

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

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

CONTROLE E EXPLORAÇÃO:  
A PRODUÇÃO CAPITALISTA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR

LIS ANDRÉA PEREIRA SOBOLL

CURITIBA

2003

LIS ANDRÉA PEREIRA SOBOLL

**CONTROLE E EXPLORAÇÃO:  
A PRODUÇÃO CAPITALISTA EM UMA UNIDADE HOSPITALAR**

Dissertação apresentada como requisito parcial para à obtenção do grau de Mestre. Curso de Mestrado em Administração do Setor de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal do Paraná.  
Orientador: Prof. Dr. José Henrique de Faria

CURITIBA  
2003

## AGRADECIMENTOS

*“Ninguém é dono único de um texto. O texto escrito não pertence apenas àquele que o constrói; pertence também ao espaço e ao tempo vivenciado pelo sujeito, e tem como co-autores todos aqueles que participaram de sua história de vida.”*

*Artur Roman*

Agradeço a todos aqueles que participaram e participam da minha história de vida e que contribuíram em algum aspecto para a realização deste trabalho.

Aos profissionais de enfermagem, personagens desta história, que se dispuseram e assumiram os riscos de compartilhar suas experiências.

Ao que acreditou na minha capacidade e investiu paciência, tempo e afeto e, que ao explicitar e se posicionar em relação ao que fica o tempo todo escondido no mundo do trabalho, da sociedade e da academia, ensinou-me muito mais do que simples conhecimentos científicos, ensinou-me a olhar para o que estava o tempo todo ali e eu não via: ao Prof. Dr. José Henrique de Faria

Ao ser humano que com todo cuidado, afeto e competência - que lhes são próprios - ajudou-me a encontrar o meu próprio caminho e me ensinou a não ter da vida e nem medo de ousar: à psicóloga Daniela Zanuncinni.

Aos que me deram exemplo, amor, estímulo, oportunidade e me fizeram ir além do que poderia imaginar: à minha família original, meus pais - Márcio e Nezi - e aos meus irmãos - Graciele e Marcelo.

Ao meu sempre companheiro que me faz ser uma pessoa melhor e acredita no meu sucesso mais do que eu mesma, àquele que disse: *“Agora entendo por que as pessoas dedicam a dissertação ao namorado, ao esposo ...”*: Obrigada Danyel !

Àquele que deu-me a vida e a capacidade de pensar.

## SUMÁRIO

<b>LISTA DE ANEXO .....</b>	<b>07</b>
<b>LISTA DE TABELAS E QUADROS.....</b>	<b>07</b>
<b>LISTAS DE SIGLAS .....</b>	<b>08</b>
<b>RESUMO .....</b>	<b>09</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>10</b>
<b>APRESENTAÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
<b>1. O CONTROLE E A EXPLORAÇÃO NA PRODUÇÃO CAPITALISTA .....</b>	<b>18</b>
1.1. O sistema de produção capitalista: da produção ao capital .....	18
1.2. O sistema de dominação capitalista: da produção ao controle e à exploração .....	20
1.3. O controle social no contexto da organização .....	21
1.4. Os mecanismos de controle social no trabalho .....	23
<b>2. A HISTÓRIA DO HOSPITAL, DA MEDICINA E DA ENFERMAGEM .....</b>	<b>28</b>
2.1. O hospital, a medicina e a enfermagem pré-capitalista .....	28
2.2. O surgimento da medicina moderna .....	31
2.3. O surgimento da enfermagem moderna .....	33
2.4. O surgimento da organização hospitalar moderna .....	34
2.5. Considerações finais sobre o contexto histórico .....	36

<b>3. O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E O SISTEMA DE PRODUÇÃO HOSPITALAR .....</b>	<b>38</b>
3.1. O hospital nas garras do capitalismo .....	38
3.1.1. Hospital: a oficina de reparos da força de trabalho .....	38
3.1.2. Hospital: o consumidor dos insumos médico-hospitalares .....	39
3.1.3. Hospital: uma empresa de produção capitalista .....	40
3.2. O mercado hospitalar brasileiro .....	43
3.3. O trabalho de enfermagem nos hospitais .....	46
3.3.1. A divisão do trabalho de enfermagem .....	46
3.3.2. A natureza do trabalho de enfermagem .....	48
3.3.3. O (des)prestígio do trabalho de enfermagem .....	50
3.3.4. A hierarquia hospitalar e os profissionais de enfermagem .....	51
3.3.5. Os turnos e o ritmo do trabalho de enfermagem .....	51
3.3.6. As condições atuais de trabalho e a saúde dos profissionais de enfermagem .....	52
3.4. O papel dos trabalhadores de enfermagem na produção hospitalar brasileira: conclusão do capítulo .....	54
<b>4. O HOSPITAL TIO PATINHAS: CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO ESTUDADA .....</b>	<b>56</b>
4.1. Histórico da organização em estudo .....	56
4.2. O Hospital “Tio Patinhas” hoje .....	58
4.3. Esclarecimento sobre a forma de apresentação dos dados .....	60
<b>5. O CONTROLE FÍSICO COMO INSTRUMENTO DE EXPLORAÇÃO .....</b>	<b>62</b>
5.1. A divisão social e técnica do trabalho: a origem da exploração capitalista e seus desdobramentos .....	62
5.1.1. A divisão social do trabalho: o núcleo da exploração .....	63
5.1.2. A divisão técnica do trabalho: a ampliação da dominação .....	68
5.2. Controle do desempenho e pela vigilância .....	75
5.3. As tecnologias físicas .....	77
5.4 O controle físico e a exploração: conclusão do capítulo.....	82

