia elementos de aproximação e diferenciação na vida cotidiana de enfermeiros e auxiliares e técnicos de enfermagem frente às condições em que o processo de trabalho se desenvolve; em fim, pela natureza do trabalho da enfermagem que a expõe mais a riscos, uma vez que na divisão social do trabalho na equipe de saúde, cabe a ela o acompanhamento em tempo integral dos paciente, ficando em maior tempo de exposição às condições de trabalho.

Os motivos que levaram a abordar esta temática é a própria condição da pesquisadora como trabalhadora no serviço público; a sua convivência no Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do Rio Grande do Norte que possibilitou um maior contato com a situação de precarização salarial e das condições de trabalho e de vida dos profissionais de saúde; a retração na consciência de classe dos trabalhadores da saúde, uma vez que os trabalhadores estão optando por saídas particulares em detrimento do enfrentamento coletivo da realidade em que vivem, tendo como reflexo o enfraquecimento do movimento sindical; por fim, pela possibilidade de que em se aproximando mais do cotidiano dos trabalhadores no contexto, poder-se-ia contribuir para a reflexão destes trabalhadores como forma de refletir neles as imagens captadas por este estudo.

Esse trabalho é de relevância social por colaborar com a reflexão dos trabalhadores da enfermagem sobre as repercussões que tem o aumento da jornada de trabalho no cotidiano de suas vidas, bem como permitir desvendar os fatores estruturais e conjunturais historicamente construídos que estão levando a esse processo. É também de relevância científica por existir poucos registros no Rio Grande do Norte acerca do tema, lançando luzes sobre a assistência e o cotidiano de vida e trabalho dos trabalhadores da enfermagem que fazem os serviços públicos de saúde.

1 OBJETIVOS

2.0 GERAL

Analisar a repercussão do aumento da jornada de trabalho através do multiemprego e/ou das escalas extras de trabalho no cotidiano dos trabalhadores da enfermagem em um hospital público de Natal/RN.

3.0 ESPECÍFICOS

- Identificar possíveis fatores que vêm determinando a busca do multiemprego e de escalas extras pela enfermagem em um hospital público de Natal/RN;
- Analisar as características e a conformação do multiemprego e/ou escalas extras, mediada pela fala dos trabalhadores da enfermagem em um hospital público de Natal/RN;
- Analisar a repercussão do processo de trabalho permeado pelo multiemprego e/ou escalas extras no cotidiano dos trabalhadores de enfermagem.

4 O REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O TRABALHO E O SENTIDO PARA A VIDA

O trabalho é por Marx (1982) definido como um processo em que estão envolvidos homem e natureza. O homem coloca as forças naturais do seu corpo para apropriar-se dos recursos da natureza e transformá-los em formas úteis para o atendimento das suas necessidades. Por isto, a sua força de trabalho é chamada força produtiva. O processo de trabalho é composto pelo próprio trabalho, pelo objeto e meios de trabalho.

O objeto de trabalho é a matéria extraída do seu meio natural sobre a qual se opera o trabalho, como, por exemplo, a madeira extraída da floresta e os minerais retirados das minas. O meio de trabalho “é uma coisa ou complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre o objeto” (MARX, 1982, p.203). Os meios de trabalho se materializam através de instrumentos, das instalações físicas, da técnica, entre outros.

O processo de trabalho tem a finalidade de transformar para alcançar um determinado fim e se acaba com a aquisição do produto. Para Marx (1992, p.205)

O trabalho está incorporado ao objeto sobre que atuou. Concretizou-se e a matéria está trabalhada. O que se manifesta em movimento ao lado do trabalhador, se revela agora qualidade fixa na forma de ser, do lado do produto. Ele teceu e o produto é um tecido.

Este produto tem a finalidade de atender a uma necessidade do homem, sendo por Marx (1982) designada de valor-de-uso.

A forma como se dá a relação entre os meios de produção e as forças produtivas, isto é, entre a propriedade dos meios de produção e o trabalho, é chamada de modo de produção. A apropriação dos meios de produção vai definir a divisão social do trabalho entre quem trabalha e

os que detêm os meios de produção e se apropriam do produto final do trabalho, isto é, entre o trabalhador e o capitalista.

No modo de produção capitalista o objeto de trabalho, os meios de produção e o produto pertencem ao capitalista, restando ao trabalhador vender-lhe a sua força de trabalho. O produto, agora chamado de mercadoria, não mais tem valor-de-uso para o seu produtor, tomando a forma de valor-de-troca para o seu dono, o capitalista. Nesta sociedade há uma subordinação do trabalho ao capital (MARX, 1982).

Na sociedade onde prevalecia o valor de uso para o atendimento das necessidades humanas, o tempo empregado no processo de trabalho era o necessário para este fim. Com o modo de produção capitalista, este tempo deixa de ser o necessário e passa haver um tempo excedente que é apropriado pelo capitalista, gerando o que Marx (1982) chamou de mais-valia.

O trabalho produtor de valores-de-troca assume um caráter assalariado, baseado no tempo de trabalho excedente; fetichizado e estranhado, isto é, avesso à descrição primitiva da natureza do trabalho para o homem, sendo a antítese da atividade laborativa livre e autônoma (ANTUNES, 2001).

A materialização das relações sociais fundadas na produção de valores-de-troca tem reflexo na relação homem-trabalho e na vida cotidiana. Michael Lovy (apud ANTUNES, 2001, p.180) coloca que “O capitalismo, regulado pelo valor-de-troca, pelo cálculo do lucro e pela acumulação de capital, tende a dissolver e destruir todo valor qualitativo: valores de uso, valores éticos, relações humanas, sentimento. O ter substitui o ser [...]”.

Dentro desse debate, a jornada de trabalho ocupa um papel central. Marx (1982) afirma que a jornada de trabalho é uma grandeza variável e não constante, composta pelo tempo necessário para reprodução da força de trabalho do trabalhador e pelo tempo do trabalho excedente, sendo este último a parte variável. O autor afirma ainda que no modo de produção

capitalista, a jornada de trabalho nunca pode fixar um limite mínimo ao tempo necessário de trabalho, já que o tempo excedente é o que gera a mais-valia. Mas que, ao contrário, a jornada de trabalho tem limite máximo estabelecido a partir dos limites físicos como o desprendimento de força física e a necessidade de descanso, e os limites morais determinados pelas necessidades espirituais atribuídas por cada civilização.

Falando sobre a ganância dos burgueses capitalistas em aumentar os seus lucros a partir do aumento da jornada de trabalho, Marx (1982, p.300-1) coloca que

[...] em seu impulso cego, desmedido, em sua voracidade por trabalho excedente, viola o capital os limites extremos, físicos e morais da jornada de trabalho [...] Rouba o tempo necessário para se respirar ar puro e absorver a luz do sol. Comprime o tempo destinado às refeições [...] O sono necessário para restaurar, renovar e refazer as forças físicas reduz o capitalista a tantas horas de torpor estritamente necessárias para reanimar um organismo absolutamente esgotado [...] Não é a conservação normal da força de trabalho que determina o limite da jornada de trabalho, ao contrário, é o maior dispêndio possível diário da força de trabalho, por mais prejudicial, violento e doloroso que seja, que determina o limite do tempo de descanso do trabalhador.

Retomando o debate sobre uma sociedade livre da subordinação ao capital, Antunes (2001) coloca como uma das principais reivindicações dos trabalhadores a redução da jornada de trabalho. Para o autor, esta ação pode combinar o combate à opressão e à exploração do trabalho, como também na esfera fora do trabalho, regido pelo consumo material e simbólico. A realização do trabalho dentro de um tempo necessário para o atendimento das necessidades humanas e a utilização do tempo livre sem a determinação material e subjetiva do mercado, com acesso à cultura, ao lazer, ao esporte, ao convívio familiar, são os elementos essenciais para o resgate do sentido do trabalho no cotidiano da vida.

Visualizando outra forma de organização social do homem, Antunes (2001) coloca a premência da busca por uma sociedade onde o trabalho esteja a serviço da satisfação das necessidades humanas, resgatando a sua essência; que o trabalho seja desenvolvido dentro de um tempo necessário para produzir os valores-de-uso e não no trabalho excedente, produtor de

valores-de-troca e mais-valia; que o trabalho por isso seja autônomo e livre, em que o homem não esteja alienado do processo produtivo e da apropriação do seu produto de trabalho. A consequência de um trabalho livre e autônomo é refletida na “esfera livre e autônoma da vida fora do trabalho”, sendo este tempo autodeterminado e livre dos ditames consumistas do mercado (ANTUNES, 2001).

3.2 O MUNDO DO TRABALHO ATUAL

O mundo do trabalho atual está marcado por profundas transformações nas relações capital-trabalho decorrentes da reestruturação do setor produtivo. A reestruturação produtiva surge no início dos anos 70 como saída para a crise do sistema capitalista em decorrência do declínio nas suas taxas de lucro; do esgotamento do modelo taylorista/fordista que levou a um grande excedente de produção; do avanço do capital especulativo que tirava capital da esfera produtiva; da concentração dos monopólios e oligopólios; e da crise do Estado de bem-estar-social que levou a uma crise fiscal do Estado capitalista (ANTUNES, 2001).

Visando a saída para essa crise, deu-se um processo de reorganização do capital, tanto do ponto de vista das forças produtivas, quanto político e ideologicamente. As principais estratégias para a recomposição do capital foram: a privatização do Estado; a desregulamentação dos direitos trabalhistas; a desestruturação das empresas estatais; e a reestruturação da produção e do trabalho (ANTUNES, 2001).

A reestruturação produtiva teve início no Japão, na indústria da Toyota, sendo por isto denominada de toyotismo. Alves (2000,p.52-3) define o toyotismo como

[...] sendo principalmente uma nova articulação de dispositivos organizacionais da produção capitalista, com poderosa carga ideológica, cujo objetivo é a captura da

subjetividade do trabalho (o que o diferencia, em termos qualitativos, do fordismo e do taylorismo) [...].

As transformações estruturais do sistema produtivo, que vêm alterando profundamente o mundo do trabalho, passam a reger todos os setores da sociedade, conformando um novo paradigma na relação capital-trabalho. Estas mudanças prevêm a desconcentração da produção; a flexibilização de direitos trabalhistas; o avanço tecnológico, trazendo o desemprego estrutural; o trabalho polivalente; a desconcentração da produção; a produção de mercadorias atrelada à demanda do mercado; os Círculos de Qualidade (CCQs), entre outras (ANTUNES, 2001).

A flexibilização do processo produtivo se dá através da execução de várias tarefas por um só operário, surgindo o trabalho polivalente. O operário deixa de executar uma só tarefa no processo de trabalho, e passa a desempenhar várias, diminuindo o contingente de trabalhadores necessário para a produção das mercadorias. Na fábrica da Toyota, no Japão, um operário chega a operar cinco máquinas de uma só vez (ANTUNES, 2000).

Outra forma de flexibilização produtiva é o da organização do trabalho, em que há uma mudança da produção através de grandes indústrias concentradas e verticalizadas, para a produção descentralizada através de empresas terceirizadas, havendo uma pulverização dos trabalhadores numa organização horizontal do trabalho (ANTUNES, 2000).

A flexibilização dos trabalhadores ocorre com a redução do contingente de operários necessários ao processo produtivo, reduzindo, por conseguinte, os gastos com a força de trabalho. Por outro lado, a produção é incrementada a partir de horas extras, trabalhadores temporários ou subcontratados (ANTUNES, 2000).

Agudizada pelo incremento da robótica e da micro-eletrônica que substitui o trabalho vivo por trabalho morto, a flexibilização do trabalho traz o desemprego estrutural, bem como a subproletarização do trabalho expressada através do trabalho precário, parcial, temporário,

subcontratado, terceirização, entre outros. Toda esta massa de trabalhadores passa a ter uma flexibilidade do emprego e do salário; a desregulamentação das condições de trabalho, de direitos trabalhistas e sociais. (ANTUNES, 2000).

Dados do DIEESE (2001) sobre o perfil da classe trabalhadora no Brasil apontam para o crescimento do desemprego no setor industrial. Em São Paulo, entre 1989 e 1999, houve a destruição de 720 mil postos de trabalho, correspondendo a uma perda de 13,4% da participação da indústria no total de ocupações geradas; na região metropolitana de Porto Alegre, entre 1993 e 1999, foram 5,2% e na de Belo Horizonte foi 1,7% entre 1996 e 1999, de decréscimo da participação do setor industrial na geração de empregos.

O DIEESE (2001) aponta dados sobre o crescimento da flexibilização do emprego, tendo a contratação direta pela empresa sem carteira assinada como a principal forma de precarização, com crescimento em todas as regiões metropolitanas de importância industrial. A segunda forma de flexibilização foi o assalariamento indireto através das terceirizações de serviços que também crescem em todas as regiões. A terceira forma de precarização apontada pelo DIEESE é o trabalho autônomo que vem crescendo ainda mais que o terceirizado

Apesar da reestruturação produtiva atingir homens e mulheres da classe trabalhadora, a divisão sexual do trabalho é um elemento diferenciador no que tange às mudanças no mundo do trabalho atual. Num estudo sobre flexibilidade, trabalho e gênero, Hirata (1999) afirma que “a flexibilidade é sexuada”. A autora aponta dois tipos de flexibilidade: a interna e a externa. A flexibilidade interna na qual prepondera a polivalência, a rotação e o trabalho em equipe, é atribuída à força de trabalho masculina, situando-se no interior das empresas. Já o emprego precário, o trabalho de tempo parcial, os horários flexíveis e a anulação do tempo de trabalho, próprios da flexibilização externa, têm sido atribuídos à força de trabalho feminina.

Segundo dados publicados pela Fundação SEADE (2001) sobre a mulher no mercado de trabalho, no Estado de São Paulo, do total de empregos celetistas gerados, apenas 34,5% estavam ocupados por mulheres. Os mesmos dados indicam que para haver um equilíbrio entre a proporção de mulheres ocupadas com carteira assinada com a de homens nesta mesma situação, este número deveria ser 15,6% maior, o que mostra que para a mulher a flexibilização e vulnerabilidade do emprego é maior do que para a força de trabalho masculina.

Segundo Hirata (1999), a flexibilização do tempo de trabalho feminino, por exemplo, só é possível porque há legitimidade social em nome da conciliação entre a vida familiar e a vida profissional, pressupondo-se que essa conciliação é de responsabilidade da mulher. Há também outra legitimidade social para o uso da flexibilidade do emprego e dos salários para as mulheres: a representação corriqueira do salário feminino como “complementar”, embora as modalidades de atividade crescente das mulheres no mundo do trabalho profissional em todo o mundo se afastem cada vez mais, na prática, dessa representação.

Fazendo uma reflexão sobre as conseqüências da reestruturação produtiva no mundo do trabalho, Antunes (2000, p.151-2) afirma que

É visível a redução do operariado fabril, industrial, gerado pela grande indústria comandada pelo binômio taylorismo-fordismo [...]. Porém, paralelamente a este processo, verifica-se uma crescente subproletarização do trabalho, através da incorporação do trabalho precário, temporário, parcial etc. [...] há um fortíssimo processo de terceirização do trabalho, que tanto qualifica como desqualifica e com certeza desemprega e torna muito menos estável a condição operária. Deslança o assalariamento dos setores médios, incorpora-se o trabalho das mulheres no processo produtivo [...]. Como se constata, a processualidade é complexa e multiforme e tem como resultado uma classe trabalhadora mais heterogeneizada, fragmentada e complexificada.

Para Vakaloulis (2000, p.45), a reestruturação representa para a classe trabalhadora “[...] a desaparecimento do pleno emprego, o fim do aumento dos salários reais e a diminuição, até mesmo a supressão [...] de um número considerável de serviços ligados à cidadania do welfare”.

Estas mudanças atingem diretamente a subjetividade do trabalhador na sua consciência de classe, afetando profundamente os seus organismos de representação. As organizações sindicais que atuam em cooperação com o capital, atuam nos limites da ordem capitalista, sem questionar os seus pilares de sustentação como o mercado, o lucro, a lógica da produtividade, a propriedade privada, entre outros (ANTUNES, 2000). Este sindicalismo

Incapaz de apreender a amplitude e a dimensão da crise do capitalismo, postado numa situação desfavorável que lhe obsta a possibilidade de visualizar e agir para além do capital [...], em seus traços e tendências dominantes nos países avançados, conduzido pelo ideário que tem conformado suas lideranças, a cada passo dado, recua a um patamar anterior, assemelhando-se a um indivíduo que, embora pareça caminhar para frente, desce uma escada de costas, sem visualizar o último degrau e menos o tamanho do tombo (ANTUNES, 2000, p.151).

Essas transformações no mundo do trabalho ganham corpo aliada à política neoliberal implementada pelos países de economia central e também periférica. O neoliberalismo surge como uma retomada do liberalismo clássico que Toledo (2002, p.73) o caracteriza com as seguintes características: o individualismo em que a sociedade é composta por um conjunto de particulares que desenvolveriam ações racionais entre meios e fins; a liberdade do homem assenta-se na possibilidade de ser proprietário, assim “A sociedade política só se justificaria para proteger a propriedade e cuidar para que as relações mercantis transcorram de forma ordenada”; e, por fim, a relação de progresso da sociedade com a prosperidade dos sujeitos proprietários.

Toledo (2002, p.80) identifica algumas características econômicas, políticas e ideológicas que permeiam os Estados neoliberais. O mercado como regulador de toda a economia, tendo reflexo em todas as esferas da sociedade, pois esta passa a ter uma espécie de leis próprias que tomam uma dimensão objetiva e ideológica que rege toda a sociedade. O individualismo metodológico em contraposição à solidariedade, influenciando não só os sujeitos da sociedade, mas também orientando as políticas públicas onde o “Individualismo, liberdade e menor incidência na previdência social podem ir de mãos dadas”.

Ainda sobre as características dos Estados neoliberais, Toledo (2002) afirma que a desigualdade é vista como necessária para alavancar a liberdade e o empreendimento do mercado. O conceito de liberdade atrelado a uma conduta individual é o pano de fundo utilizado para justificar as políticas de desregulamentação estatal e a privatização.

Segundo Antunes (2001), o neoliberalismo iniciou-se na Inglaterra, tendo como principal agenda: a privatização de estatais; a redução ou até extinção do capital produtivo do Estado; a desregulamentação de leis trabalhistas e direitos sociais; e a aprovação de atos no Parlamento Conservador que limitam a atuação das organizações sindicais.

O neoliberalismo e a reestruturação produtiva avançam nos países dependentes do capital externo através dos ajustes impostos pelos organismos financeiros como o Fundo Monetário Internacional – FMI – e o Banco Mundial. Segundo Braga (2000), uma das fases do reajuste dá-se pela redução do emprego no setor público acompanhado por grandes cortes financeiros nos programas de caráter social.

No Brasil, desde os anos 90, vem sendo implementado pelos governos neoliberais um duro conjunto de ajustes estruturais na economia e do Estado que Braga (2000) chama de armadilha do ajuste em que, por meio de negociação do endividamento do país, várias desregulamentações no campo da economia e das políticas públicas vem sendo impostas pelos órgãos financeiros como o FMI e o Banco Mundial e obedecidas pelo Estado brasileiro.

Segundo Braga (2000), a política neoliberal desenvolvida no Brasil tem como pilares a redução do emprego no setor público e cortes nos programas sociais, com impacto direto nos níveis salariais; desregulamentação dos preços dos alimentos e a liberalização das importações; desatrelamento dos reajustes salariais do custo de vida; quebra de tarifas alfandegárias de proteção aos produtos internos; privatização das empresas estatais; e perda de autonomia nacional do sistema financeiro com a privatização dos bancos estatais.

Desta forma, essa política de desnacionalização e de neocolonização por meio da apropriação da economia dos países periféricos pelos países centrais é combinada com as mudanças no mundo do trabalho impostas pela reestruturação produtiva, que para Braga (2000, p.68) “[...] se apresenta enquanto um movimento de contra-ofensiva social e ideológica, em escala mundial, disposto a transformar todo o mundo à sua imagem e semelhança: a barbárie social”.

1.0 A SAÚDE NO CONTEXTO DO MUNDO DO TRABALHO ATUAL

Antes de abordar o setor saúde no atual momento do mundo do trabalho, é importante fazer uma rápida exposição sobre processo de trabalho em saúde, posto que neste estudo o mundo do trabalho é analisado na perspectiva do materialismo histórico.

O processo de trabalho em saúde é analisado por Mendes Gonçalves (1992) a partir da teoria de Marx sobre processo de trabalho produtivo. Ao descrever os componentes do processo de trabalho em saúde, Mendes Gonçalves (1992, p.28) afirma que o objeto de trabalho sobre o qual opera a transformação para se obter um resultado ou finalidade é o próprio homem, considerado em sua objetividade a qual inclui naturalmente sua subjetividade, historicamente construída. Esta é apreendida enquanto “relações mediadas por desejos, ódios, normatividade e trabalho”.

Os meios de trabalho são os instrumentos e o conhecimento com as quais os agentes desenvolvem sua prática direcionada a totalidade social. O produto do processo de trabalho em saúde é a geração e a satisfação das necessidades humanas ou carecimentos sociais como destaca Medeiros (2000) ao abordar Mendes Gonçalves.

Comparando o processo de trabalho em saúde com o do trabalho industrial, Mendes Gonçalves (1992) afirma que, subtraindo a produção da mercadoria e de mais-valia, o processo de trabalho em saúde não se diferencia daquele, sendo ambos, portanto, organizados dentro da mesma lógica.

O setor saúde, apesar de não estar dentro do processo de produção de mais-valia, assume um papel social que, segundo Mendes Gonçalves (1992, p.48), “O indivíduo é protegido da doença para que melhor possa ser consumida sua força de trabalho pelo capital que o explora, o que necessariamente exclui a saúde de suas possibilidades vivenciais”, estando, portanto, totalmente incorporado ao modo de produção capitalista.

Trazendo o trabalho em saúde para o atual contexto histórico do mundo do trabalho, é relevante olhá-lo incorporado ao setor de serviço. Este vem passando, a exemplo dos demais setores econômicos, pelo processo de reestruturação produtiva. Para Antunes (2001), nas últimas décadas houve um grande aumento do contingente de trabalhadores nesse setor oriundos da indústria que vive um movimento descendente do emprego. O autor coloca que as mudanças organizacionais e tecnológicas vêm impactando o setor de serviços, e cita os bancos e a privatização do setor público como exemplo de redução do contingente de trabalhadores.

Quanto ao assalariamento dos trabalhadores do setor de serviços, Antunes (2001) argumenta que este cada vez mais se aproxima da lógica e da racionalidade do mundo produtivo. Os serviços de saúde sofrem, a exemplo dos demais setores, reflexos da reestruturação produtiva, aliados à política neoliberal implementada pelos governos. Fazendo uma análise sobre as mudanças vividas pelos trabalhadores da saúde no Brasil, Pires (2001) coloca como relevantes as relações de trabalho no interior das políticas desenvolvidas pelo governo para a saúde a partir dos anos 90; o emprego na saúde; a precarização do trabalho; o ascenso da terceirização; e a organização do trabalho no setor saúde.

Segundo Pires (2001), o Estado brasileiro vem abrindo o caminho para a precarização do trabalho através da desregulamentação dos direitos trabalhistas constitucionais e pela redução dos investimentos na saúde e na educação. A autora destaca algumas ações com significativos reflexos no setor público, como a desvalorização do salário, levando ao agravamento da exclusão social; a redução da jornada de trabalho com a redução de salário; os planos de demissões voluntárias; a redução do acesso ao seguro desemprego; a contratação de pessoal não qualificado e com relação precária de trabalho.

A reforma administrativa aprovada pelo Senado em 1998 tem como eixo a orientação para o mercado, colocando o Estado brasileiro à disposição dos ajustes do projeto neoliberal. Para Almeida (apud PIERANTONI, 2001), os consensos construídos em torno da reforma administrativa passam pela quebra de monopólios estatais; redução do quadro de funcionários públicos; implantação da política de controle de qualidade total no aparato do Estado; implantação de uma gerência eficiente para a competição de mercado; utilização da terceirização e investimento em novas tecnologias em detrimento da reorganização do Estado .