<b>6. O CONTROLE BUROCRÁTICO E A OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE EXPLORAÇÃO DO TRABALHADOR .....</b>	<b>85</b>
6.1. A hierarquia: disseminação do controle .....	86
6.2. A organização do processo de trabalho .....	89
6.3. Regras e normas reguladoras da conduta .....	92
6.4. O controle burocrático e a exploração do trabalhador: conclusão do capítulo .....	95
<b>7. O CONTROLE POLÍTICO-IDEOLÓGICO E A LEGITIMIDADE DA EXPLORAÇÃO.....</b>	<b>97</b>
7.1. A face sutil do controle político-ideológico: os modelos de gestão participativa e fundados na ideologia do sucesso e da competição econômica .....	98
7.2. A face repressiva do controle político-ideológico: os modelos de gestão autoritária e repressiva .....	100
7.3. As políticas de recursos humanos como instrumentos de controle político-ideológico .....	101
7.4. As configurações do controle político-ideológico no HTP e as estratégias de exploração do trabalhador .....	102
7.4.1. A estrutura de gestão do HTP .....	102
7.4.2. As políticas e práticas de RH .....	108
7.4.2.1. O processo de seleção: a escolha dos excluídos .....	108
7.4.2.3. A definição de cargos .....	112
7.5. O controle político-ideológico e a exploração do trabalhador: conclusão do capítulo .....	117
<b>8. O CONTROLE SIMBÓLICO-IMAGINÁRIO E A EXPLORAÇÃO CAPITALISTA</b>	<b>120</b>
8.1. O controle e a exploração por meio do sistema de valores .....	121
8.1.1. O dinheiro e as condições de vida dos trabalhadores como instrumentos do controle e da exploração capitalistas .....	121
8.1.2. A exploração da ideologia do cuidado para o aumento da produtividade capitalista .....	132
8.2. O controle por meio do sistema disciplinar .....	136
8.3. O controle social por meio da linguagem: a sustentação da rede de exploração ...	142
8.4. O controle simbólico-imaginário e a exploração do trabalhador: conclusão do capítulo .....	146

<b>9. O CONTROLE E A EXPLORAÇÃO PELOS VÍNCULOS .....</b>	<b>149</b>
9.1. Os sentimentos de pertença, de aceitação e de segurança .....	151
9.1.1. O reconhecimento .....	151
9.1.2. A fidelidade ao primeiro emprego .....	154
9.1.3. As relações informais de amizade.....	156
9.2.4. Vínculos familiares: belos, perigosos e “sujos” .....	159
9.2. O sentimento de rejeição, isolamento e insegurança .....	162
9.3. Vínculos alienantes: conclusão do capítulo .....	165
<b>10. O SISTEMA DE CONTROLE E A REDE DE EXPLORAÇÃO: CONSIDERAÇÕES FINAIS DE UMA HISTÓRIA SEM FIM .....</b>	<b>168</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>176</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>180</b>

## LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 – PROJETO DA PESQUISA APRESENTADO À ORGANIZAÇÃO.....	181
ANEXO 2 – PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....	181
ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO APLICADO .....	192
ANEXO 4 - ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO .....	194
ANEXO 5 - AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.....	198
ANEXO 6 – ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS .....	200

## LISTA DE QUADROS E TABELAS

Tabela 1 – Estatística descritiva das respostas do questionário .....	194
1 – Tipos de controle e de organizações: abordagem clássica .....	24
Quadro 2 – As formas de controle social: abordagem psicossociológica .....	25
Quadro 3 – As formas de controle psicossocial: abordagem da Economia Política do Poder .....	26
Quadro 4 – As estratégias de controle físico e a exploração do trabalhador .....	84
Quadro 5 – As estratégias de controle burocrático e a exploração do trabalhador ...	96
Quadro 6 – As estratégias de controle político-ideológico e a exploração do trabalhador .....	119
Quadro 7 – As estratégias de controle simbólico-imaginário e a exploração do trabalhador .....	148
Quadro 8 – As estratégias de controle por vínculo e a exploração do trabalhador ...	167
Quadro 9 – Caracterização da população foco de estudo .....	184
Quadro 10 – Técnicas de coleta de dados utilizadas na pesquisa .....	186
Quadro 11 – O perfil dos respondentes do questionário e o perfil da população .....	190



## **LISTA DE SIGLAS**

COFEN – Conselho Federal de Enfermagem

DP – Departamento de Pessoal

EF 00 – entrevista formal número 00

EI 00 – entrevista informal e/ou observação número 00

HTP – Hospital Tio Patinhas

P 00 – pergunta do questionário número 00

RH – Recursos Humanos

SPSS – *Student Version for Windows*

SUS – Sistema Único de Saúde

UTI – Unidade de Terapia Intensiva

## RESUMO

A relação entre as formas de controle psicossocial presente nas relações e nos processos de produção e a rede de exploração do trabalhador constitui o foco desta pesquisa. Para explorar tal relação desenvolveu-se um estudo de caso único, de corte transversal e de natureza exploratória, em um hospital privado de grande porte, tendo como população alvo os profissionais de enfermagem.

Adotaram-se como referência cinco categorias de controle psicossocial: controle físico, controle burocrático, controle político-ideológico, controle simbólico-imaginário e controle por vínculo. A análise dos dados, coletados por meio de instrumentos quantitativos e qualitativos, evidenciou a relação entre as formas de controle psicossocial e a rede de exploração do trabalhador.

O sistema de controle da organização estudada estruturava-se de forma a comprometer a criatividade e a espontaneidade, a saúde física e mental, as relações familiares e os espaços de ação e reivindicação dos trabalhadores. Ao mesmo tempo, mobilizava os afetos, os interesses e as necessidades reais e subjetivas dos trabalhadores, em prol da ampliação da dominação e da produção capitalista.

A rede de exploração encontrava-se operacionalizada por meio do sistema de controle organizacional, caracterizado pela repressão, pelo autoritarismo e pela exploração da "pobreza generalizada". O consumo máximo dos trabalhadores era possível por meio do desenvolvimento da dependência (real e psicológica), do confinamento, da adesão e da doutrinação da força de trabalho. Estes elementos tinham a capacidade de alavancar a produtividade e de instaurar a submissão. A exploração dos sujeitos na sua força de trabalho não satisfazia a ganância da organização estudada, a qual consumia os trabalhadores também na sua capacidade de consumo e na sua força política.

O hospital estudado é um exemplo de como é possível a acumulação de capital por meio da exploração de pessoas, acumulação esta mascarada no discurso de ações voltadas para o bem social, para a manutenção da ordem e para superação de crises econômicas. A desumanização do atendimento, do trabalho e do trabalhador deve-se à submissão dos valores sociais aos valores econômicos, evidenciada na mercantilização da saúde, na corrupção dos sindicatos, na redução dos trabalhadores à mera força de produção e na inversão das relações humanas, tornando os seres humanos (pacientes e trabalhadores) o *meio* e os lucros o *fim* da produção hospitalar.

Os hospitais apresentam-se como empresas lucrativas, que se propõem a tratar da saúde humana sendo desumanos, dedicando-se a curar, mas criando doenças, produzindo riquezas, mas criando a pobreza, tudo às custas do consumo máximo dos trabalhadores e dos pacientes, que no espaço hospitalar nascem, trabalham, sobrevivem, lutam, sofrem e morrem.

## ABSTRACT

Elucidating the relation between the models of psychosocial control in relations and production processes and employee exploration network has become the main object of this research. In aiming such objective, it has been developed a unique study case, in a transversal and exploratory nature, in an big private hospital, being the target population nursing professionals.

It was adopted, as a matter of reference, five categories of psychosocial control: physical control, paperwork control, political-ideological control, imaginary-symbolic control and control by bonding. Data analysis, collected by means of quantitative and qualitative instruments, showed the relation between the models of psychosocial control and employee exploration network.

The control system of the organization studied was structured as to aniquilate the creativity and spontaneity, mental and physical health, family relations and employees action and claiming environments, mobilizing at the same time their affectiveness, interests and real and subjective needs on behalf of the enlargement of domination and capitalist production.

The exploration network was found operationalized by means of a system of organizational control, characterized by repression, authoritarianism and "generalized poverty" exploration. The maximum use of employees was provided due to dependence development (actual and psychological), confinement, adoption, and workforce doutrination. These elements were able to leverage to the productivity also instauring submission.

Individuals exploration on their workforce did not satisfy the greed of the studied organization, which was also consuming employees on its consumption capability and political force. The studied hospital is an example on how it is possible to accumulate capital exploring people, such accumulation disguised on actions discourse oriented to social welfare, order maintenance and economical crisis overcoming.

Service, labor and employee desumanization is due to the submission of social values aiming economical values, proved by health merchantability, unions corruption, reducing employees to a simple production force and the inversion of human relations, transforming human beings (patients and employees) in a means and the profits the end of hospital production.