Em relação ao emprego na saúde, Pires (2001) destaca que, ao contrário do que vem ocorrendo no setor industrial, é notório o seu crescimento neste setor. Nos Estados Unidos, entre 1996 e 2006, a saúde é o setor com maior previsão de crescimento de postos de trabalho. No Brasil, não é verificado recuo na geração de emprego. A autora destaca a contratação de 145 mil agentes comunitários de saúde e 10 mil equipes de saúde da família nos anos 90. Outra caracterização da oferta de emprego na saúde é por meio da municipalização dos serviços de saúde após a implantação do SUS; e o crescimento do setor privado.

Mesmo verificado o incremento da microeletrônica e da informática, ao contrário de muitos setores, não houve redução de postos de trabalho. Isto é explicado pela difícil substituição do trabalho humano no cuidado das pessoas; pelo fato de que novos equipamentos demandam

novos setores e aumentam a força de trabalho; e pela crise social que aumenta a demanda dos problemas de saúde (PIRES, 2001).

Apesar da expansão do emprego no setor saúde, grande parte dos postos de trabalho criados trazem a marca da precarização do trabalho, com baixos salários e com vínculos temporários. É o caso do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS); o Programa de Saúde da Família (PSF); o Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde (PITS); e do crescimento das contratações nos hospitais públicos com caráter temporário, por plantão e sem direitos trabalhistas efetivos. Todos estes trabalhadores têm grandes dificuldades em sua organização sindical devido à insegurança do vínculo trabalhista, o que dificulta a conquista de direitos de proteção social como a licença-maternidade, licença médica, aposentadoria, entre outros (PIRES, 2001).

Em relação à organização do trabalho em saúde, Pires (2001) coloca a predominância ainda do modelo taylorista/fordista, sobretudo na enfermagem, em que estão presentes princípios da organização científica do trabalho, tais como a rígida hierarquia e a divisão social do trabalho com forte dicotomia entre o pensar e o fazer. A autora coloca que algumas instituições vêm adotando mudanças na gestão por meio da incorporação dos preceitos da qualidade total como a flexibilização do trabalho; forte responsabilização dos trabalhadores; maior autonomia no trabalho, oportunizando que o trabalhador desenvolva ações em prol da instituição e da clientela.

Fazendo uma reflexão crítica a esses novos modelos de gestão, Pires (2001,p.14) afirma que

[...] os novos modelos de organização, mesmo com um discurso de valorização do ser humano, não permitem visualizá-lo em sua integralidade, pois a valorização do trabalhador é um meio de manter a produtividade, e não um valor em si mesmo. Esta mudança de concepção, garantido ao trabalhador ser sujeito e ator social, só é possível desde que se garanta que ele possa, no trabalho, exprimir sua subjetividade e sua criatividade [...] Os novos modelos de gestão introduzidos não permitem suplantar o taylorismo/fordismo. Normas, regras e rotinas ainda determinam o que fazer, como fazer

e inclusive o que sentir, desconsiderando a dimensão humana e subjetiva do trabalho da enfermagem.

Enfocando os problemas de saúde vivenciados pelos trabalhadores de saúde no atual mundo do trabalho, Pires (apud PIRES, 2001) expõe que estudos feitos no Brasil indicam que o trabalhadores da enfermagem são os que mais sofrem com problemas ligados ao trabalho. Dentre as mais relevantes, a autora destaca: as perdas auditivas e o stress em setores que utilizam instrumentos que produzem ruídos, como no caso dos Centros de Terapia Intensiva; as Lesões por Esforço Repetitivo (LER) adquiridas pelo uso intensivo da informática, trazendo também agravos pelos esforços físicos realizados anteriormente, sobretudo pela enfermagem; o aumento das cargas físicas e emocionais condicionadas pelas precárias condições de trabalho, baixos salários, sobrecarga de trabalho, falta de valorização profissional e a responsabilidade com o cuidado de pessoas em situação de risco de vida; e o stress e os problemas emocionais gerados pela excessiva jornada de trabalho advindos do duplo ou triplo emprego e do trabalho doméstico para as casadas ou chefes de família.

Num estudo realizado sobre a saúde de enfermeiras do setor público do Chile, Avendaño; Grau; Yus (1997) levantam características do perfil ocupacional da enfermagem, definindo-a como uma profissão de riscos à saúde. O gênero feminino, perfil profissional do enfermeiro e a localização no setor público, configura-se como uma combinação que gera múltiplos riscos à saúde. A pesquisa mostra que o ser mulher-enfermeira em si é um fator de risco, visto os estereótipos sexuais atribuídos à profissão e as constantes posturas machistas no trabalho.

Quanto ao trabalho, a pesquisa analisa tanto o trabalho remunerado, quanto o trabalho doméstico que em si constituem-se numa dupla jornada de trabalho para as enfermeiras. No que se refere ao trabalho doméstico, a pesquisa aponta como riscos o contato com agentes físicos,

químicos e biológicos e fatores inerentes à profissão, como o sofrimento físico e psicológico, e mesmo a morte de pacientes; o acelerado ritmo de trabalho; as emergências constantes e o grau de atenção na prestação do cuidado.

Ainda no trabalho remunerado, aparecem como fatores de risco o aumento da jornada de trabalho; o trabalho em sistema de rodízio e horário noturno; a falta de controle sobre o trabalho; as baixas remunerações; a falta de condições de trabalho no que concerne a recursos materiais e técnicos e a falta de pessoal, entre outros.

No trabalho doméstico, a pesquisa indica como risco o tamanho e a composição do grupo familiar, uma vez que é a mulher que freqüentemente assume as tarefas de cuidado e educação dos filhos, bem como o cuidado com doentes crônicos e idosos da família. A falta de recursos para a realização de serviços domésticos, como equipamentos, máquinas, e a falta de serviços externos de apoio ao cuidado e à educação dos filhos, também são fatores de risco para a saúde das enfermeiras. A chefia do lar é um dos mais relevantes fatores de risco apontados pela pesquisa por aumentar as responsabilidades e demandas da mulher, inclusive de ordem financeira.

Numa correlação entre trabalho remunerado e trabalho doméstico, Avendaño; Grau; Yus (1997,p.127) colocam que

[...] a dupla jornada implica em geral uma diminuição do tempo de recuperação do desgaste por prolongamento global da jornada de trabalho (somatória do desgaste dos tempos de trabalho doméstico e remunerado) e por falta de descanso e recreação ou pela baixa qualidade destes.

Quanto aos efeitos ocasionados pelos riscos à saúde das enfermeiras, as autoras colocam: a redução do bem-estar e a existência de mal-estares inespecíficos; efeitos psicológicos expressos através de depressão e irritabilidade; efeitos corporais, como cansaço físico, dores de

cabeça e insônia; efeitos laborais expressos por insatisfação no trabalho ou desempenho insuficiente; efeitos familiares ligados ao funcionamento das relações familiares.

Apesar do estudo citado localizar-se no Chile, arriscamos atribuir grande parte do quadro de riscos também para a enfermagem brasileira, não só no caso das enfermeiras, mas sobretudo das auxiliares e técnicos de enfermagem que historicamente realizam a maior parte do trabalho de cuidado direto ao paciente. O fato de o Chile estar no contexto das políticas neoliberais impostas pelas instituições financeiras internacionais para o conjunto da América Latina e as condições de funcionamento dos serviços públicos de saúde também sustentam esta afirmação.

Os serviços públicos de saúde no Brasil passaram por mudanças concretizadas na Constituição Federal de 1988 resultantes de um processo de ampla discussão na sociedade, sendo a 8ª Conferência Nacional de Saúde a sua maior expressão.

O debate sobre política de recursos humanos fez parte da 8ª Conferência Nacional de Saúde, cujo relatório destaca alguns princípios como:

[...] remuneração condigna e isonomia salarial entre as mesmas categorias profissionais nos níveis federal, estadual e municipal, e estabelecimento urgente e imediato do plano de cargos e salários; [...] admissão através de concurso público; estabilidade no emprego; composição multiprofissional das equipes, considerando as necessidades de demanda de atendimento de cada região e em consonância com os critérios estabelecidos pelos padrões mínimos de cobertura assistencial; [...] cumprimento de carga horária contratual e incentivo à dedicação exclusiva; direito à greve e sindicalização dos profissionais de saúde [...].

Estes princípios foram incorporados na Lei 8080 e na Norma Operacional Básica – NOB- de Recursos Humanos. O avanço no arcabouço de leis que definem um modelo de saúde estatizante e que, do ponto de vista dos profissionais de saúde, preserva as bandeiras da 8ª CNS e os direitos trabalhistas dos servidores públicos, não garantiu a efetivação desta política. Paradoxalmente, a partir da Constituição de 1988, vem sendo implantado um processo acelerado

de desmonte do Estado enquanto responsável maior das políticas públicas, inclusive de saúde, e de desregulamentação da malha de direitos trabalhistas dos servidores públicos.

A consequência da política neoliberal no setor saúde é nefasta tanto para usuários que cada vez mais perdem o direito à assistência, quanto para o servidor público que se encontra numa situação de trabalho precário, seja pelo vínculo e direitos trabalhistas flexibilizados, seja pelo empobrecimento consequente do não reajuste salarial, da inexistência de Plano de Cargos, Carreiras e Salários, ou ainda pelas precárias condições de trabalho a que estão submetidos.

Essas questões têm consequências fundamentais na vida dos trabalhadores, determinando a sua vida dentro e fora da esfera do trabalho. O aumento da jornada de trabalho através do multiemprego e horas extras, como forma de superação da pauperização crescente, rouba-lhe o tempo livre que deveria estar à disposição do descanso necessário para a recuperação das energias físicas; para o lazer; para a convivência familiar de forma mais harmônica e menos conflituosa; e para a participação política nos fóruns e atividades de organização dos trabalhadores.

No Rio Grande do Norte, estudo realizado por Medeiros (2000) sobre a força de trabalho em saúde no município de Natal aponta para a existência de um processo de transformação no mundo do trabalho caracterizado pelos contratos temporários; flexibilização do emprego e dos direitos trabalhistas; terceirizações; entre outras.

Os contratos temporários, a flexibilização do emprego e dos direitos trabalhistas são evidenciados através da existência de 17% de trabalhadores do quadro de pessoal contratados sem concurso, por meio da prestação de serviço, e da existência de 312 agentes comunitários de saúde e 456 agentes de combate ao dengue. Todos têm em comum a flexibilidade da concessão dos direitos trabalhistas e a insegurança no vínculo com o emprego, dependendo sempre de negociações e da vontade política dos gestores (MEDEIROS, 2000).

Em estudo sobre o PSF, Veras; Medeiros; Germano (2002) apontam para a existência de traços característicos da reestruturação do trabalho em saúde em Natal/RN, entre eles a polivalência de enfermeiros e auxiliares de enfermagem que estão realizando atividades de outros profissionais, como nutricionistas e assistentes sociais na execução do Programa do Leite em unidades de saúde da família; a eliminação de postos de trabalho para categorias de serviço social, nutrição e psicologia; a flexibilização do vínculo e dos direitos trabalhistas; e o retrocesso no movimento sindical.

Outro forte indício da influência da reestruturação produtiva no setor saúde em Natal/RN é a terceirização que vem se dando através de empresas, como é o caso de um hospital público que teve terceirizado a gestão e o corpo de trabalhadores, e por meio de cooperativas médicas que têm uma participação cada vez mais crescente na prestação de serviços de saúde (MEDEIROS, 2000).

Frente a essas discussões, é necessária uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde no atual contexto histórico, para que se responda: como está o ser humano envolvido neste processo? Seja ele o objeto de trabalho a ser transformado, isto é, seja este homem a totalidade a ser trabalhada, seja o homem-força de trabalho, responsável pela transformação e atendimento das necessidades em saúde.

O desenvolvimento do processo de trabalho em saúde no atual contexto onde o tempo necessário para a reprodução da força de trabalho é cada vez maior, mediante o aumento da jornada de trabalho, coloca em jogo tanto o resultado deste processo que é a satisfação dos carecimentos em saúde, como também a essência e o significado do trabalho para o seu produtor: o trabalhador da saúde.

Resgatando Antunes (2002) quando fala em produção de sentido do trabalho, é necessário que se busque resgatar o trabalho em saúde como espaço de satisfação e de

significados onde é imprescindível o desenvolvimento pleno das atividades em saúde para satisfação dos usuários, e onde o trabalhador seja respeitado na sua integralidade, tanto do ponto de vista da remuneração e valorização profissional, como pela jornada de trabalho compatível com o pleno desenvolvimento deste trabalho, permitindo o gozo do tempo livre.

2.0 O TRABALHO E A VIDA COTIDIANA

A vida cotidiana é o espaço do homem na sua particularidade no qual ele desenvolve possibilidades de reprodução social. É só conhecendo o homem neste espaço, da vida cotidiana, que se pode compreender a sua totalidade. É nesta esfera da vida onde se explicita as questões mais simples às mais complexas que caracterizam a natureza humana. Todo homem, independentemente do lugar que ocupa na sociedade, tem uma vida cotidiana e é nela que o homem se apresenta por inteiro, utilizando todos os seus sentidos, capacidades intelectuais, sentimentos, idéias e ideologias (HELLER, 1991, 1992).

A vida cotidiana é heterogênea, pois nela o homem desenvolve as mais variadas atividades: a organização do trabalho, a vida privada, o descanso, as relações sociais, o intercâmbio e a purificação. Ao mesmo tempo ela também é hierárquica, isto é, as atividades são realizadas de acordo com a prioridade dada a cada uma, a depender da estrutura econômica em que se vive (HELLER, 1991, 1992).

O pensamento cotidiano, segundo Heller (1991), caracteriza-se pelo antropomorfismo, isto é, a realidade é vista pelos limites da vida cotidiana, e o antropologismo que é o conhecimento superficial imediato sobre os fatos e experiências concretas da vida, prescindindo do desenvolvimento da ciência e da técnica. O pensamento não cotidiano, que é o científico-

filosófico caracteriza-se pela superação do antropomorfismo e do antropologismo para a construção de uma outra leitura da realidade (HELLER, 1991).

Heller (1991) diz que o homem já nasce inserido na sua cotidianidade em um sistema de produção e distribuição no qual ocupa um lugar na divisão social do trabalho. Ao nascer, ele encontra um sistema de uso de coisas necessárias a sua vivência e desenvolverá capacidades para utilizá-las. Assim, também estará desenvolvendo relações sociais. O homem só é considerado maduro quando está apto a manipular as coisas do seu meio ou reproduzir comportamentos inerentes a sua comunidade.

A forma como o homem se apresenta na vida cotidiana é através de sua particularidade. Esta é socialmente construída na medida em que ao se inserir num conjunto de relações determinadas pelo uso de objetos e “sistema de aspirações sociais” (HELLER, 1991, p.36), ele necessita desenvolver características particulares que venham a proporcionar sua vivência na comunidade determinada por estas características. Da mesma forma, nenhuma sociedade pode existir sem o homem particular, tendo esta também uma cotidianidade.

O homem na sua particularidade tem características próprias, ponto de vista e motivações particulares que existem pela necessidade natural de autoconservação. A relação do homem particular com o mundo é alienada, pois não dá conta da totalidade da vida. Ao contrário da particularidade, a genericidade é a inserção do homem consciente de si, seu gênero humano e do mundo (HELLER, 1991).

A partir daí, a autora inicia a discussão deste homem particular e motivado pela autoconservação e de sua relação com o gênero humano, a genericidade, isto é, com a vida na sua integralidade. Heller (1991) faz o seguinte questionamento: se todo homem nasce dotado do instinto de autopreservação e para isto é aguçado o seu aspecto particular, como alcançar a genericidade? Ela mesma responde dizendo que a genericidade é alcançada através da relação

consciente do homem com o seu gênero, o gênero humano, e que isto só é possível através do conhecimento. Sinteticamente pode-se afirmar que na particularidade está em evidência a relação alienada do homem com o mundo e que na genericidade está presente a relação consciente do homem com o mesmo.

Marx (apud HELLER, 1991), afirma que o homem é o único animal que tem uma relação genérica com sua própria essência. É através da consciência que o homem tem a noção da totalidade da vida, o que o diferencia dos outros animais, e que é justamente, e só por isso, que ele é um ser genérico. Heller, ao citar Marx, afirma que ele faz uma crítica à alienação a partir da vida cotidiana das sociedades de classe, da propriedade privada e da divisão social do trabalho. Este autor diz que o trabalho alienado transforma a essência do homem, sua atividade vital, num simples meio para garantir sua existência, pois está excluída neste trabalho o entendimento e a integralidade dos aspectos mais diversos e amplos da vida, isto é, no trabalho alienado o homem não desenvolve suas qualidades genéricas. Heller (1991, p.52) afirma que “[...] su cualidad genérica, se convierte al mismo tiempo en un medio para negar su esencia genérica y, en efecto, el hombre hace de su esencia el medio de su existencia”.

Marx (apud HELLER, 1991, p.53) afirma que na sociedade em que prepondera a propriedade privada, os homens só reconhecem algo como seu se tocar, comer, beber, enfim, possuir. Desta forma, todos os sentidos físicos e sentimentos são alienados para dar lugar ao ter. “El ser humano tenía que ser reducido a esta absoluta pobreza para que pudiera alumbrar su riqueza interior”. Em cima disto, Heller (1991) afirma que se as forças vitais do homem se convertem como meio de sua existência e, se todos os sentidos humanos vão a busca do ter, significa que a vida cotidiana se concentra apenas em torno da mera existência e do ter. Neste sentido não há espaço para o desenvolvimento da genericidade.

Heller (1991, p.55) faz uma distinção entre o homem particular e o indivíduo. Este é o homem consciente de si mesmo mediado pela genericidade; “El individuo es un singular que sintetiza en sí a unicidade accidental de la particularidad y la universalidad de la generacidad”. A motivação do indivíduo não passa apenas pela autoconservação. Ele tem valores no seu cotidiano que transcendem a autopreservação. Só o indivíduo tem a consciência de si mesmo, o que leva a querer dar forma a si e a seu mundo. A autora afirma que o homem vive ao mesmo tempo o ser particular e o individual. No entanto, o indivíduo tem consciência das suas motivações particulares, mas prioriza suas motivações ligadas à genericidade.

Para se reproduzir a si mesmo como particular, o homem deve efetuar um trabalho, sendo este a base da vida cotidiana. As outras atividades se organizam a partir dele. O tempo também é definido a partir do trabalho, seja na intensificação ou na redução das horas trabalhada, seja no tempo livre. A autora diz que o tempo do trabalho tem diminuído a realização de outras atividades cotidianas como dialogar, comer, relacionar-se, entre outras.

Marx (apud HELLER, 1991) diferencia o trabalho enquanto atividade humano genérica que chama de work, e como a execução da vida cotidiana que chama de labour. O work é uma atividade humano-genérica porque produz valor de uso que satisfaz uma necessidade social e é realizado dentro de um tempo socialmente necessário. Sobre o Labour, Marx (apud HELLER, 1991) conceitua como uma atividade na qual o produto do trabalho não pertence ao produtor e por isto lhe é estranho, sendo, portanto, um trabalho alienado. Ao perder esta noção da integralidade do processo produtivo, o trabalho deixa de ser uma atividade de auto-realização do homem, passando a ser uma “maldição”. Neste sentido o trabalho deixa de ser um meio de integralização do homem para satisfação de suas necessidades para ser um meio de satisfação de necessidades fora do trabalho. Sob esta ótica, o trabalho apesar de ser uma atividade humano-

genérica, no momento em que se torna processo alienado, serve apenas para a reprodução do particular.

É com o surgimento da sociedade de classe que se rompem as barreiras naturais entre a particularidade e a genericidade. A divisão social do trabalho confina o homem a uma dimensão restrita e parcial do mundo em decorrência da alienação. Marx (apud HELLER, 1991) faz a distinção de classe social em si e classe social para si. Segundo o autor, uma classe é em si quando simplesmente ocupa um lugar na divisão social do trabalho e nos meios de produção, sendo elemento intrínseco a esta estrutura. Uma classe para si é aquela que tem consciência da dimensão do lugar que ocupa na mesma estrutura, desenvolvendo uma consciência de classe própria, o que Lukács (apud HELLER, 1991, p.227) chama de “consciência atribuída de direito”. A crescente divisão social do trabalho em que o homem desenvolve atividades cada vez mais específicas, ocorre em detrimento da totalidade do homem, favorecendo, portanto, à alienação.

Uma classe torna-se para si quando seus membros tomam consciência do lugar que ocupam na divisão social do trabalho, e isto se dá por meio do conhecimento, Só a classe para si pode conduzir a vida no sentido de uma relação consciente do indivíduo com o humano-genérico.

Heller (1991) fala sobre a influência da política na vida cotidiana. Na definição lato sensu da palavra, a política está relacionada com atividade genérica necessariamente, isto é, ela sempre está voltada para uma integralidade. Na definição stricto sensu é uma atividade que objetiva o poder. A autora afirma que esta atividade ao longo da história vem sendo exercida mais pelas classes dominantes. As classes dominadas exercem a política quando tomam consciência “do nós”, isto é, da coletividade.

Para exercer uma atividade política, é necessário transcender o pensamento cotidiano, isto é, o antropomorfismo e antropologismo. Lenin (apud HELLER, 1991, p.175) diz que “[...] de la relación recíproca entre consciencia cotidiana y consciencia de classe referida inmediatamente

a la integración o a la perspectiva que encarna la generacidad”. A vida cotidiana está fortemente influenciada pelas transformações econômicas e políticas, e estas vão determinar o particular. Sobre a participação política dos operários, Heller (1991,p.181) afirma que a limitação das lutas ao aspecto econômico se coaduna com a conservação do particular e, que ao contrário, estas lutas devem ampliar-se no sentido da superação do particular em busca da genericidade: “El objetivo inmediato de la toma del poder debería ser la humanización de los hombres [...], la lucha contra la alienación debería pasar de ser parcial, a ser universal”.

2 PERCURSO METODOLÓGICO

Tendo como objetivo estudar o aumento da jornada de trabalho e sua relação com o cotidiano como um fenômeno social, buscou-se elemento da pesquisa qualitativa para assim compreendê-lo. Minayo (1992) afirma que a pesquisa qualitativa trabalha com a profundidade das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à quantificação. Richardson (1999) afirma que a pesquisa qualitativa caracteriza-se pela tentativa de compreensão dos significados e características apreendidos dos entrevistados, em vez de se produzir medidas que quantifiquem as características do comportamento humano.

Entendendo que o aumento da jornada de trabalho é um fenômeno determinado pelas relações econômicas e de classe historicamente construídas, optou-se pela utilização de elementos do materialismo histórico dialético como forma de iluminar o trajeto da compreensão do fenômeno em estudo.

O materialismo histórico assenta-se no entendimento de que a existência do ser humano é determinada pelo seu lugar na divisão social do trabalho, isto é, a partir da apropriação ou não dos meios de produção. A existência da divisão social do trabalho pressupõe a existência de classes sociais. Marx (apud CHAÚÍ, 2002) considera que são duas as classes sociais básicas: a trabalhadora, que vende sua força de trabalho, e a burguesa, detentora dos meios de produção (CHAÚÍ, 2002).

As relações entre as classes sociais são conflituosas e contraditórias, resguardando um movimento dialético de unidade e contradição, uma vez que, no modo de produção capitalista, uma não existe sem a outra e, ao mesmo tempo, são antagônicas, pois uma se apropria do que a outra produz. Neste sentido, há uma luta permanente entre as classes que exprime as contradições da realidade social, sendo esta luta o motor da história (CHAÚÍ, 2002).

Ao identificar que o processo histórico é guiado pelas contradições existentes na realidade social, Chauí afirma que o materialismo histórico é dialético.

É através do materialismo dialético que se pode compreender na realidade estudada o desenvolvimento das forças produtivas; das relações sociais; as classes sociais existentes e a luta de classe; a divisão social do trabalho; o Estado; entre outras especificações que definem o ‘modo de vida’ das pessoas. Este modo de vida é definido pelo modo de produção (MINAYO, 1992).

Discorrendo sobre a dialética, Minayo (1992) afirma que Marx desenvolveu a sua teoria a partir de Hegel. Para Chauí (2002, p.202) esse filósofo, antecessor de Marx, desenvolveu sua teoria a cerca da dialética articulando natureza e cultura como exteriorização do Espírito. Ambas se movem para dentro e para fora do Espírito através da história, a história do Espírito. A lógica como este processo se dá é definido como dialética. A autora afirma que Hegel considera que “A dialética é a única maneira pela qual podemos alcançar a realidade e a verdade como movimento interno da contradição”.