Hospitals are considered nowadays as lucrative corporations, attending human health being inhumans, dedicating to cure by creating diseases, producing richness by increasing poverty, at the cost of maximum use of its employees and patients who, on this environment, are born, work, survive, fight, suffer and die

## APRESENTAÇÃO

*“O que é necessário explicar não é que o faminto roube ou que o explorado entre em greve, mas por que razão a maioria dos famintos não rouba e a maioria dos explorados não entra em greve.”*

*Wilhelm Reich*

A inquietude em presenciar o descaso do ser humano com o sofrimento, a dor e a morte de seu semelhante dentro de estabelecimentos hospitalares foi o primeiro passo na trajetória até esta pesquisa. Ao olhar para o paciente deparei-me com os profissionais de saúde, mais especificamente com os profissionais de enfermagem, que de uma maneira diferente mas não menos intensa, também demonstravam seu sofrimento e sua dor ao terem sua própria condição humana desconsiderada no trabalho.

Como reconhecer no paciente sua humanidade uma vez que os próprios profissionais eram reconhecidos e se reconheciam apenas como meros instrumentos de produção? Tratava-se não apenas da desumanização do atendimento hospitalar, mas também da desumanização do trabalho e do trabalhador.

Estes seres, profissionais de enfermagem, fizeram brotar perguntas intrigantes que não mais se calaram. Como estas pessoas, apesar de tudo, permanecem trabalhando em condições inadequadas, sem recompensas ou reconhecimentos significativos, sacrificando seus corpos e sua saúde? O que faz com que, mesmo assim, muitos deles se sintam realizados e felizes? O que os mantém passivos, submissos e não revoltados?

A angústia mobilizada ao perceber diariamente essas situações em diversos hospitais, públicos ou privados, de grande ou pequeno porte, evidenciaram que a resposta não estava no indivíduo ou na relação direta entre pacientes e profissionais. Eles eram apenas um dos elos da cadeia, e o elo mais vulnerável e facilmente manipulável. O caminho percorrido em busca de respostas foi da psicologia clínica do indivíduo adoecido à compreensão do funcionamento do hospital, enquanto uma organização no sistema produtivo capitalista.

A desumanização do atendimento hospitalar, a precarização do trabalho e a desumanização do trabalhador tornaram-se apenas evidências incontidas do sistema de produção, dominação e exploração presente nas “empresas” hospitalares.

As respostas às perguntas inquietantes são apresentadas no decorrer deste trabalho, sem pudor e sem censura. A eficiência desse sistema de dominação e de alienação é tamanha que não será surpresa se reprovações, críticas e retaliações se apresentarem diante das análises e das reflexões elaboradas nesta dissertação. Quem está alienado não sabe que o é, e, por vezes, torna-se defensor e reproduzidor do poder que o aliena (ENRIQUEZ, 1974:76).

## INTRODUÇÃO

As organizações hospitalares ocupam um lugar central no sistema de saúde do Brasil. Segundo a Federação Brasileira de Hospitais, em 2001, o número de hospitais no país atingiu 6.596 estabelecimentos, com capacidade para 473.481 leitos. Neste parque hospitalar, destacam-se como predominantes os hospitais privados (filantrópicos e lucrativos), os quais somam 4.178 e representam mais de 63% do total dos estabelecimentos hospitalares, com capacidade de 318.661 leitos, ou seja, mais de 67 % do total de leitos no Brasil<sup>1</sup>.

A existência de tantos estabelecimentos hospitalares não se deve à preocupação com a saúde da população, tendo em vista a desigualdade da assistência médica nas diversas regiões do país<sup>2</sup>. A finalidade real da maioria dos hospitais privados não é outra senão o lucro. Os hospitais privados com fins lucrativos declarados representam 36% do total dos estabelecimentos hospitalares, com 45% da capacidade total de leitos<sup>3</sup>. Observando este panorama, o hospital privado insere-se no contexto produtivo e econômico como uma organização capitalista.

As organizações hospitalares caracterizam-se como empresas de prestação de serviços e sua produção consiste na assistência à saúde do ser humano. Para que o hospital cumpra sua finalidade econômica, ele estabelece um mercado de compra e (re)venda de força de trabalho especializada, gerando valores excedentes (lucro) que serão apropriados pelos capitalistas (proprietários, sócios, acionistas) (MARX, 1996).

Em 1999, 1.891.552 pessoas estavam trabalhando em estabelecimentos de saúde no Brasil, dos quais 47% estavam alotados em organizações privadas<sup>4</sup>. Os trabalhadores vendem sua capacidade de trabalho por determinado período de tempo. Nas mãos do capitalista encontram-se as estratégias para que o trabalho comprado em sua capacidade seja de fato concretizado. Para este fim, utiliza-se de mecanismos que

---

<sup>1</sup> Federação Brasileira de Hospitais ([www.fbh.com.br](http://www.fbh.com.br)).

<sup>2</sup> A região Norte do Brasil conta com apenas 100.000 trabalhadores da área da saúde, enquanto a região sudeste tem 948.751 trabalhadores, os quais representam quase 50% do grupo de trabalhadores atuantes em estabelecimentos de saúde no Brasil (Anuário Estatístico de Saúde do Brasil, 2001).

<sup>3</sup> Federação Brasileira de Hospitais ([www.fbh.com.br](http://www.fbh.com.br)).

<sup>4</sup> Anuário estatístico de Saúde do Brasil, 2001.

visam controlar o processo e as relações de trabalho, garantindo que os objetivos econômicos, sociais e políticos da organização sejam cumpridos.

Este trabalho foi desenvolvido com o propósito de identificar e analisar a relação entre os mecanismos de controle social presente no processo e nas relações de trabalho e a rede de exploração do trabalhador, discutindo os paradoxos e as contradições existentes na realidade de uma organização hospitalar privada.

Para tanto, adotaram-se, como perspectiva de análise, os princípios da teoria crítica, a qual tem a finalidade de denunciar as contradições, os paradoxos e os aspectos ocultos infiltrados nos processos e nas relações de trabalho (FARIA, 2003). O objeto deste estudo, portanto, consiste nos mecanismos de controle do trabalho e nos processos de exploração do trabalhador, presentes tanto na estrutura formal como na estrutura informal da organização, contemplando não só os aspectos explícitos, mas principalmente aqueles que se encontram para além das aparências, nos aspectos ocultos do mundo do trabalho.

O tema desta pesquisa - “O controle social no trabalho e a exploração do trabalhador” - originou a pergunta sob a qual se desenvolveu este trabalho:

“De que maneira o sistema de controle social no trabalho relaciona-se com a estruturação de uma rede de exploração do trabalhador?”

Têm-se como objetivos específicos:

- a) Identificar os mecanismos de controle social, manifestos e ocultos, utilizados nas relações e no processo de trabalho numa organização hospitalar privada;
- b) Analisar como os mecanismos de controle social participam da estruturação do sistema de controle organizacional;
- c) Identificar os processos de exploração do trabalhador, utilizados pela organização em estudo;
- d) Analisar de que forma o sistema de controle relaciona-se com a rede de exploração do trabalhador, numa organização hospitalar privada.

Pesquisas que pretendem ir além da aparência dos fenômenos e que buscam desvendar as dimensões não explícitas, analisando simultaneamente a estrutura formal e informal das organizações, têm sido desenvolvidas na perspectiva da teoria crítica e da psicossociologia. Dentre estes estudos, destacam-se as produções brasileiras de Motta (2000) e Faria (2003) e os trabalhos europeus de Enriquez (2000), Pagés (1993), Dejours e colaboradores (1994), entre outros. A associação da teoria crítica com a psicossociologia possibilita verificar simultaneamente as contradições e a essência dos fenômenos sociais, dentre os quais destaca-se o controle social como foco desta pesquisa.

O controle social no trabalho não é um tema recente e tem sido investigado em pesquisas de pós-graduação (HOPFER, 2002) e publicações científicas (FARIA, 1987; MOTTA, 2000). Entretanto, por ser um conceito central nos estudos da teoria crítica e se constituir como um fenômeno social complexo e multidimensional, reeditado e sofisticado no mesmo ritmo das transformações no mundo e nas relações de trabalho (FARIA, 2003), pesquisas atuais sobre o tema tornam-se necessárias e pertinentes.

Justifica-se o estudo de uma organização hospitalar privada tendo em vista o lugar que estas ocupam no sistema de saúde brasileiro e as contradições decorrentes do confronto entre as suas finalidades social e econômica. Explorar essa realidade, em relação às formas de controle social, representa a possibilidade de desenvolver uma análise dos processos manifestos e ocultos do sistema de controle e rede de exploração numa realidade de trabalho dominada por aspectos humanos e imprevisíveis.

Este tipo de organização foi escolhido intencionalmente para a presente pesquisa por se tratar de uma empresa complexa, inserida no setor terciário de produção, totalmente dependente do trabalho humano e com grande especialização interna de setores, o que exige mecanismos diferenciados e específicos de controle sobre o trabalho.

A organização estudada será identificada no decorrer desta dissertação como Hospital “Tio Patinhas” (HTP), garantindo assim seu anonimato. A associação entre o personagem e o hospital foi uma representação utilizada por um dos participantes para simbolizar a lógica de funcionamento desta organização.



Dentre as categorias profissionais hospitalares, esta pesquisa terá como objeto de estudo apenas os trabalhadores de enfermagem, uma vez que estes mantêm maior contato com os pacientes, gerenciam o cotidiano das atividades operacionais e se constituem como o maior grupo profissional com vínculo empregatício formal nas organizações hospitalares (ROBAZZI e MARZIALE, 1999).

A contribuição desta pesquisa consiste na sistematização da relação entre os mecanismos de controle social no trabalho, nos seus aspectos manifestos e ocultos, e os processos de exploração do trabalhador. Abordar este tema é a possibilidade de denunciar, de maneira legítima e segura, aspectos que são mascarados e escondidos no cotidiano das organizações, evidenciando os processos instauradores do silêncio, da submissão e da exploração sob uma imensidão de sujeitos que falam, têm opiniões e que, no seu coletivo, constituem-se como força potencial de ação, criação, mobilização e revolução.