A dialética desvela as contradições da realidade, através da negação interna na qual “[...] um ser é a supressão de seu outro, do seu negativo”. Esta negação não é entendida como destruição do outro, mas como a sua transformação:

A contradição dialética nos revela um sujeito que surge, se manifesta e se transforma graças à contradição de seus predicados, tornando-se outro do que ele era pela negação interna de seus predicados. Em lugar de a contradição ser o que destrói o sujeito [...], ela é o que movimenta e transforma o sujeito, fazendo-o síntese ativa de todos os predicados postos e negados por ele (CHAUÍ, 2002, p.203).

Hegel é considerado um filósofo idealista, uma vez que a sua teoria assenta-se na idéia como prerrogativa da percepção da realidade, isto é, os fenômenos existem porque temos consciência dele. Sem essa percepção, os fenômenos não existem (CHAUÍ, 2002).

Minayo (2002) afirma que para Marx a dialética é utilizada para conhecer a realidade social como algo concreto, objetivo. A compreensão do mundo, do sistema econômico, das

relações sociais, dos fatos históricos e das idéias ocorre por meio do materialismo histórico. A autora apresenta duas hipóteses fundamentais da dialética em Marx: na realidade nada é eterno, fixo ou absoluto, tudo está em constante transformação e que a totalidade da existência humana se articula dentro da realidade na particularidade e no geral, isto é, no encadeamento da unidade específica com o todo. Assim, pra uma compreensão da realidade com base na dialética é importante

- compreender as diferenças numa unidade ou totalidade parcial;
- buscar a compreensão das conexões orgânicas, isto é, do modo de relacionamento entre as várias instâncias da realidade e o processo da totalidade parcial;
- entender, na totalidade parcial em análise, as determinações essenciais e as condições e efeitos de sua manifestação (MINAYO, 1992, p.70).

Triviños (1987, p.51) define o materialismo dialético como a base filosófica do marxismo e “[...] como tal realiza a tentativa de buscar explicações coerentes, lógicas e racionais para o fenômeno da natureza, da sociedade e do pensamento”. O autor ressalta ainda que uma das idéias mais originais do materialismo é a importância dada à prática social como critério da verdade.

Sobre o conhecimento do objeto ou fenômeno a partir do materialismo dialético, Triviños (1987, p.74) coloca que este tem como procedimento geral: a contemplação viva do fenômeno, conhecendo suas sensações, percepções, representações; a análise do fenômeno através da penetração na sua dinâmica abstrata, estabelecendo as relações sócio-históricas do fenômeno na qual se elabora juízos de valor, raciocínio e conceitos; e a apreensão da realidade concreta do fenômeno estabelecendo “os aspectos essenciais do fenômeno, seu fundamento, sua realidade e possibilidades, seu conteúdo e sua forma, o que nele é singular e geral, o necessário e o contingente, etc.”.

Richardson (1999) aborda o materialismo dialético como o que reúne potencialmente as condições de compreender um fenômeno a partir de sua construção histórica e social. Baseando-

se na Teoria Marxista, o autor afirma que o materialismo dialético parte da análise de dois princípios filosóficos: que os fenômenos são objetivos, isto é, existem independentemente da consciência do homem e que a realidade apresenta relações contraditórias.

A opção pela abordagem, no presente estudo, de elementos do materialismo dialético, se deu em face do entendimento de que este reúne as condições teórico-metodológicas para explicar a realidade social em toda a sua complexidade. No entanto, é importante explicitar a relatividade da utilização do materialismo dialético, uma vez que não houve uma apreensão de toda sua profundidade filosófica e metodológica.

O olhar sobre o aumento da jornada de trabalho e sua repercussão na cotidianidade tem como referencial teórico o trabalho em Marx (1982) e em Antunes (2000, 2001) e a cotidianidade em Heller (1991, 1992). Neste estudo, o trabalho e o cotidiano são categorias analíticas gerais.

O aumento da jornada de trabalho é um fenômeno que vem ocorrendo entre muitos trabalhadores da saúde, sejam médicos, enfermeiros, assistentes sociais, auxiliares de enfermagem, entre outros. Porém, neste estudo, optou-se pelos enfermeiros, auxiliares e técnicos de enfermagem como sujeitos da pesquisa.

Também fizeram parte deste estudo os gestores do hospital e da Secretaria de Saúde Pública do Rio Grande do Norte (SESAP), bem como os representantes do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do RN. Estes, no entanto, não foram o foco do presente estudo, sendo suas informações utilizadas de forma a dar suporte ou confrontar as falas dos sujeitos da pesquisa.

Os sujeitos entrevistados foram aglutinados em grupos e codificados de acordo com a função que exercem no trabalho: Grupo E para enfermeiros; Grupo AT para auxiliares e técnicos de enfermagem; Grupo G para os gestores e Grupo R para os representantes do sindicato. Cada entrevistado recebeu uma numeração de acordo com a seqüência das entrevistas. Minayo (1992,

p.102) afirma que na escolha da amostragem qualitativa deve-se priorizar os sujeitos sociais que têm especificidades que o pesquisador pretende conhecer; que o tamanho do grupo estudado deve ser o suficiente para permitir a repetição de informações e ao mesmo tempo não deve descartar as informações diferenciadas da maioria; deve ser diversificado para permitir captar semelhanças e diferenças nas informações; e por último, que os entrevistados tenham “o conjunto de experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa”.

Os critérios utilizados para a definição dos grupos tiveram como base: a inserção de cada um na divisão social do trabalho e a representação dos mesmos no contexto abordado, visando captar as várias visões sobre o tema.

Especificamente sobre os grupos E e AT, utilizou-se, para a escolha dos entrevistados, a inserção destes em uma jornada de trabalho superior a 40 horas semanais definidas pelo vínculo com a SESAP, seja pelo multiemprego ou pelas múltiplas escalas de plantão no hospital em estudo. A escolha dos entrevistados dentro do critério estabelecido partiu da indicação da Divisão de Enfermagem do hospital e a partir daí pela disponibilidade de eles participarem da pesquisa.

No Grupo AT os entrevistados foram classificados como auxiliares e técnicos de enfermagem de acordo com a formação técnica. A intenção foi evidenciar a contradição entre qualificação profissional e a falta de valorização da força de trabalho por meio da carreira ou da remuneração, uma vez que apesar de terem formação de nível médio, alguns auxiliares ou técnicos de enfermagem são contratados como atendente de enfermagem, isto é, nível elementar.

O total de entrevistados foram: oito auxiliares de enfermagem; onze técnicos de enfermagem; dez enfermeiras; quatro gestores e duas sindicalistas (anexo 1). O critério utilizado para definir o número de entrevistados dentro da enfermagem foi à proporção entre auxiliares e técnicos de enfermagem e os enfermeiros, sendo os primeiros a maioria.

O campo de pesquisa foi um hospital público de referência do Estado do Rio Grande do Norte, sediado em Natal. O período histórico compreende o ano de 2003.

A entrada no campo de pesquisa foi precedida pela aprovação da pesquisa pelo Conselho de Ética da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (anexo 2) e da gerência do hospital.

Para a coleta das informações necessárias à pesquisa foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas abertas; um diário de campo para o registro das impressões subjetivas no percurso da pesquisa e de documentos oficiais.

Minayo (1992) considera que na entrevista pode-se obter informações objetivas que se reportam a fatos que o pesquisador poderia obter por meio de outras fontes como, dados estatísticos, documentos oficiais em geral, e as informações relativas às atividades, valores e opiniões do entrevistado, definidas pelos cientistas sociais como informações “subjetivas”^{*}.

Baklin (apud MINAYO, p.110) interpreta a palavra como um fenômeno ideológico e que é através da comunicação verbal que as pessoas deixam refletir os “[...] conflitos e contradições do sistema de dominação, em que a resistência está dialeticamente relacionada com a submissão”.

Depois de selecionados os sujeitos da pesquisa, ocorreram contatos com eles no sentido de obter autorização e agendar as entrevistas. Foi esclarecido para os entrevistados o objetivo da pesquisa; esclarecido que a participação era de livre arbítrio, podendo este se retirar em qualquer fase da pesquisa; que os entrevistados teriam um código para preservar o anonimato; e por último, apresentado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2). Para os que se dispuseram a participar da pesquisa, foi solicitado o consentimento para gravar a entrevista em fita K7, o que foi autorizado por todos os participantes.

^{*} Grifo da autora.

As entrevistas foram realizadas com base em dois roteiros distintos (anexos 4 e 5), sendo um para os grupos E e AT (anexo 4) e outro para os grupos G e R (anexo 5). As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora e por uma estudante de graduação. Após o término de todas as entrevistas, estas foram transcritas.

A análise das informações foi iniciada já a partir da coleta como recomenda Triviños (1987) quando afirma que na pesquisa qualitativa a coleta e a análise das informações não se dão de forma estanque. Elas interagem, influenciando uma a outra. A análise das informações foi realizada com base em elementos da hermenêutico-dialética.

A Hermenêutica é, segundo Gadamer (apud MELLO, 2002), definida como o estudo da compreensão. Em tempos mais antigos, era utilizada para compreender textos teológicos e jurídicos. No início do século XIX Schleiermacher (apud MELLO, 2002, p.01) estendeu a sua aplicação para todos os tipos de textos, “dando-lhe o status de ciência geral da compreensão”.

Minayo (2000) explicita algumas características da hermenêutica a partir da compreensão como categoria que move a atitude do investigador: o investigador não deve buscar a intenção do autor no que está e sim, procurar revelações para além do que está escrito; o investigador não deve ter uma postura contemplativa, pois a alienação frente ao que está escrito dificulta a aproximação dele com a realidade histórica; a compreensão não passa pela captação da vontade e planos do autor, pois ele está inserido num contexto e vai além da conjuntura em que vive. O autor deve ser visto dentro de um contexto em que se move do específico para o geral e vice-versa; o que se interpreta não pode ser compreendido de uma só vez nem de uma vez por todas, isto é, o compreender é um processo crescente de aproximação da realidade; por último, a autora afirma que o investigador deve buscar compreender o autor melhor do que ele mesmo pode se compreender .

Para Minayo (1992, p.231), é este método que se apresenta com maior possibilidade de dar uma interpretação aproximada da realidade, pois “Ele coloca a fala em seu contexto para entendê-la a partir do seu interior e no campo da especificidade histórica e totalizante em que é produzida”.

Minayo (1992) refere-se à hermenêutica-dialética como um “caminho do pensamento” na investigação de fenômenos sociais. A autora afirma que há uma complementariedade entre a hermenêutica e a dialética num movimento de aproximação e de diferenciação entre ambas.

Segundo Minayo (1992), hermenêutica e a dialética se aproximam pelas seguintes características: ambas admitem que a vida humana é social e que é historicamente determinada; a dialética marxista articula a objetividade e a subjetividade como componentes do ser social, e a hermenêutica, da mesma forma, tem a intersubjetividade como ‘locus da compreensão’^{*}; por último, aproximam-se na proposição de superação do ‘quantitativismo’ e do ‘qualitativismo’^{*} no entendimento dos fenômenos sociais quando a dialética afirma que a quantidade transforma-se em qualidade e a hermenêutica se propõe a compreender a realidade para além dos fenômenos em si

A hermenêutica e a dialética se diferenciam quando: enquanto a primeira move-se para a compreensão, a segunda se coloca numa postura crítica; enquanto a hermenêutica move-se em busca do consenso e da compreensão por meio da tradição e da linguagem, a dialética coloca na compreensão o germe do conflito e da contradição.

Nessa relação de distanciamento e complementariedade pode-se afirmar que a hermenêutica se propõe a compreender o significado do texto, considerando o contexto histórico em que se insere o autor na busca de interpretar o que tem além do escrito. A dialética é um

* Grifo da autora.

* Grifo da autora.

elemento que desconstrói os significados questionando o seu sentido. Ambas se complementam quando têm o ser social como objeto e sujeito da sua análise; quando consideram este ser social histórico. transcendem o positivismo quando superam a mera quantificação dos significados do texto e adentram na realidade social para explicar os fenômenos, não se restringindo apenas a sua constatação. Neste movimento se dá uma relação dialética entre a hermenêutica e a dialética, pois se complementam na contradição.

A utilização de elementos da hermenêutica para a compreensão das informações colhidas entre os entrevistados neste estudo, deu-se pelo fato da hermenêutica representar uma forma de instrumentalizar o olhar a partir do materialismo dialético, na medida em que possibilita a compreensão para além do que está escrito. No entanto, é importante assinalar que este não é um estudo hermenêutico, mas, sim, uma primeira aproximação com esse método de interpretação que desencadeou um desejo de aprofundar o conhecimento filosófico e metodológico, podendo se caracterizar como um vir a ser de outros estudos.

Para operacionalizar a utilização da hermenêutica dialética na interpretação de textos, Minayo (1992) afirma que se pode aproveitar a técnica da análise de discurso com a prerrogativa de submeter o conteúdo à superação dialética. Para tanto, a autora propõe uma seqüência de passos que vão da organização inicial dos textos até a análise teórica das informações, a qual foi utilizada como instrumento para análise das informações colhidas.

A análise das informações através da categorização limitou-se aos grupos E e AT por representarem os sujeitos da pesquisa que são os trabalhadores da enfermagem. As informações dos demais grupos, G e R, foram utilizadas de forma suplementar. Assim, seguiu-se os seguintes passos para ordenamento da análise:

- 1º- As entrevistas transcritas foram organizadas de acordo com o grupo a que pertenciam e em seguida encadernadas;

2º- Foi realizada leitura exhaustiva dos textos para apreensão das idéias centrais e dos momentos-chaves sobre o objeto de pesquisa. Minayo (1992) afirma que esta atividade ajuda à construção de categorias empíricas que serão confrontadas com as categorias analíticas centrais preestabelecidas;

3º- Foram constituídos os Corpus (Minayo, 1992) por meio do agrupamento das entrevistas de acordo com as características comuns. Neste caso os grupos serviram de base para esta organização;

4º - Cada Corpus foi submetido à leitura transversal e recortadas as unidades de registro constituídas por frases, orações ou expressões significativas. Cada unidade de registro foi sendo agrupada de acordo com categorias empíricas que surgiram durante este processo.

Nesta fase surgiram as seguintes categorias:

- Jornada de Trabalho;
- Direitos Trabalhistas;
- Trabalho e Cotidiano;
- Trabalho e Saúde;
- Situação do Servidor Público;
- Condições de Trabalho;
- Vida Pessoal e Relações Familiares;
- Tempo Livre;
- Explicando a Realidade;
- Mudando a Realidade.

5º - Procedeu-se o enxugamento das categorias empíricas que foram sintetizadas e agrupadas a partir das duas dimensões analíticas teóricas da pesquisa:

- Trabalho: Buscando saídas e Vivenciando o Ser Trabalhador em Saúde;
- Cotidiano: Vivendo o Cotidiano.

6º- Por fim, buscou-se o referencial teórico para contribuir com a interpretação e análise das informações.

Nesta última etapa, talvez a mais complexa, procurou-se apreender das falas a objetividade da realidade social vivida pelos trabalhadores da enfermagem de modo a ligar as suas especificidades à estrutura econômica e a sua inserção na classe social determinada pela construção histórica do modo de produção capitalista na sua fase atual da reestruturação produtiva e do neoliberalismo.

Buscou-se também apreender o conteúdo subjetivo das falas, algumas vezes colocadas de forma explícita, por vezes presentes de forma subliminar por expressões, palavras, símbolos, entre outros. A utilização da dialética deu-se nos momentos da explicitação das contradições inerentes ao processo vivido pelos trabalhadores, como também nos próprios sujeitos da pesquisa que por muitas vezes desvelaram conflitos e contradições num eterno movimento entre o que a particularidade e a genericidade (HELLER, 1991).

1 APROXIMANDO-SE DA REALIDADE DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM

1.0 CARACTERIZANDO A ESFERA DE TRABALHO

1.0.0 Estrutura física e serviços ofertados

O presente estudo desenvolveu-se em um hospital público estadual, integrante do Sistema Único de Saúde, de referência para todo o Rio Grande do Norte. Está subordinado à administração da Secretaria Estadual de Saúde Pública (SESAP), sendo o acesso universal em todas as faixas etárias.

O referido hospital foi inaugurado em 1973 e tinha uma estrutura física verticalizada com quatro andares. Em 2001, sofreu uma ampliação com a construção de um pronto-socorro que alojou vários serviços executados anteriormente no prédio antigo. Hoje coexistem as duas estruturas, sendo, no entanto, ainda insuficientes para a demanda. Uma parte da clínica médica funciona em um outro hospital de especialidade, também estadual.

A ampliação das instalações deu-se devido às pressões da crescente demanda, pois o serviço de urgência e emergência funcionou em precárias condições por muito tempo. Com a construção do pronto-socorro passaram a coexistir duas estruturas físicas, uma mais nova e conservada, e outra mais antiga que apresenta vários problemas nas instalações, a exemplo de infiltrações, presença de fungos nas paredes e tetos, entre outros. A nova estrutura também apresenta problemas que foram identificados nas informações obtidas por T3:

[...] a arquiteta que fez [o hospital] parece ... parece uma pessoa que não tem o mínimo conhecimento do que é um hospital, do que é um setor de urgência, um setor de reanimação, um politrauma, porque pega um banheiro que é pra paciente e coloca

dentro do posto de enfermagem. Então se você vai construir um hospital, você não pode pegar dois engenheiros que só tem a visão de engenharia [...]. Então você tem que juntar a enfermeira, a nutricionista, a assistente social, você tem que juntar outros especialistas pra formar uma comissão pra trabalhar com esses enfermeiros [...] foi construído tudo errado porque se você for no hospital, não tem cabimento você construir uma UTI onde não tem um ralo pra lava , que é um setor que tem que tá fazendo desinfecção constantemente. Um centro cirúrgico, uma UTI tem que ter repouso, um banheiro que é um setor fechado, não tem. O funcionário tem que sair lá fora pra tomar banho no hospital.

As afirmações de T3 demonstram a existência de uma política de gerenciamento que não envolve o conjunto dos trabalhadores que desenvolvem as práticas em saúde e da dicotomização entre o pensar e o fazer tão característico da equipe de saúde.

Além de ser o maior serviço de urgência e emergência do Rio Grande do Norte, o hospital têm os seguintes serviços: clínica médica; pediatria; clínica cirúrgica; ortopedia; buco-maxilo-facial; curativo de queimados; cirurgia vascular; hematologia; urologia; neurologia; neurocirurgia; oftalmologia; endoscopia; otorrinolaringologia e nefropatia. Para dar suporte a estes serviços, o hospital conta com um laboratório de análises clínicas; radiologia; endoscopia; anatomia patológica; ecocardiologia; ultra-sonografia e tomografia. Conta ainda com serviços de fisioterapia; nutrição; social e psicologia.

Alguns atendimentos de alta complexidade não existem no hospital ou são insuficientes para a demanda, sendo ampliados por meio da compra de serviços terceirizados ao setor privado. Os mais frequentes são cirurgias de fraturas e ortopédicas. Com relação a exames, os principais são a ressonância magnética, arteriografia, angiologia, cateterismo cardíaco, cintilografia óssea e colonoscopia. Conta com 298 leitos, sendo a maioria para a clínica médica. As UTIs geral, cardiológica e pediátrica têm, respectivamente, nove, cinco e cinco leitos.

1.0.0 Condições de trabalho, financiamento e estrutura administrativa

As condições de trabalho são bastante deficientes, sendo constantes as denúncias na imprensa local a respeito do funcionamento do hospital. A presença de pacientes internados em macas e até em cadeiras é um dos principais problemas enfrentados pelo hospital e pelos usuários que dependem deste serviço de saúde. Por meio da observação de campo, pôde-se constatar pacientes nos corredores do pronto-socorro recebendo infusão de soro intravenoso em cadeiras e até no chão, inclusive idosos. Os acompanhantes de idosos e menores de idade dormem no chão, em baixo das macas dos pacientes. Outro problema enfrentado pelo hospital é a falta de leitos nas UTIs, havendo, inclusive, ocorrência de óbitos na fila de espera, sendo este fato duramente denunciado pela imprensa local.

A falta de insumos básicos, de manutenção dos equipamentos e a deficiência de pessoal marcam as condições de trabalho desse hospital, sendo um dos fatores de maior estresse considerados pelos entrevistados, chegando uns a firmarem que, embora a jornada de trabalho seja longa e cansativa, as péssimas condições de trabalho representam a causa principal de estresse dos trabalhadores estudados.

Ao serem questionados sobre as causas das precárias condições de trabalho, alguns entrevistados atribuíram à superlotação do hospital em decorrência do não funcionamento da atenção básica de responsabilidade dos municípios.

Hoje no [hospital] tem uma superlotação [...], mas se a rede básica funcionasse [...] eu não teria a lotação que eu tenho hoje. Eu tenho um índice de amputação...gente, eu tenho duas amputações por dia [...]. Isso reflete a falta de controle do diabético, que não é pra ser feito no [...] [hospital], é pra ser feito na unidade básica [...]. Não é admissível hoje que um paciente ampute uma perna porque não teve uma glicemia, não teve uma insulina, não teve um endocrinologista, não teve um centro de saúde pra se tratar (G4).

Isso ocorre a despeito de todos os municípios do Rio Grande do Norte receberem recursos do SUS através do Ministério da Saúde. É recorrente a remoção de pacientes de outros municípios para o hospital com o intuito de realizar procedimentos que, pela hierarquização da rede de saúde preconizada na Lei 8080, deveriam ser executados na rede básica. A utilização de ambulância é uma prática muito utilizada no Estado, sendo, na maioria das vezes, utilizada como um benefício a ser trocado pelo voto no período eleitoral.

A superlotação, segundo alguns entrevistados, faz com que o suprimento de insumos e medicamentos enviados ao hospital sejam insuficientes e a utilização constante dos equipamentos aumenta a necessidade de consertos, que por muitas vezes, demoram a acontecer.

[...] ontem à noite no plantão [...] [estava] tomógrafo quebrado, a ultra quebrada, Raio X quebrado e os elevadores parados. Ou seja, inviável. Um dia falta feijão, outro dia falta a carne e num dia falta luva, no outro esparadrapo [...] (G4).

Outros entrevistados apontaram como causas das precárias condições de trabalho ao pouco investimento no setor saúde, levantando hipóteses de desvios e de vantagens que o setor privado pode estar levando em relação ao mau funcionamento dos serviços.

No serviço público existe aqueles que...existe aqueles que tem [...] que lucram com aquela situação [...] que lucram com aquele que tá jogado ali no corredor, detectou uma pneumonia, jogado ali, o paciente tem péssimas condições, adquire infecções maiores e vai a óbito. A gente sabe que têm os grupinhos isolados que lucram com isso aí, então é como se fosse um câncer essas feridas [...]. Então têm esses grupinhos que se prevalecem dessa situação pra viver melhor, pra tirar os altos lucros, pra assegurar o padrão de vida deles. [...] quantas clínicas e hospitais que a gente sabe e a história diz, o SUS ajudou a construir? Quantos planos ajudou a construir? (T3);

Hospitais grandes reclama “ah! o SUS paga pouco”, mas a maioria dos hospitais daqui, particular, atende gente pelo SUS, entendeu? Tomografia ... o hospital X sai muita gente daqui pra lá, que dizer, se desse prejuízo [...] por que eles aceitam ... o próprio hospital Y que é um hospital imenso aí, mas aceita muita gente do SUS. Então eu acho que a cultura ... eles acham o seguinte: quanto pior melhor! (A16).

A relação do Estado com o setor privado na saúde é histórica, sendo na década de 70 o maior prestador de serviços de atenção médica. A transferência de recursos públicos para a

iniciativa privada no Brasil serviu como instrumento de capitalização dos empresários do setor saúde (MENDES, 1993).

Esse fato ainda é uma realidade hoje. Observa-se que no setor público, a atenção básica vem ficando na responsabilidade do setor público, enquanto que serviços de média e alta complexidade são desativados no Estado na mesma proporção em que cresce a participação da iniciativa privada neste nível de atenção, por meio de compra de serviços com recursos do SUS.

Ainda sobre o investimento no setor saúde, G3 fala sobre a insuficiência deste investimento pelas esferas de governo:

[...] eu não vejo como sem aumentar os recursos para o atendimento médico que pode ser não só através do aumento da cotação pelo governo federal, Ministério da Saúde, mas também que haja um aporte também por parte dos prefeitos e do governo estadual.