Ao expor os mecanismos de controle e o processo de exploração presentes nas organizações, este estudo é passível de subsidiar os trabalhadores e seus representantes em suas ações políticas e, por extensão, esclarecer à sociedade os aspectos ocultos no processo de desumanização dos serviços hospitalares e do atendimento à saúde.

Esta dissertação inicia-se com um capítulo destinado a apresentar a função do controle no processo produtivo capitalista e a sua relação com a exploração do trabalhador. As formas de controle são apresentadas no mesmo capítulo, de maneira a esclarecer o referencial adotado para o desenvolvimento desta pesquisa.

Objetivando destacar os aspectos históricos que ainda hoje se configuram como determinantes da produção hospitalar, apresenta-se, no capítulo 2, a história da medicina, da enfermagem e do hospital.

O capítulo 3 dedica-se a abordar a produção hospitalar no modo capitalista, destacando o papel dos profissionais neste contexto. Aspectos relevantes da natureza, das condições e do processo do trabalho de enfermagem nos hospitais também são abordados nessa parte da dissertação.

A história e a caracterização do hospital estudado, aqui identificado como Hospital Tio Patinhas (HTP), é apresentado no capítulo 5, juntamente com alguns breves esclarecimentos sobre o desenvolvimento da pesquisa nessa organização. Os procedimentos metodológicos são apresentados no anexo 2.

Os capítulos posteriores destinam-se a responder a pergunta originadora desta pesquisa, apresentando a relação específica entre as diferentes formas de controle social e as estratégias de exploração do trabalhador.

O capítulo 5 apresenta o mecanismo de controle físico e sua contribuição no processo de exploração do trabalhador. Seguindo os mesmos objetivos, o capítulo 6 aborda a exploração do trabalhador estruturada sob estratégias de controle burocráticas. O mecanismo de controle político-ideológico e as estratégias de legitimação da estrutura de controle e de exploração encontram-se discutidas no capítulo 7. Os aspectos simbólicos-imaginários e afetivos estruturantes de estratégias de controle e de exploração são abordados respectivamente nos capítulos 8 e 9.

A participação das diversas formas de controle na estruturação do sistema de controle organizacional e da rede de exploração do trabalhador é apresentada como conclusão deste trabalho, no capítulo 10, o qual contempla também algumas reflexões e considerações finais.

## CAPÍTULO 1

### O CONTROLE E A EXPLORAÇÃO NA PRODUÇÃO CAPITALISTA

Apesar de não ser um processo social exclusivo do sistema capitalista de produção (SATO, 2000), o controle social que permeia as relações e o processo de trabalho tem papel de extrema importância para o êxito e manutenção do capitalismo. Este capítulo dedica-se a detalhar a lógica de funcionamento do sistema de produção capitalista, abordando o caminho da produção até o capital, destacando a função do sistema de controle neste processo e sua relação com a exploração do trabalhador.

#### 1.1.O SISTEMA DE PRODUÇÃO CAPITALISTA: DA PRODUÇÃO AO CAPITAL

A finalidade de uma empresa capitalista não é outra senão o lucro e a expansão, ou seja, a acumulação de capital. A atividade produtiva aparece, portanto, como um elemento intermediário e submetido ao capital (ANTUNES, 1999), fim último e componente vital deste sistema de produção .

O sistema de produção capitalista é composto: a) pela atividade de trabalho: visa um fim e é realizada por meio da força de trabalho; b) pelo objeto do trabalho: é a matéria sobre a qual se aplica o trabalho; c) pelos meios de trabalho: são os instrumentos de trabalho (MARX, 1996: 202). A força de trabalho executa a atividade de trabalho e transforma o objeto de trabalho em produto útil, por meio dos instrumentos de trabalho.

Entretanto, a lógica produtiva capitalista não se encontra no trabalho em si, enquanto atividade de transformação da natureza em produtos úteis ao ser humano (com valor de uso). A atividade de trabalho torna-se produção capitalista, na qualidade de instrumento de reprodução e acumulação de capital, na medida em que garante ao produto final, não somente um valor de uso, mas principalmente um valor de troca. O valor de troca consiste em um valor agregado reconhecido no sistema de circulação de mercadorias, valor este que deve ser maior do que a soma necessária para adquirir os meios de produção (objetos de trabalho e meios de trabalho) e a força de trabalho, produzindo um valor excedente, que será apropriado pelo capitalista, possibilitando a acumulação de capital (MARX, 1996).

O que confere ao produto final um valor de troca com excedente é o trabalho humano. No contexto das relações capitalistas de produção o trabalho humano assume a forma de mercadoria. A capacidade de construir o resultado do trabalho no imaginário antes que ele aconteça no real possibilita que a concepção e a execução do trabalho sejam realizadas por pessoas diferentes. Desta forma, um indivíduo pode comprar e vender o seu trabalho e o trabalho dos outros por meio de um contrato, em troca de um pouco de capital (salário). (BRAVERMAN, 1987).

A venda da sua força de trabalho é a única alternativa que resta ao trabalhador para ganhar o seu sustento, uma vez que não é proprietário dos meios de produção e só pode executar seu trabalho tendo acesso a estes, acesso viabilizado pela venda da mercadoria da qual é proprietário: a sua capacidade de trabalho. Estas operações de compra e venda da força de trabalho estruturam o sistema capitalista de produção. (BRAVERMAN, 1987).

A força de trabalho enquanto mercadoria em circulação difere-se das outras, uma vez que, ao ser concretizada em seu valor de uso, é produtora de valor de troca. Diferentemente da força de trabalho, as demais mercadorias, ao serem consumidas, não produzem valor de troca; ao contrário, destroem e eliminam tanto o seu valor de troca como o valor de uso. O consumo da força de trabalho consiste em produzir, e a produção nada mais é do que criação de valor de troca. A força de trabalho, portanto, constitui-se no único produto que ao ser consumido é criador de valor de troca e, por isto, gerador de capital excedente; o único produto que em si produz mais do que seu valor e, por isso, tem a capacidade de reprodução do capital (MARX, 1983). Portanto, o trabalho humano se configura como um dos principais pilares de sustentação do sistema capitalista de produção (MARX, 1996).

A força de trabalho enquanto mercadoria tem um valor de troca pela capacidade de trabalho vivo existente no corpo do trabalhador. Para consumir esta mercadoria, o capitalista necessita dos meios de produção. Como os meios de produção e o produto do trabalho são previsíveis e de propriedade do capitalista, a exteriorização da capacidade de trabalho, ou seja, o consumo da força de trabalho torna-se o principal foco de controle do capitalista (MARX, 1996).

Diferentemente dos meios de produção, a força de trabalho não garante um resultado que possa ser previsto com rigor, uma vez que é inteligente, adaptável e capaz de criar condições para ampliar a própria produtividade, possibilitando a expansão do capital. “A classe trabalhadora é a parte animada do capital, a parte que acionará o processo que faz brotar do capital total seu aumento de valor excedente. A classe trabalhadora é, antes de tudo, matéria-prima para exploração” (BRAVERMAN, 1987:319).

Ter o controle do processo de trabalho significa ao capitalista garantir a produção, e por meio dela, a acumulação de capital. “A função social do controle da produção consiste em permitir a acumulação capitalista” (FARIA, 1987:51). Portanto, para alcançar os fins capitalistas tem-se como objetivo intermediário o domínio sobre o trabalhador.

No caminho entre a produção e o capital encontra-se o trabalho e o trabalhador, elementos intermediários, mas que nos bastidores são os pilares de sustentação deste sistema de produção, dominação, exploração e acumulação. O sistema de dominação e de exploração estabelecido pelo controle do capital sobre o trabalho será detalhado a seguir.

## 1.2. O SISTEMA DE DOMINAÇÃO CAPITALISTA: DA PRODUÇÃO AO CONTROLE E À EXPLORAÇÃO

Uma vez proprietário dos meios de produção e do direito do uso da força de trabalho, o controle do processo produtivo encontra-se nas mãos do capitalista. O controle se estabelece por meio de uma relação de poder, na qual a organização do trabalho e/ou o capitalista tem a capacidade de definir e realizar seus interesses específicos, independentemente de resistência ou da oposição do grupo dos trabalhadores sobre os quais o poder é exercido (FARIA, 2002).

As contradições entre os objetivos do sistema capitalista, da organização e dos indivíduos nem sempre são diretamente observáveis, pois são ocultadas e transformadas pela sofisticação dos mecanismos de controle, como uma estratégia para reforçar a dominação e subordinar a força produtiva aos objetivos da organização e à

lógica capitalista (PAGÉS et al, 1987), deixando-os ainda mais dóceis para a exploração do capital.

A exploração do trabalhador constitui-se como um discurso sem voz, que possibilita o aumento do consumo da força de trabalho daqueles que se submetem, dobrando os corações e os corpos, raptando a vida do indivíduo, corroendo seu caráter, consumindo-o para além das paredes da fábrica (MOTTA, 2000; SENNET, 2002).

Considerando que o controle do trabalho possibilita a instauração de um processo de exploração do trabalhador e, portanto, o aumento da produção, a lógica da dominação capitalista encontra-se exatamente no sistema de controle (FARIA, 1997). A lógica capitalista é controlar para produzir e produzir para acumular.

Sendo o trabalho humano um dos principais pilares para a manutenção do sistema capitalista, o controle sobre o trabalho torna-se, essencialmente, o instrumento de dominação e exploração do capital sobre o trabalhador, e, portanto, um dos maiores focos de interesse do capitalista no processo produtivo (BRAVERMAN, 1987). Tendo em vista a acumulação capitalista, da qual o trabalhador não tem nenhuma parte, este deve ser levado a trabalhar até o limite máximo de suas forças (FARIA, 1987).