A questão do financiamento do setor saúde é um problema que permeia os três níveis de governo. Durante os últimos anos em que vem prevalecendo o ajuste fiscal, a exemplo dos demais setores públicos, o setor saúde tem sido alvo de inúmeros cortes no orçamento pelo governo federal com o objetivo de garantir as metas de superávit primário acordadas com o FMI. Além desta questão, muitos estados e municípios esperam pelos recursos do SUS que vêm do Ministério da Saúde, utilizando os recursos do tesouro apenas para pagamento de pessoal.

Segundo informações colhidas no setor financeiro do hospital, recursos do SUS a ele destinados são de cerca 680 mil reais, sendo que, deduzindo o valor da Gratificação de Produtividade paga aos funcionários, restam cerca de 430 mil para o seu funcionamento.

Em outubro de 2002 o hospital recebeu a autonomia financeira, porém a maior parte das compras são centralizadas no nível central da SESAP, restando ao hospital a compra de impressos; contratação de pessoa física ou jurídica, bem como a compra de material elétrico e hidráulico para manutenção. A entrevistada G4 deixa claro como se dá a relação com os recursos do hospital:

Nós recebemos há mais ou menos quatro meses da governadora, a autonomia financeira. O nome autonomia financeira! Só que a gente...é um dinheiro virtual, a gente não pega nesse dinheiro. É um dinheiro que vem direcionado pra manutenção e uma quantia mínima pra equipamentos [...] A gente ainda não sentiu o valor ainda [da autonomia financeira]. Pelo contrário, pra gente piorou, porque agora nós temos o problema e somos culpados.

Na realidade, como deixou claro G4, a descentralização de recursos financeiros para o hospital é relativa uma vez que grande parte do processo de compra é ainda centralizada, o que dificulta a resolução de problemas que poderiam ser resolvidos em nível local. Por outro lado, o montante de recursos é insuficiente frente às despesas, pois o SUS só repassa o valor referente ao teto financeiro estabelecido, o que não cobre todos os procedimentos realizados.

A estrutura organizacional do hospital é composta por uma direção geral e os departamentos de enfermagem; médico; técnico e administrativo/financeiro. Todos os departamentos são compostos por divisões e seções. Ligados à direção geral encontram-se ainda a assessoria de recursos humanos e a secretaria. O departamento de enfermagem é composto da divisão do SAU (Serviço de Atendimento de Urgência); centro cirúrgico e central de esterilização; e a divisão das enfermarias.

A escolha da direção do hospital é feita por meio de indicação do governador(a), sendo o atual diretor integrante do quadro de pessoal. A exemplo dos demais departamentos, a escolha do chefe do departamento de enfermagem é feita pela direção geral. Na definição da atual gestão, no entanto, ocorreu uma consulta entre os enfermeiros sobre possíveis nomes para o departamento, tendo sido indicadas três enfermeiras. No entanto, a escolhida não foi a mais votada. Os auxiliares não participaram deste processo.

Os gestores são do quadro do hospital, ao contrário do que vinha ocorrendo na gestão do último governador que, por meio de uma empresa privada, terceirizou a gestão de todos os hospitais estaduais sob seu comando.

Não foi identificada a existência de qualquer instrumento ou espaço que amplie e democratize a gestão com usuários ou funcionários. Esta ausência ou pouca participação dos funcionários foi registrada por T3 :

[...]quando o novo diretor assumiu, nós fizemos uma crítica. Num primeiro documento nós colocamos que ... assim ... que nós estávamos nos sentindo tristes, por quê? Porque vieram e assumiram e não disseram nem boa noite e nem boa tarde pra gente, pros funcionários, principalmente pros funcionários de nível médio e nível elementar. Então eles chegaram e fizeram reuniãozinha entre eles, determinam e pronto, você fica e só...você fica à mercê, fica já sabendo por terceiros [...]. E eu coloquei no documento, a gente tem o direito de pelo menos ser ouvido [...].

Pires (1998, p.126) constata a mesma situação em seu estudo sobre a reestruturação produtiva na saúde

Entre os profissionais de nível superior, da mesma categoria profissional, ocorre um relacionamento mais democrático, mais horizontal de discussão entre pares, mas a relação dos profissionais de nível superior, com os de nível médio, ou elementar, é de subordinação e exclusão do processo de decisão [...].

Fica claro que ainda perdura uma forte hierarquia na administração dos serviços de saúde, sobretudo nos hospitalares. Esta relação reflete que não há um processo de democratização da gestão que garanta a participação dos trabalhadores que estão na execução das práticas em saúde, sobretudo o pessoal de nível médio que, historicamente, é excluído dos espaços de decisão. Continua a se reproduzir o modo taylorista e fordista com o qual se definiu a divisão social do trabalho dentro da equipe de saúde, como também da enfermagem.

1.0.0 Política salarial e trabalhista

O hospital dispõe de 1525 funcionários efetivos. Na enfermagem são 672 profissionais, sendo 74 enfermeiros e 598 auxiliares e técnicos de enfermagem. Apesar do hospital não dispor de informações precisas, parte dos auxiliares de enfermagem é contratada como auxiliares de

serviços gerais (ASG), isto é, como nível elementar, apesar do processo de qualificação que ocorreu com estes profissionais por meio de cursos de auxiliares e técnicos de enfermagem.

Todos os funcionários são regidos pela Lei de nº 122 que normatiza o Regime Jurídico Único (RJU) dos Servidores do Estado e das Autarquias e Fundações Públicas Estaduais. No conjunto dos servidores do hospital existem alguns que foram considerados efetivos após a promulgação da Constituição de 1988. Os demais servidores são concursados.

O último concurso para todas as categorias da saúde realizado no Estado foi em 1990, sendo que em 1996 foi realizado um outro, porém para categorias e vagas limitadas. O concurso é uma necessidade apontada entre os entrevistados, porém, o gestor G2 faz algumas ponderações:

[...] nós temos muitos servidores municipalizados. Municipalizaram-se os prédios, os equipamentos e os servidores que lá estão. [Há] Mais em outras esferas de governo: o governo federal e dentro da esfera estadual, nas repartições alheias à saúde, nós temos muito. E isso é um problema que traz porque nós temos que provar pra fazer o concurso que não temos servidores.

A ingerência política é outro problema enfrentado para a manutenção de um contingente adequado de servidores:

Há um tempo atrás no [hospital] foram chamados o pessoal do concurso. De duzentas ficaram cinqüenta. Porque veio pedido político pra tirar do [hospital]. Porque no [hospital] se trabalha muito, ta! Aí vai pedir aos políticos pra sair e sai. (G4).

Tendo em vista que são treze anos sem concurso público para todas as categorias, o hospital, a exemplo de toda a rede estadual, vem adotando medidas ilegais do ponto de vista trabalhista para a superação da falta de pessoal, como é o caso da escala extra. Outra conseqüência da ausência do concurso público é a crescente substituição de servidor público por força de trabalho terceirizado. R1 fala da relação entre a ausência de concurso e a terceirização.

Então o concurso público não é feito [e] há uma terceirização muito grande. Toda área de serviços gerais ta terceirizada, é ... até uma parte do setor burocrático. A questão da ambulância, do SAMU, é terceirizada. É uma grande terceirização do município [de Natal] e também do Estado.

Os serviços de vigilância e higienização são terceirizados por empresas privadas. A nutrição e a lavanderia continuam como serviços realizados por funcionários do hospital. No entanto, há presença de trabalhadores terceirizados da higienização, o que poderá passar a ser integral futuramente, uma vez que por muito tempo não se faz concurso público para ASG.

Especificamente sobre a terceirização, observa-se que há uma rotatividade das empresas que se revezam entre um contrato e outro, alterando constantemente a relação entre trabalhador e patrão. Os salários são abaixo dos pagos pelos servidores estaduais na mesma função. Os direitos trabalhistas são garantidos. No entanto, não são raros os atrasos dos salários e demissões imotivadas quando há algum tipo de organização no sentido de reivindicar seus direitos.

A terceirização no setor saúde segue a lógica da reestruturação do setor produtivo, sendo uma política adotada em vários estados, não só na contratação de pessoal de serviços de apoio, mas também na contratação de profissionais de saúde através de cooperativas. Ao mesmo tempo em que horizontaliza a prestação dos serviços, a terceirização atende à lógica da política neoliberal de desresponsabilizar o Estado de algumas atividades que pela Constituição de 1988, lhe são atribuições inerentes, como é o caso da prestação de serviço de saúde.

A jornada de trabalho dos funcionários efetivos do hospital é de 40 horas semanais, sendo exercida em forma de plantão de 6 ou 12 horas, em período diurno ou noturno, o que perfaz uma jornada efetivamente trabalhada de 144 horas mensais devido ao caráter de serviço com horas ininterruptas.

Quanto á política salarial, não existe um Plano de Cargos e Salários (PCCS) que normatize os salários e a carreira dos servidores da saúde, sendo este uma antiga reivindicação do movimento sindical. A remuneração dos servidores é composta de por vencimentos, ou salário-base, e as vantagens pecuniárias que são as indenizações, gratificações e adicionais. Com exceção dos médicos, os níveis superior, médio e elementar, tem salário-base de R\$ 240,00, ou seja, um

salário mínimo. Os médicos recebem R\$ 296,00 de salário tendo sido quebrada a isonomia entre os servidores de nível superior em 1995 quando os mesmos conquistaram dez salários mínimos na remuneração, por ocasião de uma luta específica dos médicos que tinha como principal instrumento de pressão, a ameaça de demissão coletiva.

A maior parte da remuneração dos servidores é composta de gratificações e adicionais, quais seja: Gratificação de Desenvolvimento e Saúde (GRADES) existente apenas para profissionais de nível superior, sendo também diferenciada para os médicos; Gratificação de Produtividade; Gratificação de Plantão; Gratificação Natalina; Adicional de Insalubridade; Adicional por Tempo de Serviço (ADTS); Adicional de Serviço Extraordinário; Adicional Noturno e Adicional de Férias.

Em termos de valor, as gratificações, em alguns casos representam a maior parte da remuneração. A Gratificação de Plantão pode chegar a representar 80% da remuneração total em um mês de profissionais de nível superior. O valor desta gratificação também é diferenciada entre médicos, R\$178,80, e demais profissionais de nível superior, R\$101,64 (valores de plantão de 12 horas).

Para o nível médio e elementar, o valor da Gratificação de Plantão não é definida por plantão, e sim, é estipulado um valor único por mês de R\$ 149,76 para o nível médio e de R\$ 99,00 para o nível elementar, independente do número de plantões a serem realizados mensalmente. Pelo fato de existirem auxiliares e técnicos de enfermagem contratados como ASG, alguns podem receber o menor valor da Gratificação de plantão.

O último reajuste salarial que atingiu o conjunto dos servidores foi conquistado por uma greve em março de 1994. Este movimento caracterizou-se pela participação de servidores de todos os níveis, independente do cargo ocupado. As perdas salariais nos últimos nove anos são de cerca de 169,90% no índice de IGP da Fundação Getúlio Vargas (DIEESE, 2003). Tem havido

reajustes nos valores da Gratificação de Plantão de acordo com o nível de cada hospital estabelecido em lei.

Com a municipalização dos serviços de saúde, ocorreu um fracionamento dos servidores do ponto de vista de política salarial e organização sindical. As lutas não mais são no conjunto dos servidores estaduais, e vem ocorrendo, do ponto de vista de pressão sobre o governo estadual, nos hospitais. No entanto, mesmo entre os servidores dos hospitais, as lutas por melhoria salarial, PCCS e condições de trabalho ocorrem de forma fracionada. O nível superior não participa, havendo a presença majoritariamente do pessoal de nível médio e elementar.

A terceirização é outro fator de divisão, embora já haja o envolvimento do Sindicato dos Trabalhadores em Saúde do RN (SINDSAÚDE/RN) com algumas reivindicações do pessoal terceirizado, no entanto não é conjuntamente com os demais servidores.

Atualmente atuam na base do hospital o Sindicato dos Médicos (SINMED/RN), o SINDSAÚDE/RN que atuam entre o conjunto dos servidores, o Sindicato dos Odontólogos (SINDODONTO) e o Sindicato dos Trabalhadores de Empresas de Locação de Mão-de-obra e Condomínios (SINDCOM), representante legal dos trabalhadores terceirizados.

A fragmentação dos trabalhadores da saúde vem sendo um dos principais problemas no enfrentamento dos grandes desafios colocados para o movimento sindical.

2.0 O TRABALHO E A REALIDADE VIVIDA

Neste item o trabalho é abordado como categoria geral de análise e a partir dele, as categorias empíricas que emergiram do processo investigado: buscando saídas e vivenciando o ser trabalhador em saúde. Na saúde como já foi referido anteriormente, o processo de trabalho é

composto pelo objeto sobre o qual se opera a transformação que é o homem, os meios de trabalho que são os instrumentos e o conhecimento em saúde e o produto final que é o atendimento das necessidades humanas individuais ou coletivas. O trabalho em saúde e, conseqüentemente, da enfermagem está dentro do contexto da sociedade capitalista.

[Nesse contexto da sociedade capitalista] Isso contribui para que o controle do processo coletivo de trabalho na enfermagem seja expropriado dos trabalhadores parciais vinculados a esta área, para ser reconstituído pelo capitalista num processo sob seu controle. Esse modo opressivo de organizar o trabalho conduz à afirmação do poder dos administradores e capitalistas da saúde sobre os trabalhadores da enfermagem, na sociedade brasileira, como assalariado, antagonizado e alienado” (ALVES, 2000, p.20).

No trabalho como categoria geral, buscou-se agregar as informações fornecidas pelos entrevistados que refletissem as condições em que o trabalho é realizado, colocando luz sobre algumas questões que emanaram das falas e que são partes intrínsecas desse processo: a jornada de trabalho; a condição salarial; os direitos trabalhistas; a saúde do trabalhador; as condições materiais para a realização do trabalho e o aspecto subjetivo simbolizado pela auto-estima.

5.2.1 Buscando saídas

As saídas buscadas pelos servidores na tentativa de superação da perda de poder de compra dos salários vêm sendo, a princípio, a inserção em outros vínculos empregatícios, constatada nas entrevistas realizadas. No entanto, outras formas se explicitaram na realidade estudada, objetivadas através da escala extra de trabalho; da sublocação (termo citado pelos entrevistados) de postos de trabalho e da substituição de colegas na escala de plantão. Qualquer forma adotada por estes servidores para manter um nível remuneratório maior do que tem no seu vínculo empregatício com o Estado, invariavelmente, implica em aumento da jornada de trabalho.

Nessa categoria empírica foram agrupadas as informações que revelam como vem se conformando essas formas de inserção no trabalho; qual o dimensionamento da jornada de trabalho e qual a motivação para o aumento dessa jornada.

A escala extra foi a forma encontrada pela SESAP para suprir a necessidade de pessoal sem realizar concurso público. Nela os atuais funcionários do quadro de lotação são convidados a cumprirem uma outra jornada de trabalho, geralmente de 40 horas semanais, além da já existente.

O valor da escala extra pago aos auxiliares e técnicos de enfermagem é de R\$ 234,00. Este valor é fixado, independentemente do número de plantões realizados em um mês. Para as enfermeiras o valor é de R\$101,00 por plantão, havendo, portanto, uma diferença na forma de cálculo dessa gratificação entre os dois grupos.

Há uma preferência pela escala extra entre as enfermeiras explicada por elas próprias que afirmam existir mais vantagem em dobrar a carga horária no próprio local de trabalho do que se deslocar de um hospital para outro em que o desgaste é ainda maior. Para o auxiliar e o técnico de enfermagem, segundo referiram, não é mais vantajoso optar pela adoção de escala extra.

A remuneração recebida na escala extra é menor em relação à escala normal, uma vez que somando salário-base e gratificações, o auxiliar e o técnico de enfermagem recebem em média R\$ 530,00 (valor bruto) e os enfermeiros, aproximadamente R\$ 1.550,00 (valor bruto com base em dez plantões). A escala extra de trabalho é um ato institucional que torna permanente o serviço de caráter extraordinário, devidamente regulamentado no Regime Jurídico Único (RJU) dos Servidores do Estado e das Autarquias e Fundações Públicas Estaduais (2001, p.3.10). O Art. 80 do Capítulo II do RJU reza que “O serviço extraordinário é remunerado com acréscimo de 50% (cinquenta por cento) da hora normal de trabalho” e o Art. 81 que “Somente é permitido serviço extraordinário para atender a situações excepcionais e temporárias, respeitado o limite

máximo de 2 (duas) horas por jornada” . Este valor da hora extra poderá ser maior se o plantão for noturno, como está citado no Art. 82:

O serviço noturno, prestado em horário compreendido entre 22 (vinte e duas) horas de um dia e 05 (cinco) horas do dia seguinte, tem o valor acrescido de 25% (vinte e cinco por cento), computando-se cada hora como de 52 (cinquenta e dois) minutos e 30 (trinta) segundos”. Parágrafo Único: Se prestado o trabalho noturno em caráter extraordinário, o acréscimo previsto neste artigo incide sobre a remuneração prevista no artigo 80.

Apesar do artigo citado anteriormente, não incide sobre a escala extra o Adicional Noturno, sendo mais uma ilegalidade evidenciada com a instituição da escala extra.

Essa situação revela um movimento de precarização do trabalho por dentro do emprego formal no serviço público bancada pelo próprio Estado. Para amoldar-se ao ajuste fiscal, o Estado retira do trabalhador a possibilidade de se reproduzir dentro de uma jornada de trabalho de 8 horas, conduzindo-o à extensão das horas diárias trabalhadas até 12 ou mais, através de formas precarizadas. Essas formas de inserção no trabalho sugam as energias dos trabalhadores e lhe dão em troca menos da metade do que esses teriam direito. Além disto, comprimem o mercado de trabalho na medida em que não geram novos empregos, contribuindo para o aumento do desemprego no setor saúde.

A escala extra, entretanto, não é um fato isolado do hospital em estudo, é uma prática em quase toda rede hospitalar da SESAP. Em algumas situações, a precarização da força de trabalho no Estado pode se apresentar de uma forma ainda mais intensa, como deixa claro a entrevistada R2:

Aqui ainda não tem, mas em Mossoró no hospital [da rede estadual] [...], já existe banco de horas lá [...] não de uma forma oficial, mas pela falta e deficiência de profissionais, a pessoa vai dando a sua carga horária a mais e o hospital fica devendo ... pra pagar quando der. Então, ou seja, isso é o quê? Exatamente pela questão do concurso público.

A reestruturação produtiva tem início na indústria, mas como já afirmado anteriormente, avança para todos os setores da economia, inclusive a saúde, situada no setor de serviços. O

toyotismo como primeira expressão da reestruturação produtiva, estrutura-se a partir de um número mínimo de trabalhadores, utilizando mecanismos para potencializar a força de trabalho existente por meio de horas extras, trabalhos temporários ou subcontratações. “O ponto de partida básico é um número reduzido de trabalhadores e a realização de horas extras” (ANTUNES, 2001, p.36).

A escala extra como se apresenta na realidade estudada, é um mecanismo potencializador da força de trabalho, pois através da intensificação da jornada de trabalho utiliza os trabalhadores já existentes para desenvolver um volume de atividades que necessitariam de um outro contingente de trabalhadores. O poder público não tem política de reajuste salarial, mas ao mesmo tempo reconduz os seus trabalhadores para uma dupla jornada oferecendo-lhe um valor abaixo do que paga em uma escala normal de trabalho, desconhecendo, portanto, as leis que regulamentam a vida funcional do servidor por ele mesmo criadas.

A busca por mecanismos que possam aumentar a remuneração dos servidores públicos não parece ser exclusividade do Rio Grande do Norte. Pires (1998) estudando a reestruturação produtiva e do trabalho em saúde em um hospital público, afirma que 32,5% dos trabalhadores da enfermagem têm outro emprego e que fazem hora-plantão, o correspondente à hora-extra. Segundo a autora, a hora-plantão é utilizada para garantir o funcionamento dos serviços do hospital devido à insuficiência de funcionários. Para os trabalhadores conforma-se em uma complementação da sua renda.

A sublocação de postos de trabalho ocorre quando, por motivos particulares, algum funcionário do quadro de pessoal deixa de cumprir sua jornada de trabalho na unidade de saúde e paga para um colega fazê-lo em seu lugar. Neste caso, a remuneração pode ser integral ou não, isto é, o sublocatário pode receber integralmente o salário e gratificações ou apenas o valor a ser negociado entre as partes. No caso dos auxiliares e técnicos, há preferência pela sublocação. O

argumento utilizado pelos mesmos é que, enquanto na escala extra o valor pago é apenas de R\$ 234,73, na sublocação geralmente a remuneração é integral, isto é, inclui salário e demais gratificações, podendo chegar a R\$ 530,00 (valor bruto).

Os gestores ouvidos a respeito da sublocação deixaram transparecer uma posição contrária a sua existência e acentuaram o caráter ilegal dessa prática:

Isso ocorre e eu tenho conhecimento. É um grave problema que nós temos [...]. Na prática são pessoas que não têm vínculo mais com o Estado. Então, algumas há anos [estão] fora do Estado e do País até [...] e sendo substituída por outras pessoas que...normalmente na escala nem o nome tá. Isso, até do ponto de vista legal é um problema grave, né? E se acontece algo é porque o profissional precisa ser responsabilizado, quem vai se responsabilizar é quem está dando o plantão realmente” (G2);

É significativa a resistência dos funcionários em perder a sublocação, uma vez que é a forma mais rentável dentre as que se apresentam para os trabalhadores em questão:

Ao tomar conhecimento disso, chamei a direção do hospital, a direção da divisão de enfermagem. E pra minha surpresa recebi apelos da própria chefia no sentido de prorrogar a tomada da decisão alegando motivos financeiros daquelas pessoas que estavam substituindo (G2).

A sublocação de postos de trabalho é mais uma das deformações consentidas no interior do Estado que, além da quebra da institucionalidade, não resguarda nenhum amparo legal ou ético para a sua existência. Se de um lado banaliza a instituição e o emprego público, por outro traz no seu conteúdo questões de cunho ético para os servidores na sua relação com a coisa pública e dentro da classe trabalhadora. Na relação entre os trabalhadores envolvidos, ainda há espaço para a exploração de um pelo outro, como deixa claro A8:

[...] se a colega tiver consciência que eu tô assumindo horário dela, né ... que eu tô [...] guardando o lugar dela, né ... para uma futura aposentadoria [...] ela pode pegar o salário dela todinho e me passar, repassa a produtividade e tudo [...] uma escala normal...dá quatrocentos e pouco, dependendo quatrocentos e cinquenta [...] mas ela fica com mais [...]. Eu acho que das pessoas que trabalham aqui...que tem escala extra [na realidade “sublocação”]... a que ganha menos sou eu [...] 270 (A8).

A sublocação, no entanto, não é apenas uma responsabilidade do trabalhador, uma vez que vem se perpetuando ao longo dos vários governos, não só entre auxiliares e técnicos de

enfermagem, mas entre médicos, enfermeiros, entre outros profissionais com o consentimento ou omissão do Estado. A última informação, no entanto, é que as sublocações tinham sido suspensas a partir do mês outubro de 2003, por ordem do secretário estadual de saúde.

A substituição de colegas na escala ocorre quando o funcionário do quadro de lotação que cumpre sua jornada na unidade de saúde, por alguma eventualidade, não pode comparecer no dia em que está escalado, e paga a algum colega para substituí-lo. O valor pago é por plantão e varia de acordo com o dia da semana e o turno, como afirma T12:

[...] um plantão noturno até à sexta-feira dá R\$ 30,00, um plantão no sábado e domingo R\$ 40,00 [de 12 horas], aí as seis horas R\$ 20,00.

A entrevistada E10 confirma a variação do valor do plantão entre os enfermeiros:

A gente recebe 101 [valor do plantão dos enfermeiros], o governo paga 101, a gente cobra 101 [...] muitas vezes você coloca seu nome lá no quadro que está se oferecendo pra dar um plantão e não consegue ninguém, às vezes você aumenta o valor pra 150 ou 200 aparece um mercenário pra tirar.

Foi observado que na substituição há pessoas que estão sempre disponíveis para trabalhar pelos colegas nas escalas, comprometendo, muitas vezes, suas próprias folgas, férias e seu direito à licença prêmio.

O *multiemprego* é entendido como a vinculação dos trabalhadores em dois ou mais vínculos de trabalho. Dentre as formas de inserção no trabalho estudadas, essa é a menos citada pelos entrevistados, ocorrendo mais entre os auxiliares e técnicos de enfermagem. A inserção dos trabalhadores identificados no *multiemprego* foi por meio do vínculo público-público, público-privado ou ainda público-público-privado. As instituições citadas pelos entrevistados que têm *multiemprego* foram: a SESAP, a Secretaria Municipal de Saúde de Natal/RN, Secretaria Municipal de Saúde de Bom Jesus/RN, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), e hospitais da rede privada. Comparando com as demais formas de vinculação estudadas, o *multiemprego* é a que não ficou explicitada a precarização das relações trabalhistas, uma vez que

a vinculação dos trabalhadores se dá por meio do emprego formal, regulamentado no público pelo RJU ou no privado pela CLT.

Olhando o vínculo de trabalho pelo lado da SESAP, o presente estudo revela relações precárias de trabalho mediadas pelo emprego formal. Em relação à Secretaria Municipal de Saúde de Natal, Medeiros (2000) demonstra que há duas formas de vínculos formais de trabalho: os servidores advindos da SESAP, incorporados por meio da municipalização, e os próprios servidores municipais. A autora identifica ainda modalidades de precarização nas relações de trabalho por meio de contratação através do serviço prestado ou ainda por meio de cargos comissionados, o chamado médico do posto.

A implantação do SAMU em Natal foi marcada também por relações de trabalho flexibilizadas e a utilização de hora extra para reduzir o contingente de trabalhadores. A jornada de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem permanece de 180 horas mensais, ultrapassando as 144 horas estabelecidas pela Constituição Federal para serviço de atividades ininterruptas. O estudo mostra que

[...] vinte postos de trabalho foram subtraídos com o estabelecimento dos quinze plantões e a não existência dos 20% [de reserva para cobrir licença-médica, férias, entre outros], o que significa, na prática, economia financeira para a empresa empregadora às custas da intensificação da jornada de trabalho (VERAS; MEDEIROS, 2002, p.12).

A situação da força de trabalho na rede privada de serviços de saúde em Natal, no contexto da atual reestruturação produtiva, é uma discussão que necessita ainda ser investigada com mais profundidade, e se constituir, possivelmente, como objeto de futuros estudos das autoras supracitadas.

Como já foram referidas anteriormente, todas essas saídas buscadas para o aumento da remuneração pelos servidores em questão têm, em comum, o fato de que implicam objetivamente em aumento de suas jornadas de trabalho. Entre os enfermeiros a carga horária dedicada ao

trabalho identificada variou de 288 horas mensais a 312, e, às vezes mais. É o caso de E5 que ao ser questionada sobre o tempo de permanência contínuo no hospital, responde:

Mais ou menos 18 horas, só que tinha vezes que ultrapassava pra 36, até 48 horas ... 60 horas eu já fiquei aqui, e tem colegas que continuam ainda nesse ritmo.

A entrevistada E10 afirmou já ter permanecido 72 horas ininterruptas no hospital entre escala normal, escala extra e substituições.

Entre os auxiliares e técnicos de enfermagem a jornada de trabalho variou entre 204 e 404 horas mensais, sendo que algumas entrevistadas que faziam substituição não puderam mensurar sua jornada, uma vez que não tinham controle do número de horas trabalhadas, como afirma T17:

[...] eu dou horário que aparece [...] às vezes eu tiro até 18 plantões noturno. Tem dia que eu passo dois dias sem ir em casa.

Através da observação no campo de pesquisa foi verificada uma verdadeira adaptação de algumas instalações do hospital e do modo de vida do pessoal da enfermagem, sobretudo do nível médio. Em um dos repousos foi instalada uma cozinha na qual a entrevistada A8 afirma ter sido montada para permitir uma melhor alimentação para os trabalhadores entrevistados. Esta questão é também confirmada na fala de R1 que afirma que os auxiliares do hospital são conhecidos pelas suas grandes sacolas e que lá contém tudo que precisam para ficar vários dias fora de casa.

Ao serem questionados sobre os motivos que levaram à procura de outras formas de vinculação com o trabalho, todas os entrevistados se referiram à ausência de reposição salarial e conseqüente perdas do poder aquisitivo. No entanto, identifica-se nas falas dos grupos E e AT diferença significativa. É sentido que os auxiliares e técnicos se reportaram mais ao atendimento de necessidades de primeira ordem como alimentação, moradia, manutenção dos filhos na escola, entre outras. Entre as enfermeiras, a referência maior foi quanto à manutenção dos filhos na escola privada, inclusive universidade, plano de saúde, entre outros. Neste grupo ainda é citada a

necessidade de profissionais no hospital como motivação inicial para a inserção na escala extra de trabalho:

A hora extra no início foi necessidade do hospital. Ampliação do pronto socorro, a gente teve que ajudar o hospital na organização, então a gente entrou com a necessidade do hospital [...]. E agora eu quero sair e já não posso porque faz parte do meu orçamento [...]. Então agora ela tá sendo por necessidade minha (E2).

A crescente demanda do hospital, historicamente reprimida é pressionada pelas questões sociais acima colocadas, forçando o governo estadual a ampliar a unidade com a construção de um pronto-socorro anexo. A necessidade de pessoal para o pronto-socorro anexo ao hospital é o marco inicial para a instalação da escala extra, na medida em que não havia trabalhadores disponíveis selecionados em concurso público. Esta situação vem se coadunar com a dos servidores há muito sem reajuste salarial que, mesmo se sacrificando com uma jornada maior de trabalho, acomodam-se a essa saída disponível, conformando-se uma cumplicidade entre instituição e trabalhadores.

A implementação do modelo neoliberal materializa-se no setor público com retração dos salários dos servidores públicos, com a falta de criação de novos postos de trabalho oportunizados, pelo corte de recursos públicos, entre outros (BRAGA, 2000). No entanto, as conseqüências não se restringem apenas ao setor público, como deixa claro Laurell (2002, p.151):

A queda vertiginosa dos salários e o crescente aumento do sub e do desemprego na América Latina da última década leva ao reconhecimento unânime de que houve nesses anos um retrocesso social dramático; o problema revela-se no empobrecimento generalizado da população trabalhadora e na incorporação de novos grupos sociais à condição de pobreza ou extrema pobreza.

O debate sobre a jornada de trabalho no contexto discutido é uma questão central. A definição de Marx para jornada de trabalho (1982), já citada neste estudo, corresponde ao tempo necessário para a força de trabalho se reproduzir somado ao tempo excedente de trabalho não pago, produtor de mais valia. Alves (2000) afirma que em relação aos trabalhadores da

enfermagem, assim como todo produtor de serviços, o tempo de trabalho é totalmente pago, pois não há geração de mais valia, ao contrário do setor produtivo.

Alves (2000, p.24) levanta um questionamento importante que serve ao debate feito neste estudo: por quanto tempo é permitido o empregador consumir a força de trabalho da enfermagem? A própria autora responde, recorrendo a Marx: “O limite máximo da jornada de trabalho é determinado pelos limites físicos, sociais e históricos da força de trabalho. Estes limites são de natureza elástica e diretamente proporcionais à força dos trabalhadores”. Neste sentido, é oportuno levantar outro questionamento: quanto vale a força de trabalho da enfermagem dentro de uma jornada de trabalho 80, 100 ou 120 horas semanais? Marx (1982, p.622) desvenda o que chama de mistificação do salário:

Sendo o valor do trabalho apenas uma expressão irracional que se dá ao valor da força de trabalho, daí resulta necessariamente que o valor do trabalho tem que ser sempre menor que o valor que produz, pois o capitalista põe a força de trabalho a funcionar por tempo mais longo que o necessário à reprodução do seu próprio valor [...]. A forma salário apaga, portanto, todo vestígio da divisão da jornada de trabalho em trabalho necessário e trabalho excedente, em trabalho pago e trabalho não pago.

Como o próprio Marx (1982) afirma, a definição do valor da força de trabalho é uma irracionalidade. Em se tratando do trabalho em saúde, esta falta de razão vai a limites infinitos. Alves (2000) afirma que a determinação salarial é estabelecida a depender da disputa entre patrões e empregados, conseqüentemente, o poder de pressão dos trabalhadores é decisivo nesta determinação. A realidade vivida pelos trabalhadores da enfermagem no atual contexto das políticas neoliberais e da reestruturação produtiva revela o grau de desvalorização da sua força de trabalho, na medida em que para se reproduzirem, necessitam ampliar sua jornada de trabalho, o que Alves (2000) vê como uma forma de redução de salário.

Essa análise leva a concluir que com a ampliação da jornada de trabalho, o aumento da remuneração não se traduz em aumento do valor da força de trabalho, pelo contrário, significa a sua desvalorização. Neste sentido, é oportuno dizer que os trabalhadores da enfermagem na busca

por saídas individuais para resolver o crescente empobrecimento imposto, se fragilizam enquanto categoria organizada e enquanto classe.

1.0.0 Vivenciando o ser trabalhador em saúde

Nesta categoria empírica, procurou-se congregar as informações que abordam a condição do servidor público no que se refere a direitos trabalhistas, condições de trabalho, saúde do trabalhador e auto-estima. No setor privado, os entrevistados dos grupos E e AT, os que têm multiemprego, afirmam que os direitos trabalhistas são garantidos, no entanto, eles ponderam:

[...] na iniciativa privada eles molda como querem [...]. Se acontecer alguma eles vão dizer: ... só posso dar suas férias tal dia [...]. Aí eu tenho que engolir [...]. Porque já vem seu nome na escala (A2).

No setor público, os entrevistados fazem uma distinção entre os direitos na escala normal de plantão e na escala extra. Na escala normal há reconhecimento da existência dos direitos trabalhistas, no entanto, alguns também ponderaram que

[...] no público a gente não percebe estes direitos. Na realidade um direito que eu coloco entre aspas que tem é segurança [...] você não é cobrado, tão explorado de certa forma (T3).

A licença-prêmio, que é o direito do servidor se afastar do trabalho por três meses a cada quinquênio, na realidade não está sendo garantida, pois não há pessoas para substituir quem se afasta e a direção vem fazendo uma espécie de calendário, priorizando os que têm mais tempo de serviço. A gestor G4 se refere à licença-prêmio:

Eu precisaria ter 100 funcionários a mais [...] pra suprir as necessidades mínimas [...] pra dar licença-prêmio aos funcionários que têm direito. Porque eles têm direito e eu não posso dar.

Na escala extra é unânime a referência à completa falta de direitos trabalhistas. Os que estão na escala de plantão extra não podem gozar férias e nem é permitido colocar atestado médico. A falta no plantão significa a saída da escala extra. No que tange às férias, os

entrevistados afirmam que desde que a escala extra iniciou, a aproximadamente de três anos, não gozam férias integrais, isto é, apenas entram de férias da sua escala normal, mas trabalham na extra. Para conseguirem férias integrais, as alternativas são pagar para alguém trabalhar no seu lugar ou intensificar a jornada de trabalho cumprindo os plantões previamente e negociando trocas com as colegas.

Destacou-se a ausência de direitos trabalhistas na escala extra por ser esta parte de uma política institucional e que, portanto, existe uma implicação direta do gestor sobre esses trabalhadores e sobre o tipo de relação de trabalho que se estabelece. O mesmo ocorre na sublocação, embora esta ocorra não com a intervenção direta do Estado, mas com sua conivência ou omissão. Essa posição faz do Estado também responsável por esses trabalhadores na medida em que estão trabalhando no hospital no momento em que deveriam estar de folga e a instituição remunera alguém que no efetivamente não existe na instituição de saúde.

No que diz respeito à licença-médica, os entrevistados declararam que ou vão trabalhar doente ou pagam para outro assumir o seu plantão. Entre algumas enfermeiras foi colocada a flexibilidade da chefia de enfermagem atual em deixar que a ausência no plantão possa ser compensada posteriormente, o que não ocorria na gestão anterior. Porém, a regra estabelecida pela SESAP é não aceitar atestado médico, como fica claro na fala da entrevistada E4 marcada por um traço de ironia e angústia:

Escala extra a gente não tem direito a nada, não tem direito à férias, não tem direito a atestado médico. A gente só tem direito a colocar atestado de óbito na escala extra [...] direito de colocar um atestado médico quando você tá doente, isso é um direito ou uma necessidade?

Ao ser indagado sobre os direitos trabalhistas dos servidores públicos, o gestor G2 responde:

[...] eu acho que do ponto de vista dos direitos trabalhistas [...] tanto o trabalhador do setor privado quanto do setor público, eles estão bem aquinhoados em termos de direitos. Agora, com baixos salários não adianta nada você ter direitos.

Questionando o gestor citado anteriormente, sobre o fato da SESAP não acatar a licença médica e não permitir férias na escala extra, ele responde:

Isso aí eu tô sabendo agora que não tem todos os direitos. Eu julgava que tivesse todos os direitos [...] mas isso aí é uma deturpação da escala extra.

Ouvindo R1 sobre o mesmo tema, ela afirma que

A pessoa não pode botar atestado, não pode sair pra um congresso, não pode adoecer, não pode, não pode fazer nada! Porque eles dizem logo que faltou uma vez é sumário! Você pode tá doente, pode tá pra morrer. Eles tiram e como as pessoas precisam dessa escala extra, se sujeitam a trabalhar doente. Até me contaram um episódio muito engraçado e ao mesmo tempo trágico, que era uma auxiliar de enfermagem [no hospital] na escala extra deitada numa maca tomando soro, que ela não podia faltar porque era escala extra, então ela ficou lá como se estivesse trabalhando deitada na maca, ao mesmo tempo trabalhando e ao mesmo tempo sendo paciente.

A situação descrita pelos entrevistados sobre a ausência de direitos trabalhistas na escala extra indica pelo menos duas incongruências da Secretaria de Saúde Pública. Uma se refere ao fato de afirmar e negar ao mesmo tempo direitos para o mesmo trabalhador, isto é, se pela manhã ele está doente e apresenta um atestado médico, à tarde esse direito lhe é negado e ele terá que trabalhar no horário da tarde mesmo doente. Isso é confirmado por T1 e T17:

Por último eu fui mordida por um gato e fiquei de atestado na minha escala normal, mas na escala que eu tiro dos colegas, tive que trabalhar doente. Eu acho isso errado.

Como na escala extra [...] se a pessoa ... tem que vim. Tem que vir doente. Eu já fracturei o dedo e tive que vim todos os dias [...] mesmo doente ... foi ... porque eu não podia faltar a escala da menina. Pra faltar a escala da menina não tinha lógica porque [...] eu ia ficar o dia e à noite trabalhando mesmo.

A outra incongruência é uma instituição que tem por missão assistir e zelar pela saúde de qualquer pessoa, nega ao seu trabalhador o direito de se tratar e recuperar ao ser acometido de algum agravo à saúde, inclusive podendo esse agravo ser fruto do próprio ambiente de trabalho.

Alguns estudos indicam que os trabalhadores de enfermagem estão expostos a uma série de riscos no seu cotidiano de vida e trabalho (AVERDAÑO, GRAU, YUS, 2000). Procurando identificar alguma relação entre jornada de trabalho e saúde, alguns entrevistados se disseram

saudáveis apesar do cotidiano de trabalho. Outros se referiram a algumas doenças e sintomatologias específicas. Entre estas foram citadas hérnia de disco, bursite, tendinite, lombalgias e dores nas pernas, atribuídas à natureza do trabalho da enfermagem e às precárias condições oferecidas para o desenvolvimento do trabalho, como por exemplo, a escassez de maqueiros que obriga o pessoal da enfermagem estar constantemente removendo pacientes para leitos e macas. O aumento da jornada é reconhecido como um fator potencializador destes agravos como afirma (E2):

[...] eu sempre tive lombalgia adquirida no [...] setor de queimados e no pronto socorro também porque, muitas vezes, a gente entra numa urgência e corre com o paciente pra maca, de uma maca pra outra e a gente termina fazendo esforço físico muitas vezes de forma errada e devido a isso eu depois entrei na jornada dupla [...] fiz uma sobrecarga de trabalho e desenvolvi hérnia de disco, terminei indo pra cirurgia [...].

Picagula (1983, p.26) confirma esta declaração quando afirma que

Quanto menor o salário mais o trabalhador se verá forçado a prolongar sua jornada de trabalho para aumentar seus rendimentos e atender suas necessidades básicas [...]. Quanto maior a jornada de trabalho maior será o seu desgaste físico e mental.

Outros agravos referidos pelos entrevistados foram hipertensão, aumento de colesterol e triglicérides, enxaquecas, hipertireoidismo, colelitíase, nefrolitíase e colite. As causas identificadas pelas entrevistadas e que dizem respeito ao trabalho, foram o estresse, falta de tempo para tomar água, a falta de horários definidos para as refeições e a qualidade da alimentação. A depressão também é citada nos dois grupos, como confirma E9 e A8:

[...] às vezes me dá muita depressão quando eu sei que vou dar muitas horas [...], mas eu tô tão habituada que eu nem sei ficar em casa final de semana [...] um dia que eu tiro, eu fico sem saber o que fazer.

[...] agora eu tô com problema de depressão, acho que devido a situação, assim dentro do hospital, não saio pra canto nenhum, você só me vê de branco na rua, eu não compro uma roupa porque não dá.

É significativa a fala de E5 quando diz que

[...] o trabalhador tá indo pro paciente quase igual a ele, quase na mesma condição do paciente.

Para corroborar essa afirmação nos registros de campo pôde-se observar A8 vestida de branco e tomando soro no repouso dos auxiliares para recuperar-se de uma enxaqueca. A fala do gestor G4 também corrobora as informações do pessoal da enfermagem :

Meu índice de, de ... vamos botar um ponto simples: enxaqueca, de cefaléia, de irritação, de descontrole emocional, de hipertensão é alta. Lesões, a LER é uma coisa freqüente. Lesões por esforço repetitivo, freqüente você ter isso. Coluna, distensão, tendinite, tudo isso leva ... eu vivo isso na pele. O índice de atestado é alto, é alto.

Segundo Giannasi (1997), os impactos das transformações do mundo do trabalho são sentidos, principalmente, pela mudança do perfil de morbidade dos trabalhadores: por um lado, mantêm-se ainda, nos setores produtivos tradicionais, os casos de silicose, acidentes fatais, amputações de membros superiores; por outro lado, encontra-se hoje, um crescimento abrupto dos casos de LER-DORT (lesões por esforço repetitivo – doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho), como as tenossinovites, tendinites, bursites, entre outras.

Outro aspecto atual desta mesma realidade é a exposição a riscos e agravos à saúde, muitas vezes conscientes, porém optados não por escolha e/ou negligência com a saúde simplesmente, mas por um imperativo de sobrevivência econômica:

[...] o raio x você não pode ter mais de vinte e seis horas semanais. É a lei tá? Você tem que ter 26 horas semanais, 96 por mês, [...] Mas se você fornece a ele uma escala extra, ele se submete, tá certo? Mesmo sabendo que se expõe (G4).

Alves (2000) discorre sobre a fadiga como um dos efeitos mais comuns das condições de trabalho entre as trabalhadoras de enfermagem. A autora afirma que:

A intensidade exigida para o trabalho e que corresponde ao grau em que consomem energias físicas e mentais por unidade de tempo, ao lado do ritmo, que corresponde à velocidade em que o trabalhador realiza uma operação e começa outra, se utilizados com frequências elevadas, induzem ao cansaço; distúrbios psicológicos se transformam em orgânicos, em doenças. Inicialmente, aparecem distúrbios da memória e da atenção que predispõem o trabalhador ao acidente. Surgem os distúrbios de humor, irritabilidade, ritmo do sono, seguidos de distúrbios somáticos, tipo cefaléia, taquicardia, pirose gástrica e distúrbios tipo colítico. Por necessidade de manter a intensidade do ritmo do trabalho, surge a ansiedade que tem caracterizado a condição de trabalho de um número de cada vez maior de trabalhadores. Além disso, ressaltamos os esforços físicos e as posições incômodas e repetidas que determinam efeitos sobre as articulações e a musculatura e, conseqüentemente, a fadiga. Como conseqüência cai o rendimento do

trabalho e aumenta o absenteísmo, as doenças gerais, os acidentes no trabalho e a renovação da mão-de-obra. Tudo isso é retomado com um ulterior aumento da fadiga. Assim, caso a condição de trabalho não seja modificada, a cessação do estado de bem-estar transforma-se em doença e aparecem distúrbios neuróticos, úlceras gastroduodenais, colite crônica e/ou outros.

A intenção desse estudo não é aprofundar a discussão a respeito da saúde do trabalhador, mas é simbólica a relação entre as doenças citadas pelos entrevistados às condições de trabalho da enfermagem. Considera-se, no entanto, que é importante assinalar no presente estudo essa relação causal, embora que brevemente, sendo necessário, no entanto, estudos específicos a respeito do tema para que possa averiguar o nexos causal entre condições de vida e trabalho e o quadro nosológico que caracteriza esses trabalhadores.

Alves (2000, p.21) constrói o conceito de condições a partir de Marx quando afirma que estas “[...] representam todas aquelas condições materiais que concorrem para o desenvolvimento do processo de trabalho, as quais não se identificam diretamente com o referido processo, mas sem as quais este não poderia ser executado, ou seria de modo imperfeito”. Este conceito é transversal neste estudo, no entanto, em virtude do que foi enfatizado nas falas dos entrevistados, serão destacados neste momento, os aspectos relacionados aos objetos, instrumentos e ambiente de trabalho. A falta de insumos básicos, de manutenção de equipamentos e das instalações, é uma constante nas falas:

[...] há três anos atrás eu tomava conta de cinco, quatro paciente. Hoje eu tomo conta de nove, oito [...] (A16);

Você vê um velhinho [...] precisando de um leito, não tem [...]. Fica internado numa cadeira . Isso dói, dói (A2);

Hoje mesmo eu tenho quatro pacientes internados numa cadeira: uma mulher cirrótica, icterica, abdome ascítico. Fez uma paracentese e voltou pra cadeira (E4).

É interessante destacar a alusão que a entrevistada T12 faz do corredor do hospital com uma avenida:

[...] corredor não é lugar de paciente, eles têm que se adaptar à maca, à claridade, à passagem porque é como uma avenida, [...] todo mundo passa, todo mundo comenta e o

paciente tá ali deitado, mas é uma avenida [...] corredor é lugar de transeuntes e não de paciente [...].

A gente trabalha praticamente sem recurso. Aqui na UTI, geralmente falta equipo de bomba de infusão, falta medicação vasoativa [...]. Paciente chocado e...medicações que é feito em microgotas que era pra ser feita em bomba de infusão [...] (T13).

Ao indagar sobre a avaliação que faziam do serviço público de saúde, G2 responde:

O nosso hospital trabalha com duas realidades: o paciente, ele é atendido aqui e se ele precisar fazer um cateterismo cardíaco ele é encaminhado no mesmo dia para uma clínica privada [...]. Ao mesmo tempo, um paciente hipertenso não tem vaga na clínica médica e nós não temos pra onde mandar (G2);

A deficiência da rede assistencial foi retratada por Vasconcelos (1997) em estudo sobre a reforma sanitária no Rio Grande do Norte. O autor caracteriza a rede pela pouca resolutividade e baixa qualidade, bem como pela descontinuidade da assistência devido a fatores como escassez de pessoal, falta de conservação e manutenção de instalações físicas e equipamentos, falta de insumos básicos e equipamentos.

Pelo que se observa, na verdade há uma continuação de uma realidade constatada, mas que se aprofunda na medida em que crescem as demandas sociais pressionadas pela exclusão social. Estas circunstâncias têm grandes repercussões na vida dos trabalhadores que necessitam da assistência, mas também na daqueles que desenvolvem o trabalho em saúde.

A exposição a longas jornadas de trabalho, a precarização das relações de trabalho, a desvalorização salarial, a grave deficiência nas condições de trabalho, desencadeiam, além de processos físicos e emocionais, sentimentos que revelam trabalhadores com a auto-estima em queda. Essa relação de aviltamento à sobrevivência humana é patente e se encaminha para o entorpecimento da sua dimensão humana, depressão, alienação, entre outros.

Questionados sobre como avaliavam a situação do servidor público nos últimos dez anos, os trabalhadores entrevistados respondeu de forma negativa:

[...] decadente, numa situação de estresse, de desvalorização [...] você não tem direito a nada. Você é desvalorizado [...] profissionalmente, financeiramente, moralmente [...] você não tem valor pro governo, nem pra tua clientela (E4);

[...] eu vejo que há cinco , seis anos atrás eu trabalhava é ... uma escala [...] de 144 horas e que meu dinheiro dava, só que agora, apesar de serem duas escalas, uma jornada dobrada e que é...esse dinheiro a gente tem que se desdobrar pra poder dar [...], então eu vejo como se a qualidade de vida da gente tivesse diminuído (E8).;

A auto-estima desse funcionário é muito baixa, muito baixa mesmo [...] eu vejo lá minhas colegas que vivendo do que ganha no serviço público [...] realmente é de ter uma baixa estima, de ficar desestimulado. Como é que você pode [...] exigir dela se nem sequer ... se ela sai de casa deixando comprometido a saúde do seu filho [...] a segurança do seu filho! Como tem colega que deixa duas crianças sozinhas em casa porque não tem com quem deixar, não tem como pagar uma pessoa [...] (T3).

Dejours (2001, p.34) atribui ao não reconhecimento do trabalhador o sentido do sofrimento no trabalho.

Há os indolentes e os desonestos, mas em sua maioria, os que trabalham se esforçam por fazer o melhor, pondo nisso sua energia, paixão e investimento pessoal. É justo que essa contribuição seja reconhecida. Quando ela não é, quando passa despercebida em meio à indiferença geral ou é negada pelos outros, isso acarreta um sofrimento que é muito perigoso para a saúde mental.

A falta de reconhecimento dos trabalhadores em relação aos trabalhadores em discussão pode ser constatada nos vários ângulos em que se processa o trabalho. A baixa remuneração; a pressão das demandas sociais que eclodem nas instituições de saúde; a dificuldade em prestar um serviço de boa qualidade; a própria posição que a enfermagem ocupa na divisão social do trabalho na saúde, traduzem-se de forma subjetiva a falta de reconhecimento e a baixa autoestima destes trabalhadores.

Dejours (2001) afirma que o sofrimento produzido pela falta de reconhecimento, leva a mais sofrimento, tornando-se um ciclo vicioso e desestruturante com condições de desestabilizar a identidade e a personalidade e de levar à doença mental.

3.0 VIVENDO O COTIDIANO

Neste item é abordado a categoria de análise cotidiano e seus desdobramentos, isto é, a formulação das categorias empíricas, a saber: cotidiano vivido/cotidiano roubado; ter e ser: dilemas da vida cotidiana e refazendo o caminho.

Partindo da afirmação que o cotidiano é a dimensão da vida em que o homem se apresenta por inteiro, tomou-se essa categoria como instrumento para melhor entender o ser trabalhador da enfermagem em estudo. Foi da objetivação do trabalho que se partiu para entender as outras esferas da vida desse trabalhador. Assim, este ser trabalhador é visto na sua relação com a esfera do trabalho, no espaço doméstico e familiar, na sua particularidade e na sua relação com a classe a qual pertence.

5.3.1 Cotidiano vivido no trabalho/cotidiano roubado

Com a categoria cotidiano, buscou-se agrupar as informações dos entrevistados que retratam o cotidiano dos trabalhadores da enfermagem, a partir das condições em que o trabalho vem se processando e a sua repercussão para as outras esferas da vida desses trabalhadores. Heller (1991) afirma que em função da centralidade do trabalho na vida cotidiana, o tempo é definido a partir deste, estando as demais atividades na dependência do tempo do trabalho. Neste sentido, tempo de trabalho e tempo livre são transversais para o conhecimento da cotidianidade dos trabalhadores em estudo.

Ao serem solicitados para descrever o seu cotidiano, os entrevistados fizeram uma relação direta ou indireta ao trabalho:

Meu dia-a-dia é aqui dentro desse hospital, lazer não tem. Porque eu tirando duas escalas eu pego quase todos os finais de semana ... assim das colegas também. Elas pagam e eu tiro [plantão] (E10);

Aqui, eu vivo mais aqui. Hoje eu vou pra casa à tarde, amanhã eu já tô voltando. Amanhã eu já estou à tarde de novo. Eu vivo mais aqui do que em minha casa (T17);

É muito difícil. Minha rotina quando eu estou [no hospital] que é do Estado, eu trabalho de manhã e à tarde eu faço cursinho, à noite o curso técnico. Então eu só chego em casa lá pras dez horas. Quando eu trabalho no SAMU [...], eu só chego em casa dezenove horas (A12);

Fica claro em algumas falas que o tempo dedicado para o trabalho vem sendo bem maior do que para outras atividades da vida cotidiana. A busca pelo aumento da remuneração no sentido de compensar a defasagem salarial vem fazendo com que alguns trabalhadores da enfermagem praticamente morem no hospital. Esta realidade caminha na contramão da luta pela redução da jornada de trabalho como forma de viver o tempo livre, aumentar a oferta de postos de trabalho e como contraposição à extração do sobretrabalho. Antunes (2001) afirma que a redução da jornada de trabalho é uma questão básica para uma vida emancipada, isto é, livre.

Neste sentido, é sugestiva a fala de T12 quando indagada sobre o tempo livre de que dispõe:

A gente faz uma troca de serviço [no final de semana para poder sair com a família]. É uma troca compreensiva que a gente faz, enquanto isso, muitas vezes a gente paga o serviço [para outro colega] e é uma taxa elevada [...]. É um grande sacrifício, mas pra quem quer a liberdade...as gente prefere comprar a nossa liberdade.

A compra da liberdade aludida está relacionada com a possibilidade de viver o tempo em outra dimensão que não a do trabalho, e nesta outra esfera estão a relação consigo mesmo e as relações interpessoais. Esta é uma demonstração clara da transversalidade do trabalho nas várias esferas da vida pela forma como este trabalho vem se organizando. Por outro lado, quem precisa comprar a liberdade é porque, de certo modo, está preso ou é escravo deste trabalho. Há também outro aspecto a considerar que consiste no sentimento de opressão advindo das condições de trabalho.

O desenvolvimento do trabalho da enfermagem nas condições já explicitadas, é marcado, além do tempo, por um compasso de ritmo acelerado. A execução de tarefas no ambiente de trabalho é, na maioria das vezes, de forma corrida, uma vez que o hospital é superlotado e a falta de pessoal sobrecarrega os profissionais. Desta forma, questões como estresse, mau humor, irritação nervosa, agressividade, cansaço, são referidas pela maioria das entrevistadas, abrangendo os dois grupos, como fica claro na fala de E4 e T3:

[...] a gente não deixa de ficar estressada, nervosa, de repente a gente perde a sensibilidade. Às vezes a gente se pega gritando no corredor, falando alto, quando isso não é...faz parte do nosso ser [...].

Hoje eu me vejo que ... fazendo as coisas muito rápido, falando muito [...] então isso é consequência de um estresse [...] vem dessa carga horária exagerada.

Neste sentido, a redução da jornada de trabalho por si só não alteraria o tempo de trabalho, uma vez que as condições oferecidas impõem um ritmo célere para a execução das atividades. Antunes (2001) alerta que a redução da jornada de trabalho não se traduz necessariamente em redução do tempo de trabalho. Bernardo (apud ANTUNES, 2001, p.175) afirma que

Um trabalho contemporâneo cuja atividade seja altamente complexa e que cumpre um horário de sete horas por dia, trabalha muito mais tempo real do que alguém de outra época, que estivesse sujeito a um horário de quatorze horas diárias, mas cujo trabalho tinha um baixo grau de complexidade.

Antunes (2001) conclui dizendo que a luta pela redução da jornada de trabalho envolve também a luta pela redução do tempo opressivo de trabalho. Obviamente, esta citação refere-se ao trabalho fabril, no entanto, a transposição para a realidade estudada é perfeitamente compatível, uma vez que as condições de trabalho ofertadas para o desenvolvimento do trabalho da enfermagem vêm levando à intensificação do ritmo de trabalho e, conseqüentemente, aumentando o tempo opressivo de trabalho.

Essa opressão tem repercussão na realização de outras atividades heterogêneas (HELLER, 1991) da vida cotidiana, como tomar água, alimentar-se, ir ao banheiro, entre outras:

Chega aqui vai trabalhar no pronto socorro que, às vezes, quando dá pra gente lanchar de dez horas a gente vem, quando não dá ... já é meio dia, agora que eu tô tomando café com biscoito, um café puro com biscoito [...] daqui a pouco de uma hora passo o plantão pra minha colega [...], depois [...] dou aula pros alunos do PROFAE [...] tenho cálculo renal, de não tomar líquido [...] de não ter tempo de tomar líquido, aí essas coisas a gente vai se expondo quando a gente trabalha demais não tem tempo pra cuidar da gente (E4).

Na homogeneização da vida cotidiana em torno do trabalho (HELLER, 1991), o tempo e o ritmo deixam de definir apenas o espaço do trabalho para repercutir na particularidade do trabalhador, inclusive no seu corpo e na sua saúde.

Para outros entrevistados, no entanto, o cotidiano de trabalho é descrito também como algo prazeroso e como um espaço para desenvolvimento dos afetos. É principalmente entre os auxiliares e técnicos que se percebe uma maior relação de carinho, solidariedade e afeto no desenvolvimento da prática da enfermagem:

Meu dia-a-dia é ... bem é aqui [...] cuidado dos doentes, brincando com eles, dando carinho a eles, dando amor ... sabe ... o que eu não recebo de carinho ... às vezes eu recebo carinho dos meus filhos, quando eu chego...e eu procuro levar isso para os pacientes Eu amo, sabe ... eu acho que nasci pra ser auxiliar de enfermagem, pra cuidar de doente ... porque por mais que eu esteja doente e, hoje eu tô com depressão! Eu tô hoje doente, mas se você for lá no vôzinho, sabe ... do leito 1, eu já fui lá, já brinquei com ele, sabe ... já beijei uma doente [...] e ela ficou feliz [...] aí eu acho que eu melhoro, eu estando aqui melhoro da minha situação, da minha depressão [...](A8).

O cotidiano é aquela luta, mas é gostoso porque eu faço por amor. Amo minha profissão. Fico um pouco cansadinho, mas eu relaxo e no outro dia já estou preparado pra entrar em campo [...] o dia-a-dia...a jornada de trabalho ... o que eu faço é por amor. Foi Deus quem me deu esse dom e cada dia que eu venho aqui, que eu vejo aqueles necessitados ... me dedico, cada dia é uma coisa diferente [...](A2).

Vaz (1999, p.60) abordando o trabalho como elemento central no processo de vida, afirma que

O trabalho, então, por seu movimento e significação, compõe o significado da cultura do mundo humano e nele a linguagem que permeia e permite a produção e reprodução de relações entre indivíduos, seus modos de viver e pensar, suas criações, recriações e descobertas.

O trabalho em saúde, e que tem como objeto o próprio homem, é por si só um espaço privilegiado para a reprodução das relações humanas, muitas vezes dificultadas pelas condições em que se dá o processo de trabalho.

Heller (1991), discorrendo sobre o trabalho e o labor, afirma que todo trabalho é uma atividade genérico-humana, porém na medida em que é alienado, a sua execução perde a autovalorização e presta-se apenas à conservação da existência particular. Neste sentido, as relações interpessoais dentro da enfermagem cujo objeto do seu trabalho é o homem, apontam para o desenvolvimento da genericidade na medida em que, neste momento, o trabalho não está a serviço apenas da autopreservação. É importante ver que, embora com todas as dificuldades enfrentadas, ainda encontra-se afeto no desenvolvimento do trabalho da enfermagem, podendo esta ser uma via de auto-realização e produção de sentido no e com o trabalho, como define Antunes (2001).

As várias formas de tratar o desenvolvimento de afetos, a humanização no cuidado com o outro, enfim a sensibilidade humana, capitadas neste estudo - explicitadas ou não pelos entrevistados - têm matizes múltiplos e passíveis de interpretações que nos remetem a outras dimensões: se, por um lado, os auxiliares e técnicos explicitaram mais diretamente a relação de amor e carinho com os doentes e com o trabalho, os enfermeiros demonstraram alguns desses aspectos de forma diferente. Quando indagados sobre a interferência da jornada de trabalho no desenvolvimento profissional os entrevistados assinalaram a preocupação com a perda da qualidade da assistência:

É porque existe o cansaço [...]. Então a gente tem o sono limitado [...]. Você pode ficar displicente, relaxa em algumas coisas. E na sua própria conduta [...] já me peguei nessa situação (T13).

A entrevistada E5 introduz uma discussão interessante:

A supervisão fica a desejar, o desenvolvimento do trabalho ... então é assim, eu acho que é até uma falta de ética esse nosso comportamento, dessa maneira, de não ter essa consciência, sabe? Mas, preocupa isso, essa falta de ética, a gente sentindo rompendo assim, com ... valores que são extremamente importantes na relação do dia-a-dia com as pessoas, por conta de excesso de trabalho e sem a perspectiva disso melhorar, sabe? E isso é muito, muito, muito ... ruim. Então eu me lembro que um dos conflitos maiores, meus há um tempo atrás era essa questão da ética profissional, ou seja, do respeito com as pessoas, com os pacientes, a qualidade desse serviço, como estava a desejar com essa sobrecarga de trabalho muito grande. Então assim, isso me angustiava muito, muito mesmo [...] agora eu ... eu não sei como é que eu vou lidar daqui pra frente com essas duas situações: a falta de ... desse tempo pra melhorar essa qualidade e a necessidade que a gente tem na realidade do dia-a-dia ter que ter um aumento salarial e sem essa perspectiva [...].

Questionando se os aspectos da ética e da qualidade do serviço eram discutidos com os colegas, a entrevista E5 respondeu:

Não, não. Aqui não é discutido nada, ninguém quase consegue descansar e a gente é como se fosse máquina, a gente não consegue conversar nada, ninguém não pensa. Aqui os enfermeiros praticamente não pensam, não refletem no dia-a-dia em nada. Só trabalhando ... Só trabalhando. E isso é muito ... ruim. Porque você não pensar no dia-a-dia é ... fica muito alienada.

Como já foi citado anteriormente, o limite da jornada de trabalho é o próprio corpo que impõe, quando, após desprender energia, necessita de repouso e descanso (MARX, 1982). A falta ou a insuficiência do repouso necessário tem vários efeitos, tanto na particularidade do trabalhador, como já foi demonstrado, quanto na própria realização do trabalho, isto é, no aspecto humano-genérico.

A fala de E5 acima citada revela-se bastante significativa, pois no momento da entrevista ficou claro o movimento que ela fez da sua particularidade para a genericidade, na medida em que se transpôs para apreciar a realização do seu trabalho na perspectiva do outro, o homem objeto do seu trabalho. É uma constante na fala a polêmica entre a sua necessidade e a deficiência no desenvolvimento do trabalho mediada pelo excesso de horas trabalhadas que tira a possibilidade objetiva de prestar uma boa assistência. É a disputa entre a particularidade e a genericidade, isto é, entre o atendimento das suas necessidades, que habitam a esfera da particularidade e a relação estabelecida com o ser humano, mediada pelo trabalho.

Heller (1991) afirma que a particularidade é alienante uma vez que tem por única finalidade atender às necessidades da autoconservação. A autora diz que o homem para transcender de um ser particular para tornar-se um indivíduo, só o faz com o fim da alienação. Neste sentido, pode-se afirmar que ao identificar questões no trabalho que afetam diretamente ao outro ser humano, esta ação é um exercício da atividade genérico-humana.

Mas, como resolver o conflito entre a particularidade e a genericidade? Heller (1991) afirma que a particularidade não pode ser superada. O indivíduo, ser consciente, eleva a própria particularidade a um nível mais alto. Isto requer uma escolha, uma tomada de posição que é norteadada por valores éticos. A autora afirma que o homem tem, em sua vida cotidiana, constantes possibilidades de fazer escolhas e para isto conta com a sua autonomia. Esta autonomia não é absoluta e sim, relativa, tendo seus limites aumentados ou diminuídos de acordo com as situações historicamente construídas.

Bianco (2000, p.44), analisando a autonomia no cotidiano do enfermeiro, afirma que

Como pessoa é possível dedicar-se ao alargamento do espaço da autonomia não só quanto à satisfação das próprias necessidades ou das escolhas profissionais, mas também no aspecto de enfrentar o contexto. 'Enfrentar o contexto' entendido como fazer julgamento sobre os atores, analisar, criticar, aceitar ou rejeitar os fatos e as instituições políticas, dentro e fora do raio de ação profissional.

Bianco (2000) continua dizendo que é necessário também colocar a subjetividade, entendida a partir do indivíduo consciente, contra as estruturas de dominação e unir o pensar, o sentir e o agir. A autora conclui afirmando que

[...] a autonomia é um valor a ser assumido pelo profissional enfermeiro consciente – que age na sua cotidianidade com a menor automação possível – e sentida como capacidade de escolha entre alternativas. Isso vai além do saber e do fazer do enfermeiro, enquanto noções mecânicas, e o inclui como atores sujeitos. Ser-saber-fazer embasam a autonomia do profissional. Ser sujeito portador de valores que incluem a vida, a democracia e a consideração pelo outro; ser portador de direitos e autonomia relativa dada pelas interdependências dos vários sujeitos que agem num espaço-tempo, em constante renovação, composto por atitudes e gestos que ora se aproximam da particularidade, ora do humano-genérico.

Neste sentido, a resolução do conflito entre a particularidade e a genericidade passa pela desalienação de cada trabalhador da enfermagem no contexto em que estão colocados. A partir daí podem se forjar indivíduos que exercitem sua autonomia escolhendo atitudes que convirjam para sua particularidade, dando respostas às suas necessidades, assim como para a genericidade que permite atender às necessidades do outro ser humano, objeto do seu processo de trabalho.

Na tentativa de compreender as possíveis repercussões da jornada de trabalho na vida cotidiana, questionou-se aos entrevistados se havia alguma interferência dessa no desenvolvimento profissional e na vida pessoal. Sobre o desenvolvimento profissional houve referência a aspectos positivos e negativos. Dentre os positivos destacou-se a possibilidade de ampliação do conhecimento, na medida em que a jornada de trabalho ocorria com a inserção do trabalhador em vários setores do hospital, como se pode constatar na fala de E1:

Até a questão da vida profissional para o lado positivo a gente tem porque eu tenho uma variedade de trabalho [...]. Essa variedade dá a gente um conhecimento mais abrangente, isso é um lado positivo que a gente acaba conhecendo diferente é ... etapas ou diferentes especificações do serviço da enfermagem.

Permeia, entre os entrevistados citados, a idéia de que, dentro de uma jornada de trabalho maior que a estabelecida, aumenta a possibilidade de ampliar o conhecimento, como confirma a fala de (T13):

Tem [influência] porque cada dia a gente aprende mais. Quanto mais você trabalha, mais você aprenda.

Esse argumento de aprendizado, na verdade, em parte pode ser uma tentativa de justificar a própria prática de busca do aumento da jornada de trabalho, que tem em sua essência uma outra motivação principal: o aumento dos valores salariais recebidos. A questão do aprendizado poderia facilmente ser contemplado, sem o aumento da jornada, apenas com a adoção de uma política institucional de formação continuada e o revezamento entre setores, favorecendo na mesma medida a ampliação do conhecimento.

A ausência de uma política de formação permanente e sua relação com a jornada de trabalho é sentida quando alguns enfermeiros apontam a falta de tempo para atualização de seus conhecimentos como um fator gerador de ansiedade e de angústia:

Eu não tenho tempo pra fazer um curso da atualização, por exemplo: eu sou liberada da escala normal, da escala extra você não tem liberação [...] você tem dúvida em determinada coisa ... ou aparece ... porque aqui é pronto socorro e sempre tá aparecendo coisa diferente e você quer enriquecer a assistência que aquele tipo de paciente e você ... aí quando eu chegar em casa eu vou dar uma lida pra me atualizar, pra tirar uma dúvida, aí quando chega em casa você esquece porque já tem outros afazeres, então eu deixo de implementar (E2).

Em relação ao nível médio, a instituição vem estimulando a qualificação dos auxiliares de enfermagem através do curso técnico, porém não há liberação do horário de trabalho e estes têm que utilizar as suas horas de folga:

[...]agora eu vou fazer o técnico de enfermagem [...]. Eu falei para os meninos: agora mainha vai ficar seis meses dentro do hospital [risos] porque a aula vai ser à noite e eu não vou pra casa (A8).

Alguns trabalhadores de nível médio da enfermagem têm o vínculo empregatício com a SESAP como atendente no hospital estudado, isto é, nível elementar. Ao longo dos anos ocorreu um processo de qualificação onde estes puderam passar para a função de auxiliar de enfermagem. A mesma situação vem se dando na atualidade com relação ao técnico de enfermagem. Há, portanto, um processo de qualificação em curso para o nível médio da enfermagem que, com certeza resultará em melhoria da assistência e em crescimento pessoal e profissional da enfermagem.

Pires (2001) afirma a importância das estratégias de qualificação-requalificação da força de trabalho da enfermagem como forma de melhoria dos serviços de saúde da maioria da população excluída. A autora acrescenta que a qualificação deve transcender a questão formal da titulação, valorizando a subjetividade do trabalhador e se apoiando em valores éticos que vão além da racionalidade econômica.

Neste sentido, na realidade estudada, há pelo menos duas incongruências da SESAP em relação aos trabalhadores. A primeira é que a qualificação não vem se revertendo em melhoria na condição de vida destes trabalhadores, uma vez que não altera a realidade salarial. A outra é que não há liberação do hospital para que estes cursos sejam feitos no expediente de trabalho, uma vez que não há pessoal para substituir na escala. Assim, o trabalhador usa o seu tempo livre para fazê-lo.

Na realidade, percebe-se que o que poderia fazer parte de uma política institucional de dar condições dignas para a realização do trabalho em saúde, considerando a subjetividade do trabalhador e do paciente, mais uma vez torna-se um fator a subtrair o seu tempo livre, uma vez que não prevê dentro da jornada de trabalho este tempo de qualificação. Desta forma é reafirmada a interpenetração da esfera do trabalho no espaço privado pessoal e interpessoal.

1.0.0 Vida pessoal sem tempo livre?!

Sobre a repercussão da jornada de trabalho na vida pessoal, a primeira questão expressa pelos entrevistados foi a preocupação com os filhos no que se refere à afetividade e no acompanhamento da educação e disciplina:

Tem essa [influência] com mais ênfase porque eu tenho filhos pequenos ainda e que sentem a ausência e às vezes cobram da agente estar de plantão ou quando a gente troca um plantão, aí a gente acumula e ainda mais a carga horária e isso às vezes dá na gente um mal estar, principalmente eu tenho esse lado emotivo quando meus filhos ... assim distantes de mim [...] (E1);

[...] você não tem tempo pros meninos. Quando você chega os meninos já estão grandes, já tão enormes. Aí você diz assim: já tá um rapaz! Quem é aí dentro de casa? É os seus filhos que cresceu e você não teve tempo nem pra ver o desenvolvimento do rapaz (T13);

[...] eu tenho um filho que morreu e que esse filho foi conseqüência também da minha jornada de trabalho, eu não tinha como olhar meus filhos [...] acredito que a jornada de trabalho atrapalha a educação dos nossos filhos. Impreterivelmente invade a nossa privacidade [...] na realidade eu não tive tempo de dar um conhecimento maior da vida

do meu filho lá fora [...] eu não tive tempo foi de ver o outro lado, o lado do outro educador dele que foi o mundo [...] (T12).

O aumento do tempo dedicado ao trabalho por meio do multiemprego e das outras formas precárias já descritas vem levando à redução do tempo de convivência familiar, sendo um fator de angústia, como deixam claras as falas dos entrevistados. Observa-se que tanto as mulheres quanto os homens manifestam esta preocupação, sobretudo com relação aos filhos. Sarti (1997) afirma que a centralidade que o trabalho assume na vida cotidiana dos indivíduos diminui a disponibilidade, tanto do homem quanto da mulher, para a vida familiar, inclusive no que concerne à sua relação com os filhos.

Apesar do acompanhamento dos filhos apresentar-se como uma preocupação dos homens e das mulheres entrevistadas, há que se considerar a distinção dos papéis de ambos na esfera familiar. Estudos mostram que embora haja um significativo aumento da participação da mulher no mercado de trabalho nos últimos anos, inclusive como um fenômeno da reestruturação produtiva, os papéis sociais do homem e da mulher não se alteraram no espaço doméstico, ficando ainda para a mulher a maior responsabilidade com as atividades de cuidado com a família (HIRATA, 2002).

Santos (2003, p.306) afirma que “[...] como ao entrar no espaço da produção não são aliviadas das tarefas no espaço-tempo doméstico, as mulheres tendem a ser duplamente vitimizadas com os efeitos negativos da globalização da economia”. Esta questão se confirma no atual estudo quando, ao ser indagada sobre o seu tempo livre, A8 e E2 referem que

[...] é pra cuidar ... lavar a roupa, sabe...fazer uma faxina melhor em casa [...]. amanhã eu vou chegar em casa, vou fazer almoço, vou colocar roupa no tanquinho, pronto! Ai deixo, pra esperar a próxima folga;

Praticamente a gente não tem [tempo livre]. Por ser mulher você tem uma tripla jornada. Tem casa, tem filho, tem o trabalho, tem a extra. Então sobra muito pouco.

O uso do tempo livre para o trabalho doméstico se agrava quando se trata de auxiliares e técnicos de enfermagem que, por receberem os menores salários, geralmente não podem dispor de uma estrutura de retaguarda doméstica. Avendaño; Grau; Yus (1997, p.128), estudando os riscos identificados para enfermeiras chilenas, afirmam que

O risco da ausência de apoio instrumental no trabalho doméstico expressa-se na falta de recreação, na diminuição do tempo livre e na maior contaminação trabalho-lar. A enfermeira que carece desse apoio usa grande parte do seu tempo livre para realizar as tarefas do lar. Assim, a carga de trabalho doméstico que deve realizar conduz a uma redução da qualidade no uso do tempo de trabalho não remunerado e a uma escassa quantidade do tempo do qual dispõe para repor energias e se distrair.

A condição hoje muito freqüente de ser a mulher, chefe de família, situação encontrada nos dois grupos entrevistados, é mais um fator a dificultar a vida cotidiana, tanto porque recai sobre a mulher a exclusividade de manter financeiramente a família, quando não há participação do companheiro, quanto na responsabilidade de educar os filhos:

[...] o salário do Estado não dá pras minhas despesas. Eu tenho um casal de filhos, pago aluguel e tenho que me virar para mantê-los. Meu marido foi embora e eles [os filhos] dependem de mim (T1);

O salário que a gente ganha do Estado que é pouco. Num dá pra manter a família, eu tenho três filhos. Sou só. Sou ... é o marido e a mulher, porque só tem eu com meus filhos, o pai não dá a pensão, e eu tenho que me virar dessa forma mesmo [...] (T4);

[...] eu tô pagando uma faculdade pra minha filha. É um esforço que eu tô fazendo [...] e a faculdade é cara [...] aí fica muito pesado porque ela não tá trabalhando no momento . Aí são dois filhos, um faz cursinho [...] eu sou divorciada e não recebo nada, nada, nada! Desde os três anos de idade ... e meu filho tem dezoito, sou eu quem pago tudo. Tudo por minha conta (E10).

Ainda sobre os riscos no trabalho doméstico, Avendaño; Grau; Yus (1997, p.128) afirmam que

Entre os fatores de risco mais importantes para a saúde das enfermeiras estão o exercício da chefia do lar, que aumenta globalmente as demandas e responsabilidades, e a relevância de seu ganho pessoal quando são fundamentais para o orçamento do grupo familiar.

A exacerbação de horas trabalhadas e a involuntária ausência do espaço doméstico pelos trabalhadores, sobretudo pela mulher, não encontram apoio nas políticas públicas, uma vez que o ajuste fiscal vem retirando investimento em equipamentos sociais que poderiam estar confluindo para o apoio à manutenção das famílias e da educação dos filhos. Há, portanto, uma desresponsabilização do Estado com a família, sobretudo as mais pobres, resultando para a mulher a dupla tarefa de manter financeiramente a família, seja parcial ou integralmente, e ainda proporcionar as condições objetivas e subjetivas para a educação dos filhos. Schirmer (1997, p.111) ressalta que

É necessário encontrar soluções para viabilizar a permanência das mulheres no mercado de trabalho, de forma a diminuir os custos da conciliação entre a opção pela maternidade e a vida profissional. A busca de políticas sociais mais igualitárias passa por ações que ultrapassem a proteção da mãe trabalhadora. É preciso redefinir as responsabilidades no âmbito da família.

Ainda sobre a repercussão da jornada de trabalho na vida pessoal, alguns entrevistados destacaram a preocupação no tocante a relação com seus companheiros (as):

Eu tenho uma relação muito boa com meu esposo, graças a Deus, mas eu sinto que poderia ser melhor se eu tivesse mais tempo de conviver com ele. A gente senta pra conversar, fica ele no computador querendo me mostrar alguma coisa, eu sento na cama, vou ler alguma coisa [...], mas acabo adormecendo e ele lá falando comigo [...] Até na própria questão sexual também, ela fica de certa forma [...] comprometida porque você vai cansada pra cama [...] eu não tenho paciência de esperar por ele [...] (T3);

E ... outras coisas, a vida sexual também. Influencia muito. Você tá cansado. Você pode até ... a chegar a uma disfunção erétil [...]. Já aconteceu comigo. Tô sendo tratado já [...]. Até mesmo o relacionamento a coisa [...], sua esposa. Porque você não vê, você vai pra casa descansar. Porque sua casa não é um lar, é apenas um local de descanso. Geralmente você vive mais no local de trabalho do que na sua própria casa (T13).

Mais uma vez é evidenciado a penetração do trabalho no espaço das relações interpessoais. A convivência entre casais, até mesmo nas questões mais naturais que é a relação sexual, no contexto do uso da maior parte do tempo para o trabalho, ocupa espaço secundário.

Esta questão é ainda mais evidenciada quando existem tarefas e responsabilidades que o casal tem com relação aos filhos, principalmente a mulher.

No tocante à dimensão do ser em sua singularidade, algumas entrevistadas mostram seu descontentamento pela falta de tempo de dedicarem-se a si mesma no trato da saúde ou mesmo em atividades culturais, de lazer, de conhecimento, entre outras:

Praticamente eu não tenho mais vida pessoal [...] eu não tenho tempo de ir a um cinema, a um teatro, fazer amizades ou participar de uma entidade de classe [...]. participar de algum movimento [...] É como se eu não tivesse contato com o mundo externo [...]. Uma alienação quase que completa [...] às vez eu vejo o jornal [...] uma coisa ou outra, uma coisa fragmentada [...] nada assim, do dia-a-dia, não tenho elaboração do dia-a-dia, do que tá acontecendo por falta de leitura, tempo, contato com o mundo, discussão [...] (E5).

Essa dimensão da vida dos entrevistados foi a que se considerou emblemática do ponto de vista da interpenetração do trabalho e particularmente está relacionada com uma questão transversal a toda essa discussão: o tempo dedicado ao trabalho versos tempo livre. Questionados sobre o tempo livre, responderam:

[...] meu tempo livre, três dias no mês [...] forçado [...] eu teria tempo livre, mas como eu faço cursinho [...]. E meu tempo de descanso é os três dias que eu disse e às vezes à noite (A6);

No mês de julho, o único dia que eu tive de folga [...] vai ser o próximo sábado...não tenho tempo pra cuidar de mim, dentista, um exame, ler uma revista [...] eu vou tirar horários e vou ficando [...] você não ter lazer é horrível! Muitas vezes passo seis meses sem ir ao centro da cidade, sem entrar numa loja. De casa pro trabalho ... do trabalho pra casa. Às vezes eu tô aqui dentro, vejo na janela o sol e queria tá lá fora, mas nem dá. Aí eu fico só olhando o sol lá da janela...querendo ir ao shopping, passear, andar [...] passo tanto tempo sem ir que quando vou acho estranho [...] (E10);

Tem [influência na vida pessoal] porque eu só trabalho. Ultimamente eu só trabalho, trabalho ou melhor, desde que eu fui mãe, mãe solteira [...] eu só trabalhei, lazer muito pouco [...]. Tem dias que você quer mudar um pouquinho [...] mas me acostumei. Eu não sei dançar, eu não bebo [...], agora eu sinto vontade de repousar, sem fazer nada, quieta [...] sem nada, só ... deitada, principalmente (T18).

A entrevistada E6 sintetiza em uma fala o sentimento que tem em sendo mulher, mãe e enfermeira:

[...] é muito difícil ser enfermeira, você conciliar casa, marido, filho, o seu dia-a-dia, você se esquece de você e cuida só do paciente [...] do enfermo e da família, filho, marido, parente e você não tem tempo de ir pra um dentista, [...] pra uma academia [...] no médico [...].

Essa fala demonstra as várias dimensões em que estão inseridos os trabalhadores da enfermagem, sobretudo a mulher trabalhadora, que nos muitos papéis que precisa desempenhar, encontra pouco tempo para viver para si mesma, sendo, portanto, a mulher, a mais expropriada em seu tempo livre.

Na forma como o trabalho se organiza e o espaço que ocupa na vida cotidiana, vem retirando a possibilidade dos trabalhadores viverem as múltiplas dimensões da vida que não seja apenas o trabalho. A interpenetração deste nas outras esferas da vida vem retirando do trabalhador a possibilidade de viver a omnilateralidade que dá o verdadeiro sentido à vida. Antunes (2001) resume este pensamento, quando fala que uma vida cheia de sentido em todas as esferas do ser social, será conferida pela omnilateralidade humana. Esta omnilateralidade somente poderá existir quando houver uma superação dos limites entre tempo de trabalho e tempo livre, que no momento atual, mantém uma divisão hierárquica que subordina o trabalho ao capital. Essa superação consubstanciará uma atividade vital cheia de sentido e autodeterminada, sob bases inteiramente novas, desenvolvendo uma nova sociabilidade.

Uma sociabilidade tecida por *indivíduos** (homens e mulheres) *sociais e livremente associados*, na qual ética, arte e filosofia, tempo verdadeiramente livre e ócio, em conformidade com as aspirações mais autênticas, suscitadas no interior da vida cotidiana, possibilitem as condições para a efetivação da identidade entre indivíduo e gênero humano, na multilateralidade de suas dimensões (ANTUNES, 2001, p.177).

Esta discussão da multilateralidade remete à discussão de valores em uma sociedade e da forma de expressão destes valores, passando necessariamente pelo debate do ter e do ser.

2.0.0 Ter e ser: dilemas da vida cotidiana

'La propiedad privada nos há hecho tan estúpidos y unilaterales que un objeto sólo es nuestro cuando es inmediatamente poseído lo tenemos, cuando existe para nosotros como capital o quando es inmediatamente poseído, comido, bebido, vestido, habitado, en resumen, utilizado...'. 'Em lugar de todos los sentidos físicos y espirituales ha aparecido aquí la simple enajenación de todos estos sentimientos, el sentido del tener. El ser humano tenía que ser reducido a esta absoluta pobreza para que pudiera alumbrar su riqueza interior' (MARX apud HÉLLER, 1991, p.53).

A angústia vivida pelos entrevistados devido à restrição do tempo de convivência com a família, sobretudo com os filhos, é retratada de forma enfática por E4 que tem na sua fala uma importante reflexão sobre valores que norteiam essa postura:

Às vezes quando eu não tenho aula à tarde, aí é ... eu chego em casa eu vou só dormir, quando eu não tenho ... quando eu terminei de checar tudo em casa que tá tudo ok , aí eu vou dormir; aí eu não tenho tempo de conversar com minha filha que é adolescente, os problemas dela da adolescência, ela fica só trancadinha dentro do quarto dela ouvindo, escutando o sonzinho ou então no celular com as amigas dela, porque a mãe dela tá muito cansada e vai dormir.

Essa entrevistada chamou a atenção pelo conflito que levantou acerca da relação dos valores ético-morais na sociedade atual, entre o ser e o ter. Perguntada se a falta de tempo para dedicar à filha adolescente a angustiava, ela respondeu:

Muito, muito mesmo. Porque a minha mãe era só dona de casa e ela era muito minha amiga e eu dividia as coisas com ela, e eu não posso fazer isso com minha filha [...] às vezes a gente fica só ligada em dar, dar, dar coisas materiais e as coisas afetivas, os sentimentos, o afeto a gente se esquece. Outro dia eu cheguei em casa e falei assim: Ou nem dá um abraço em mainha? Ah, mãe, eu já tô tão acostumada com você fora... aí faz a gente refletir, até que ponto ... você trabalha tanto pra ter qualidade de vida, que qualidade de vida é essa, só as coisas materiais? E a parte sentimental, e a parte de relacionamento e o ser? O ser da minha filha, o ser da minha família, o ser do meu marido, o meu ser, tá se transformando e eu só quero ter, ter, ter ... mas de repente se eu não puder também trabalhar, se eu não trabalhar isso, eu não posso pagar um plano de saúde, aí se eu não pagar eu vou vir pro corredor do [hospital] (E4).

Esta fala remete a uma discussão acerca do ter e do ser. Na forma como é colocado pela entrevistada, fica claro um conflito entre ter tempo livre para desenvolver as relações afetivas com a família, tratando do ser na sua essência, e o fato concreto de ter acesso a objetos e serviços.

* Grifos do autor

O fato real que atravessa todo este estudo, por um lado, é a deterioração dos salários dos trabalhadores da enfermagem e a busca de superação por meio do aumento da jornada de trabalho. Por outro lado, os conflitos gerados pelo que se vem sacrificando em termos de sensibilidade humana em nome dessa superação, colocando o conflito do ter e do ser no centro do debate. Neste sentido, é precedente a discussão sobre a necessidade de consumo que dá sentido, na maioria das vezes, ao trabalho.

Discorrendo sobre a teoria da necessidade, segundo Marx, Heller (1991) faz a distinção entre necessidades fisiológicas básicas e as necessidades historicamente determinadas com o avanço das forças produtivas.

O consumo dos produtores que advêm do trabalho é a forma pela qual o homem se reproduz como indivíduo e como ser social, estando contida no trabalho produtor de valor de uso. Sob a égide do capitalismo em que o trabalho assume a face de produtor de mercadorias, isto é, de valor de troca, o consumo se caracteriza pelo consumo de mercadorias. Bottomore (1983, p.79) acrescenta que

O consumo capitalista, portanto, relaciona-se cada vez mais com a produção capitalista. Isso envolve tanto uma ampliação da esfera de consumo como uma determinação potencial de sua qualidade e implica [...] uma crescente manipulação do consumidor pelas empresas capitalistas nas esferas de produção, de distribuição e de publicidade.

Neste sentido, é importante ponderar no depoimento dos entrevistados o que é necessidade básica e o que é consumo construído na sociedade capitalista.

O avanço tecnológico que cria inúmeros bens de consumo cria também costumes e necessidades que vão delineando a vida cotidiana. Para Marx (1982), os objetos materiais na sociedade capitalista assumem uma característica de importância tal que são considerados como naturais ao meio. No entanto, o autor traz à tona a subjetividade que permeia os objetos materiais, afirmando que estes produzem relações sociais de dominação. Assim, pode-se afirmar que o

consumo de mercadoria serve para sustentar o sistema capitalista e que há, na maioria das pessoas, uma subordinação a este sistema de valores baseados no consumo.

Trazendo o debate do consumo no contexto da vida cotidiana, Heller (1991) afirma que a presença ou ausência da alienação determina o grau de atividade ou passividade do sujeito particular diante do consumo. A autora afirma que quanto mais o sujeito da vida cotidiana é um ser particular, portanto alienado, mais ele se mostra consumista. Quanto mais se forja um indivíduo, ou seja, que tenha superado a alienação, menos consumista será este sujeito.

Neste sentido, pode-se inferir que o ter está relacionado ao consumo alienado e corresponde à particularidade. E o ser, que corresponde à superação dessa alienação, corresponde à genericidade.

Lowy (apud ANTUNES, 2001) afirma que o capitalismo, regulado pelo valor de troca, pelo cálculo dos lucros e pela acumulação de capital, tende a dissolver e a destruir todo valor qualitativo: valores de uso, valores éticos, relações humanas, sentimentos. Em outras palavras, o ter substitui o ser.

Retomando o conflito entre o ser e o ter vivenciado pelos entrevistados, considera-se que a sua saída passa pela superação da alienação que mascara o que realmente é necessidade básica e necessidade forjada pela sociedade de consumo, assim como quais são os valores e atitudes cotidianas que se quer preservar e fortalecer como vivência, qualidade de vida e herança para a posteridade. As angústias e sofrimentos identificados nos entrevistados mostraram que, apesar das saídas utilizadas estarem aparentemente resolvendo temporária e parcialmente esses desafios, trazem por outro lado em seu cerne, o germe da alienação e, a curto, médio e longo prazo, conseqüências nefastas para a vida dos trabalhadores e seu entorno.

Essas conseqüências revelam-se no âmbito da saúde desses trabalhadores, nas suas relações humanas afetivas, e mais fortemente, na dimensão macro social, denotada em parte pela

fragilidade crescente das organizações de classe pelo seu enfraquecimento enquanto enfrentamento entre sujeito social e poder político/econômico instituído. Portanto, ressalta-se que a saída em sua essencialidade objetiva para essa problemática, será sempre em termos de uma ação política coletiva, resgatando o sentido de classe para si, segundo Heller (1991).

3.0.0 Refazendo o caminho

Ficou claro até o momento que as saídas buscadas pelos trabalhadores da enfermagem no sentido de superar a defasagem salarial são saídas particulares, embora sejam adotadas por grande parte do conjunto dos trabalhadores em questão. A adoção destas saídas particulares vem trazendo problemas que são comuns ao conjunto desses trabalhadores. Então o que fazer? Quais as reais saídas? Alguns entrevistados afirmam que

As saídas seriam mais austeridade na fiscalização das verbas públicas e a gente tivesse realmente o funcionamento dos conselhos municipais de saúde, os conselhos estaduais com o objetivo real mesmo e não colocado com pessoas políticas [...], mas que fossem colocadas pessoas técnicas [...]. Para os servidores [...] seria o Plano de Cargos e Salários [...] e urgentemente uma questão da reposição das perdas de 8 anos [...] na medida do possível, uma redução da carga horária [...] (E1);

A entrevistada E5 refere:

[...] eu chego a ficar sem esperança mais, eu tô ficando sem esperança. Já tô cansada e é muito triste uma pessoa cansada da esperança [...].

Questionada sobre a participação sindical, a entrevistada respondeu:

Eu nem sei, como eu não participo de nada ... então eu me omito a fazer algum comentário.

Perguntada se ela queria falar mais alguma coisa, a entrevistada expressa um desejo de saídas coletivas:

Eu queria que minhas colegas tivesse essa ... uma reflexão sobre essa questão do nosso trabalho porque se a gente se unisse e começasse a pensar ... pra que se a gente tivesse união, de força, talvez conseguisse alguma melhoria [...].

A entrevistada T1 demonstra em sua fala um descrédito quanto às políticas governamentais:

Eu não costumo ser pessimista, mas não vejo muita coisa. As pessoas dizem: fulana vai mudar, fulano vai mudar. O Fome Zero, por exemplo, quem vem fazendo o fome zero? É o governo? Não. É o contribuinte que vai pra um show e leva alimentos ou quando vai ao supermercado e compra mercadoria.

Poucos entrevistados trouxeram para si a tarefa de tentar modificar a realidade vivida.

Não se percebe a implicação deles como sujeitos ativos e decisivos na definição do rumo de suas vidas. Concordam que não há investimento necessário na saúde; que há desvio de recurso e que os cargos no serviço público são definidos critério por político-eleitoral, entre outras coisas. No entanto, diante desta situação, não é apontada nenhuma ação coletiva. Algumas falas diferem deste pensamento:

Saída ... eu acho assim ... se as pessoas que está lá em cima quisesse ... ou ... precisava querer pra melhorar, pra mudar, pelo menos tentar mudar. Você acha que depende do governo. Eu acho que depende da consciência, da organização (T 13);

A saída na realidade é juntarmos os servidores públicos e procurarmos saber uma forma mais precisa da gente fazer pressão no governo, fazer pressão mesmo! Eu acho que o servidor devia se unir pra ganhar uma situação, ganhar essa situação [...] (T12).

Uma das representantes de classe entrevistada afirma que

[...] a saída dos trabalhadores está nos próprios trabalhadores e trabalhadoras [...] o grande problema é que eles não têm percepção, a consciência dessa capacidade [...] aí entra o papel do sindicato [...] das CIPAS [...] (R2).

A entrevistada R1, referindo-se ao funcionamento dos serviços de saúde, diz que

[...] não tem saídas sem uma mudança geral no País e no mundo. Não vai existir a saúde funcionando muito bem e o resto [a sociedade] funcionando mal.

Nas lutas desenvolvidas pelo sindicato da categoria, é evidenciada a presença quase que exclusiva de auxiliares e técnicos de enfermagem. Os trabalhadores graduados, inclusive os enfermeiros, normalmente não participam das atividades sindicais, sejam assembleias, atos públicos, greves ou outras atividades. Ainda no ano de 2001, ocorreu uma greve no hospital estudado que perdurou 33 dias. Porém, foi um movimento capitaneado apenas por auxiliares e

técnicos de enfermagem, apesar do objetivo da luta ser em nome de todos os trabalhadores da saúde.

Com certeza há motivos para a não participação dos enfermeiros no movimento sindical. Porém, a compreensão deste fato passa por um estudo que se debruce especificamente sobre esta questão e que não se constitui na temática central do presente estudo. Porém, a postura do trabalhador diante da sua classe é uma questão de relevância neste estudo enquanto prática social de indivíduos em sua cotidianidade. Antunes (2000, p.117) afirma que

[...] classe é a mediação que particulariza os seres sociais que vivenciam condições de similitude em sua existência concreta no mundo da produção e reprodução social. A consciência de uma classe é, pois, a articulação complexa, comportando identidades e heterogeneidade, entre singularidade que vivem uma situação particular.

Antunes (2000) diz que a consciência do ser que trabalha é um processo contínuo de aproximação, ora com sua particularidade, ora da consciência auto-emancipadora que ultrapassa a alienação, em uma incursão à genericidade. A consciência de classe é gestada no interior da vida cotidiana. O autor, recorrendo a Lukács, cita uma fala deste autor que afirma que na vida cotidiana as discussões estão presas a inúmeros 'se' e 'mas'. Nas situações de revolução, estas questões singulares são condensadas em questões centrais que apontam para a maioria dos homens o rumo de suas vidas, o que se contrapõe à imediatização da cotidianidade.

Antunes (2000) afirma que é no agir e no pensar das classes que surge a necessidade de *elementos de mediação* * que possam alavancar a consciência de classe. As expressões desses elementos de mediação são os sindicatos, os conselhos e os partidos. Os sindicatos estão mais ligados à especificidade imediatas da classe, embora possa transcender este patamar. Nos partidos

[...] o ser genérico deixa de ser uma abstração vazia [...]; ao contrário, os indivíduos elevam-se até o ponto de adquirirem uma voz cada vez mais articulada, até alcançarem a síntese ontológico-social de sua singularidade, convertida em individualidade, como gênero humano, convertido neles, por sua vez, em algo consciente de si (ANTUNES, 2000, p.118).

* Grifos do autor

Ambos os elementos de mediação, sindicato e partidos, passam na contemporaneidade por uma crise (ANTUNES,2000). Limitando-se à discussão da participação sindical, são evidenciadas nas falas dos representantes de classe as dificuldades enfrentadas:

Nós estamos passando por uma dificuldade e aí está o grande desafio pra nós do movimento sindical [...]. É da gente encontrar formas de atingir esses trabalhadores [...]. Nós temos esse grande inimigo que é essa máquina, que é esse modelo [...] ele cria todas essas formas pra que o trabalhador não tenha tempo [...] pela necessidade de comer, de se alimentar, de sobrevivência, que ele viva como uma máquina [...] (R2).

As dificuldades vividas no movimento sindical hoje não se constituem um fato isolado. Antunes (2001) situa a crise no movimento a partir da década de 1970, em nível mundial. O autor aponta como principais causas os seguintes elementos: a crise estrutural do capital e a conseqüente reestruturação produtiva que afetou profundamente as relações de trabalho; o fim da experiência socialista da União Soviética e dos países do Leste Europeu; a expansão da social-democracia, levando grande parte da esquerda a conciliar com o capital; e a expansão do projeto neoliberal do ponto de vista econômico, social e político.

Estes problemas tiveram repercussões objetivas no movimento operário, na medida em que houve perdas pelos trabalhadores, a exemplo do aumento do desemprego estrutural; a intensificação do ritmo de trabalho; a flexibilização de direitos trabalhistas; a retração no valor dos salários, entre outros. Também houve repercussão no aspecto da subjetividade da classe trabalhadora, trazendo o medo do desemprego, a insegurança, a competição desenfreada, a retração da consciência de classe com conseqüência para o movimento operário, principalmente o enfraquecimento das entidades de classes.

Essas conseqüências para os trabalhadores que os ferem na sua consciência de classe e fortalecem a tendência à particularidade, é reforçada na medida em que algumas entidades de classe fazem um recuo na luta contra a dominação do capital em relação ao trabalho. A adoção de políticas de conciliação das principais entidades de classe no Brasil tem forte repercussão em

todo o movimento. Alves (2001, p.57) refletindo sobre o movimento sindical sob a égide do toyotismo afirma que:

O que é exigido é um tipo de sindicalismo de empresa, com política de atuação restrita e setorial; um sindicalismo que preserve um controle sócio-burocrático sobre os trabalhadores, exercendo o papel de regulador das expectativas capitalistas e das demandas corporativas dos trabalhadores. Mas exige, antes de tudo, um sindicalismo pró-ativo (e propositivo) diante das novas estratégias do capital na produção.

Alves (2001) afirma ainda que a lógica fracionária do toyotismo na produção exige o fracionamento da classe trabalhadora, principalmente da consciência. Assim, numa postura de baixar a cabeça ao capital, muitas entidades sindicais passam a desenvolver políticas focalizadas que a autora chama de “arranjos neocorporativos”. É esta caracterização que a mesma autora faz sobre a Central Única dos Trabalhadores (CUT):

São tais novos ‘arranjos corporativos’ que deram o lastro político-ideológico para o sindicalismo neocorporativo de participação que passou a predominar a CUT [...]. Diante de um cenário de crise capitalista, de ofensiva do capital na produção (e na política), o sindicalismo neocorporativo, baseado na lógica corporativa setorial, com sua ideologia (e prática) da ‘concertação social’ restrita e dos fóruns tripartites setoriais, tende a ser expressão de uma ideologia política estruturada, através do staff administrativo de partidos ou sindicatos, tende a promover uma rendição subjetiva da classe à lógica do capital, sendo um dos componentes da crise do sindicalismo no Brasil.

A CUT, maior central da América Latina, ao desenvolver uma política de colaboração, imprime em todo o movimento sindical uma rendição dos trabalhadores, enfraquecendo a consciência, inclusive de categorias que têm sindicatos com uma concepção classista. No entanto, seguindo a lógica dialética, inicia-se no Brasil hoje um processo mais ostensivo que aponta para o rompimento do sindicalismo de colaboração instituído no interior da CUT. Este processo de mudança já é visualizado quando da luta dos servidores públicos contra a Reforma da Previdência do governo do Presidente Luiz Inácio Lula da Silva. Toda a organização do movimento, incluindo a greve, foi feita sem a direção nacional da CUT.

A divergência que marcou o 8º Congresso Nacional da CUT (CONCUT) deu-se pelo fato de que, enquanto a direção da Central queria fazer emendas ao projeto de Emenda

Constitucional (PEC) n. ° 40 da Reforma da Previdência, os servidores públicos, representados pelos seus sindicatos, propunham o rechaço completo da PEC por entenderem que ela, na sua essência, trazia o germe da privatização. Os caminhos divergentes apontam para um possível rearranjo nas forças políticas no interior do movimento sindical, a exemplo do que se deu nos anos 80 entre o “sindicalismo de resultados”^{*} e o Novo Sindicalismo de caráter classista do qual nasceu a CUT (ANTUNES, 1994).

A retomada de um movimento que evidencie as diferenças de classe e explicita as conseqüências nefastas do modo de produção capitalista para os trabalhadores e para a humanidade, é um elemento fundamental para mudar a correlação de força entre trabalho e capital. Daí dizer que a luta dos trabalhadores não passa apenas pela imediatização das questões financeiras, mas envolve uma discussão sobre um outro tipo de sociedade em que o trabalho não seja uma fonte de exploração e opressão para os trabalhadores, e sim, que seja uma atividade intrínseca a ele por ser um espaço de exercício da sua liberdade.

Neste sentido, refazer o caminho para os trabalhadores da enfermagem passa pela construção da consciência de si e da classe que ocupa a partir do seu cotidiano, para então fazer uma ponte com as questões maiores que ligam o local ao geral, isto é, as questões específicas da vida cotidiana à estrutura econômica, política e social que define e rege a vida de todos. Esta não pode ser uma postura apenas de uma categoria, mas depende de mudanças no interior de toda classe trabalhadora. Assim, os sindicatos, partidos políticos ou outros instrumentos de mediação tem o papel fundamental de alavancar possíveis mudanças na realidade social vivida. Portanto, está posto para os trabalhadores esse desafio de fazer leituras atualizadas das conjunturas/estruturas da sociedade na qual encontra-se inserido e de encampar saídas coletivas em todas suas dimensões, na busca de seus direitos e da construção de uma nova sociedade.

* Grifo do autor.

2 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando que este estudo buscou compreender a relação entre o aumento da jornada de trabalho e a sua repercussão na vida cotidiana dos trabalhadores da enfermagem, destacou-se alguns aspectos mais relevantes no percurso da pesquisa. O aumento da jornada de trabalho foi vista enquanto saídas particulares adotadas pelos trabalhadores na tentativa de superação da perda do valor real dos salários face à política de ajuste fiscal.

Apesar da carga horária contratual dos servidores ser de 40 horas, o valor dos salários pagos por esta jornada de trabalho não vem sendo suficiente para a manutenção destes trabalhadores e suas famílias. A vinculação à escala de trabalho extra vem se configurando como uma das saídas adotadas pelos trabalhadores da enfermagem. A hora extra passou a ser um instrumento permanente na relação de trabalho e significando para o hospital estudado um meio de fazê-lo funcionar, uma vez que há deficiência de pessoal. Essa situação é correlata ao setor industrial onde a hora extra é um dos instrumentos de fomentação da produção sem o aumento do custo da força de trabalho, sendo a hora extra um dos pilares sobre o qual se apóia a reestruturação produtiva (ANTUNES, 2000).

Outras formas encontradas pelos trabalhadores da enfermagem para o aumento da remuneração são a sublocação de postos de trabalho e a substituição de colegas nas escalas de plantão. A sublocação se mostrou como uma deformação no interior do serviço público trazendo conseqüências do ponto de vista da ética com a coisa pública entre os trabalhadores e destes com os usuários.

O multiemprego apareceu como a forma menos utilizada na busca de aumento dos rendimentos, sobretudo para as enfermeiras. A precarização das relações de trabalho no setor saúde por meio de contratos sem vínculo efetivo da flexibilização de direitos trabalhistas e de

terceirização foi constatado por Pires (2001), Medeiros (2000), entre outros autores. Somando-se a esta constatação identificou-se que no RN está em curso um processo de precarização das relações de trabalho de servidores públicos, por dentro do Estado. Ao ter duas jornadas de trabalho o servidor público passa a ter também duas identidades: o funcionário efetivo com direitos trabalhistas definidos em lei e o trabalhador com uma relação de trabalho precária.

Além desta constatação, a adoção da escala extra pelo governo estadual vem contribuindo para a estagnação do emprego no setor público de saúde, na medida em que faz com que os funcionários do seu quadro assumam postos que poderiam estar ofertados no mercado de trabalho.

Apesar da criação de postos de trabalho no setor saúde por meio das políticas públicas e do incremento da tecnologia observadas por Pires (2001), no presente estudo fica claro que o mercado de trabalho pode ser impossibilitado de abrir novos postos de trabalho, pela adoção de políticas que priorizem a hora extra como forma de redução de custos com a forças de trabalho.

Sob o aspecto da vida cotidiana, ficou evidenciada a repercussão do aumento da jornada de trabalho no desenvolvimento das atividades profissionais; nas relações familiares e na vida particular dos trabalhadores da enfermagem em virtude da redução do tempo livre.

Em se tratando da força de trabalho feminino, foi verificado que a ampliação do tempo de trabalho não significa a desresponsabilização da mulher frente ao trabalho doméstico. Ao contrário, há a utilização do restrito tempo livre para a realização das tarefas domésticas.

A situação dos trabalhadores da enfermagem evidenciada neste estudo está intimamente relacionada com a reestruturação produtiva que imprimiu a flexibilização das relações de trabalho e pelo neoliberalismo que por meio do ajuste fiscal vem restringindo o investimento em saúde e limitando o gasto com os servidores públicos.

A reestruturação produtiva, assim como o neoliberalismo, colocou a classe numa posição que Laurell (2002) chamou de avanço em direção ao passado. A perda de direitos, a utilização da força de trabalho e também infantil para intensificação da produção a baixo custo; o aumento da jornada de trabalho por meio de horas extras; a intensificação do ritmo de trabalho aumentando o tempo de trabalho opressivo; o desemprego estrutural (ANTUNES, 2000); entre outros, submete os trabalhadores, em alguns aspectos, às condições de vida da período da Revolução Industrial quando não havia nenhum ou pouca regulação do trabalho sobre o capital.

Em um movimento dialético, a profunda exploração do trabalho pelo capital fez com que a classe trabalhadora se fortalecesse, questionando as entranhas do modo de produção capitalista e fazendo com que vários direitos viessem a minimizar os efeitos da exploração sobre ela. No entanto, estes limites colocados estão sendo minados de forma paulatina com a ofensiva do capital após os sinais de recuperação da crise dos anos 70, tendo forte impacto sobre os mecanismos de organização como os sindicatos e partidos da classe trabalhadora (ANTUNES, 2000, 2001).

[...] estão tomando de nós, tirando de nós conquistas que são históricos, de muitos anos, de muitas décadas. Centenas de trabalhadores morreram, deram seu sangue, sua vida pra que hoje tivéssemos trinta dias de férias [...] um terço de férias [...] licença-maternidade, pra que você tivesse o plantão noturno com direito à folga e repouso. Então tudo isso foram lutas que muitas pessoas tiveram, só que estão sendo tiradas de nós [...] (R2).

Hoje, com as perdas impostas pelo capital, a classe trabalhadora está diante do desafio de retomar a luta contra as formas de sociabilização do capital (ANTUNES, 2000, 2001), e faz-se necessário voltar a questionar as suas entranhas por meio do fortalecimento da consciência de classe, elemento imprescindível para mudança da sociedade.

Dessa forma, a discussão abordada por Antunes (2001) sobre os sentidos do trabalho, é relevante a afirmação de que para que o capital se reproduzisse foram geradas profundas transformações na sociedade, desde relações de gênero, passando pela produção de bens e objetos

de consumo até as manifestações subjetivas como a arte. Toda a sociedade move-se em função da reprodução do capital, inclusive criando valores subjetivos que definem as relações e o comportamento humano.

Mediante essa constatação, Antunes (2001) identifica dois desafios para a humanidade: o primeiro é a recuperação da sociedade no sentido de retornar à lógica do “atendimento das necessidades humanas básicas”. O segundo desafio é a conversão do trabalho em atividade livre baseada no tempo disponível e não no tempo excedente para a geração da mais valia.

Medeiros (2000) em consonância com o pensamento de Antunes afirma que só a partir da *re-inversão* da submissão do trabalho ao capital é que se cria a possibilidade para a manifestação de uma *subjetividade autêntica e por isso cheia de vida* *.

Essa re-inversão deve ser orientada pela produção do trabalho que se questiona em relação ao quanto no que se refere à jornada e em relação ao seu significado, indagando-se sobre para que e para quem serve este trabalho, produzindo, portanto, dentro e fora do trabalho, o sentido que se tornaria a extensão fora do trabalho.

Só com transformação da lógica societal passando da reprodução do capital para a reprodução da vida, é que o trabalho tornará a ser uma atividade fundante do homem, sendo fonte de realização e dando sentido à vida na sua particularidade e coletividade.

* Grifo da autora.

REFERÊNCIAS

ALVES, Dealvair de Brito. **Trabalho, educação e conhecimento**: uma contribuição aos estudos sobre a força de trabalho feminina. São Cristóvão: UFX, 2000.

ALVES, Giovanni. Toyotismo e neocorporativismo no sindicalismo do século XXI. **Outubro**, São Paulo, n.5, 47-58, 2001.

ANTUNES, Ricardo. **O que é sindicalismo**. 19 ed. São Paulo: Brasiliense, 1994.

_____. **Adeus ao trabalho**: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

_____. **Os sentidos do trabalho**: ensaios sobre a afirmação e a negação do trabalho. 4 ed. São Paulo: Boitempo, 2001.

AVERDAÑO, Cecília; GRAU, Patrícia; YUS, Pamela. Riscos para a saúde das enfermeiras do setor público no Chile. In OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de; SCAVONE, Lucila (orgs.). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997.

BIANCO, Maria Helena Bargato. **Construção da autonomia do enfermeiro no cotidiano**: um estudo etnográfico sob o referencial teórico de Agnes Heller. Bauru: EDUSC, 2000.

BOTTOMORE, Tom. **Dicionário do pensamento marxista**. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1983.

BRAGA, Ruy. Globalização ou neocolonialismo: o FMI e a armadilha do ajuste. **Outubro**, São Paulo, n.4, 55-69, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde/Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e diretrizes para a NOB/RH-SUS**: versão preliminar. Série Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Regime Jurídico Único dos Servidores e das Autarquias e Fundações Públicas Estaduais: Lei Complementar nº 122, de 30 de junho de 1994/Manoel Digézio da Costa. 6 ed. Natal: EFETRÊS-D, 2001.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. 12 ed. São Paulo: Ática, 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Relatório Final**: Brasília, 1986.

DEJOURS, Cristophe. **A banalização da injustiça social**. 4 ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001.

DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. **A situação do trabalho no Brasil**. São Paulo: DIEESE, 2001.

GIANNASI, Fernanda. A precarização do trabalho da mulher e seus impactos sobre a saúde. In OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de; SCAVONE, Lucila (org.). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997.

HELLER, Agnes. **Sociología de la vida cotidiana**. 3ed. Barcelona: Ediciones Península, 1991.
_____. **O cotidiano e a história**. 4 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra S/A, 1992.

HIRATA, Helena. **Flexibilidade, trabalho e gênero**. CEM, Santiago 24-25-26 de novembro, 1999.

_____. **Nova divisão sexual do trabalho?: um olhar voltado para a empresa e a sociedade**. São Paulo: Boitempo, 2002.

LAURELL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

MARX, Karl. **O capital: crítica da economia política**. vol.1/1. 8 ed. São Paulo: Difel, 1982.

MEDEIROS, Soraya Maria. **As novas formas de organização do trabalho na terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde: estudo em Natal/RN**. 215 f. Tese (Doutorado em 2000) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

MELLO, Cláudio José de Almeida. **O problema hermenêutico em verdade e método**. Unoper Cient., Ciência Hum. Educ., Londrina, v. 1, n. 51-59, junho, 2000. Disponível em www.google.com.br.

MENDES-GONÇALVES, Ricardo Bruno. **Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades**. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde, 1992, Cadernos Cefor, n.1.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. e ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 1992.

_____; FERREIRA, Suely (Org.). **Caminhos do pensamento: epistemologia e método**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

PICAGULA, Izabel F. **Saúde e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1982.

PIERANTONI, Célia Regina. As reformas do Estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.6 n.2. São Paulo, 2001. Disponível em www.saude.gov.br. Acesso em: 05 agosto 2002.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

_____. **Transformações no mundo do trabalho e a enfermagem:** transformações e oportunidades no mercado de trabalho. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., 2001, Curitiba/PR. Anais, São Paulo: NovoDisc, 2001. 1 CD- Room.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social:** métodos e técnicas. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

SANTOS, Boaventura de Sousa. **Pela mão de Alice:** o social e o político na pós-modernidade. 9ed.. São Paulo: Cortez, 2003.

SARTI, Cynthia Andersen. Os filhos dos trabalhadores: quem cuida das crianças? In OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de; SCAVONE, Lucila (org.). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997.

SCHIMER, Janine. Trabalho e maternidade: qual o custo para as mulheres?. In OLIVEIRA, Eleonora Menicucci de; SCAVONE, Lucila (org.). **Trabalho, saúde e gênero na era da globalização**. Goiânia: AB, 1997.

TOLEDO, Enrique de la Garza. Neoliberalismo e Estado. In LAUREEL, Asa Cristina (Org.). **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. 3 ed. São Paulo: Cortez, 2002.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1990.

VAKALOULIS, Michel. Acumulação flexível e regulação do capitalismo. **Outubro**, São Paulo, n.4, 45-53, 2000.

VASCONCELOS, Cipriano Maia. **Atores e interesses na implementação da reforma sanitária no Rio G. do Norte**. 1997. Dissertação (Mestrado em 1997) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 1997.

VAZ, Marta Regina Souza Ramos. Trabalho em Saúde: expressão viva da vida social. In LEOPARDI, Maria Tereza (Org.). **Processo de trabalho em saúde:** organização e subjetividade. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

VERAS, Verônica Simone Dutra; MEDEIROS, Soraya Maria; GERMANO, Raimunda Medeiros. **O projeto de saúde da família (PSF) e a reestruturação do trabalho em saúde:** o caso de Natal. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 54, 2002, Fortaleza: Anais do 54° CBEN.

_____; _____. **Sinais da reestruturação do trabalho em saúde:** o caso do serviço médico de urgência –SAMU– de Natal/RN. In SEMINÁRIO INTERNACIONAL SOBRE TRABALHO EM ENFERMAGEM, 1., 2003, Florianópolis. Anais Florianópolis: Livro de Temas, 2003. 1 CD ROOM.

ANEXOS

ANEXO 1**QUADRO DE IDENTIFICAÇÃO DOS ENTREVISTADOS**

GRUPO	CODIFICAÇÃO	DATA DAS ENTREVISTAS
AUXILIARES E TÉCNICOS DE ENFERMAGEM	T1	25/05/03
	A2	26/05/03
	T3	27/05/03
	T4	28/05/03
	T5	28/05/03
	A6	28/05//03
	A7	09/06/03
	A8	30/06/03
	A9	30/06/03
	T10	30/06/03
	A11	09/07/03
	T12	12/07/03
	T13	17/07/03
	T14	17/07/03
	T15	19/07/03
	A16	21/07/03
	T17	21/07/03
	T18	21/07/03
	A19	22/07/03

ENFERMEIROS	E1	09/06/03
	E2	09/06/03
	E3	09/07/03
	E4	12/07/03
	E5	12/07/03
	E6	14/07/03
	E7	15/07/03
	E8	19/07/03
	E9	19/07/03
	E10	27/07/03
GESTORES	G1	23/07/03
	G2	11/08/03
	G3	18/08/03
	G4	20/08/03
REPRESENTANTES DE ENTIDADE DE CLASSE	R1	30/08/03
	R2	30/08/03

ANEXO 3

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROJETO DE PESQUISA “AUMENTO DA JORNADA DE TRABALHO: QUAL A
REPERCUSSÃO NA VIDA DOS TRABALHADORES DA ENFERMAGEM?”

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Informante nº () Iniciais do informante: ()

Data de Nascimento: ____/____/____

a) Objetivo e justificativa da pesquisa:

Obrigado(a) pela sua participação como voluntário(a) em nossa pesquisa. O objetivo é estudar as repercussões do aumento da jornada de trabalho na vida dos trabalhadores da enfermagem de um serviço público de saúde. Com isto serão obtidas informações capazes de nos auxiliar a produzir novos conhecimentos para contribuir com a reflexão dos trabalhadores em saúde, das instituições e entidades de classe sobre o mundo do trabalho em saúde na atualidade.

b) Riscos possíveis e benefícios esperados:

Não identificamos riscos nesta pesquisa uma vez que limita-se a obter dados qualitativos a partir da fala dos entrevistados. Os benefícios que esta pesquisa pode trazer é a contribuição para reflexão dos trabalhadores, instituição e entidades de classe sobre as repercussões do aumento da jornada.

c) Procedimentos:

Inicialmente será feita uma entrevista gravada, se você permitir, onde você responderá a algumas perguntas sobre o seu trabalho. As perguntas lhe serão entregues previamente para que tenha conhecimento do seu teor. Será também utilizado um diário de campo para registrar eventuais observações.

Ressarcimento: se tiver algum gasto financeiro pelo seu deslocamento, será devidamente ressarcido.

Não há previsão de ressarcimento financeiro para outras despesas pessoais.

d) Acesso às informações:

A entrevista será previamente marcada e combinada com você, que escolherá a melhor data e hora para sua realização. Você também poderá desistir da pesquisa em qualquer momento, mesmo que você tenha assinado este termo de consentimento.

As informações obtidas de cada participante são confidenciais e somente serão usadas com o propósito científico, sem divulgar o nome do participante. Para garantir a confidencialidade, cada entrevistado terá um código de identificação de acordo com a ordem cronológica das entrevistas, por exemplo: informante I1, I2, I3. As informações dos dados brutos e de um caderno-síntese para a consolidação das respostas sistematizadas ficarão guardados sob a minha responsabilidade por um período de 5 anos. A pesquisadora, os demais profissionais envolvidos nesse estudo e o Comitê de Ética e Atividades Reguladoras terão acesso aos arquivos dos participantes para verificação de dados sem, contudo, violar a confidencialidade necessária.

e) Tratamento dos dados

Após a conclusão da pesquisa será feito um relatório de acesso público; haverá uma apresentação do relatório para uma banca de professores na UFRN; e uma apresentação pública no hospital pesquisado, no sentido de retornar as informações obtidas e o resultado final da pesquisa.

f) Termo de consentimento:

Declaro que, após ter lido e compreendido as informações contidas neste formulário, concordo em participar desse estudo. E através deste instrumento e da melhor forma de direito, autorizo a mestranda de Ciências da Saúde da UFRN/Natal, Verônica Simone Dutra Veras,

brasileira, Enfermeira, portadora da carteira de identidade SSP/PB 936.002 e COREn 46040, a utilizar as informações obtidas sobre minha pessoa através do que for falado, escrito e visto, com a finalidade de desenvolver trabalho de cunho científico na área da Enfermagem.

Autorizo também a publicação do referido trabalho de forma escrita, podendo utilizar os depoimentos dados por mim. Concedo também o direito de retenção e uso para quaisquer fins de ensino e divulgação em jornais e/ou revistas científicas do país e do estrangeiro, desde que mantido o sigilo sobre minha identidade, podendo usar pseudônimos.

Declaro ter ciência que tal trabalho será desenvolvido através da realização de observação, entrevista e diário de campo.

Natal, _____

De acordo,

Endereço: _____

CI: _____

CPF: _____

ANEXO 4

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA 1

Nº DO QUESTIONÁRIO: _____

CATEGORIA PROFISSIONAL: _____

FUNÇÃO: _____

IDADE: _____ SEXO: _____

GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

- 1- Quantas horas de trabalho semanal? E mensal?
- 2- Quais os seus vínculos trabalhistas?
- 3- Você tem escala extra de trabalho?
- 4- Quais os direitos trabalhistas no vínculo de trabalho e/ou na escala extra?
- 5- Quais os motivos que a (o) levaram a procurar outras formas de emprego e/ou escalas extras de trabalho?
- 6- Você poderia descrever o seu cotidiano?
- 7- Qual é o seu tempo livre?
- 8- Sua jornada de trabalho tem influência sobre sua vida profissional e pessoal? Por quê?
- 9- E na sua saúde, a jornada de trabalho tem alguma influência?
- 10- Você participou de algum curso de atualização profissional ultimamente?
- 11- Como você avalia a situação dos servidores públicos de saúde nos últimos 10 anos?
- 12- Como você avalia a situação dos serviços públicos de saúde?
- 13- Você visualiza saídas para os servidores e para o setor de saúde?

ANEXO 5

INSTRUMENTO DE ENTREVISTA 2

Nº DO QUESTIONÁRIO: _____
CATEGORIA PROFISSIONAL: _____
FUNÇÃO: _____
IDADE: _____ SEXO: _____
GRAU DE INSTRUÇÃO: _____

- 1- Como você vê a ocorrência do multiemprego e de escalas extras entre os trabalhadores da enfermagem? E da escala extra?
- 2- Alguns entrevistados referiram-se a existência de sublocação de postos de trabalho, como você avalia esta situação no hospital?
- 3- A que você atribui a ocorrência do multiemprego, escala extra e sublocação?
- 4- Você identifica diferença no desempenho dos profissionais que têm multiemprego e/ou escalas extras para os que não têm? Como?
- 5- Para você o que são direitos trabalhistas e como você avalia estes direitos em relação aos servidores na atualidade?
- 6- Como você vê a atual política de recursos humanos no serviço público de saúde?
- 7- Como você avalia a situação dos servidores públicos de saúde nos últimos 10 anos?
- 8- Como você avalia a situação dos serviços públicos de saúde?
- 9- Você visualiza saídas para os servidores e para o setor de saúde?