Os mecanismos de controle utilizados nas relações e nos processo de produção não são diferentes dos mecanismos de dominação presentes na sociedade. O controle social no contexto da organização será discutido no próximo tópico.

### 1.3. O CONTROLE SOCIAL NO CONTEXTO DA ORGANIZAÇÃO

O sistema de controle sobre o trabalho reproduz os mecanismos de controle presentes na sociedade, uma vez que “as organizações são sistemas sociais artificiais, cuja função é a reprodução da sociedade de classes” (MOTTA, 1981), classes estas determinadas, não exclusivamente, mas principalmente, pela posição que se ocupa em relação ao sistema produtivo (POULANTAZAS, 1975; LAURELL e NORIEGA, 1989).

Entende-se por controle social “o conjunto de recursos materiais e simbólicos de que uma sociedade dispõe para assegurar a conformidade do

comportamento de seus membros a um conjunto de regras e princípios prescritos e sancionados” (BOUDON e BOURRICAUD, 1993:101).

A organização em si é um modo de controle social (MOTTA, 2000) tendo em vista seu papel mediador nas contradições existentes entre os trabalhadores, a empresa e o sistema social, atenuando os conflitos, absorvendo-os e os integrando a um sistema social único (PAGÉS et al., 1987).

O controle social aplicado nas organizações visa apoiar a obediência às normas, aos regulamentos e às ordens (ETZIONI, 1984) e delimita o campo de atividade de cada indivíduo, assim como suas relações sociais no trabalho (PAGÉS et al., 1987). Difundidas nas relações e no processo de trabalho, as formas de controle nas organizações visam dominar os aspectos formais e informais (ETZIONI, 1984).

Ao abordar o controle social no contexto do trabalho, deve-se considerar que as organizações não são apenas um sistema de produção ou um sistema social, mas são constituídas de vida psíquica e imaginária (MOTTA, 2000), portanto, formadas por um sistema formal e um sistema informal, por uma instância obscura e por uma instância manifesta.

As instâncias obscuras contemplam as atitudes e processos fundamentados no funcionamento psíquico, permeados de aspectos inconscientes e afetivos (FARIA, 2003), que são expressos pelo não dito, pelas relações de poder ocultas, numa instância imaginária não explícita, que possibilita o controle da subjetividade do trabalhador e se constituem como o sistema informal da organização.

As instâncias ocultas envolvidas no trabalho são também foco do controle por possuírem uma capacidade relevante de influenciar na ordem racional e formal da organização (ENRIQUEZ, 1974). O sistema informal aparece em decorrência do sistema formal, como “conseqüência da impossibilidade prática de se bitolar completamente o comportamento humano, de fazer com que os homens se portem estrita e exclusivamente de acordo com regulamentos” (MOTTA E PEREIRA, 1980:67).

A organização, nos seus aspectos formais, é constituída das instâncias manifestas do contexto organizacional, como as técnicas de gestão, a estrutura, o

processo e a organização do trabalho, os discursos e os dispositivos oficiais (FARIA, 2003). O sistema formal consiste na estrutura burocrática, nas normas e regras explícitas, nas relações hierárquicas previstas no organograma, na coordenação e na divisão das tarefas. Estes elementos são regidos por uma lógica racional, buscando previsibilidade e controle formal.

As instâncias manifestas e ocultas estão presentes tanto na estrutura formal como na informal, de maneira a constituírem-se como um sistema único de contradições e paradoxos que exercem controle sobre a racionalidade e na subjetividade de seus participantes.

Para fins deste trabalho será considerado que a dominação do capital sob o trabalho se apresenta nos mecanismos de controle estabelecidos tanto por meio da estrutura formal como por meio da estrutura informal da organização e visam o controle da racionalidade e da subjetividade do trabalhador, envolvendo, portanto, as instâncias manifestas e ocultas do mundo do trabalho. Estas instâncias operacionalizam as formas de controle social nas organizações (FARIA, 2003).

#### 1.4. OS MECANISMOS DE CONTROLE SOCIAL NO TRABALHO

Os estudos sobre controle social não se constituem como um tema recente na análise das organizações. Uma abordagem clássica do controle social no trabalho é representada por Amitai Etzioni (1984:79-81), e propõe três tipos de controle, relacionando-os com tipos de organização, conforme representado no quadro 1: a) o controle físico: visa o controle do corpo do trabalhador, baseado no poder coercitivo, por violência ou ameaça, presente em organizações coercitivas; b) o controle simbólico: objetiva controlar os aspectos subjetivos, convencendo as pessoas, utilizando símbolos de aceitação e prestígio, não envolvendo ameaça física ou recompensa material, fundado no poder normativo, normativo-social ou social<sup>5</sup>, presente em organizações normativas; e c) o controle material: tem como foco o

---

<sup>5</sup> O poder normativo é exercido por grupo dominante sobre um grupo subordinado. O poder social refere-se ao poder exercido por pares entre si. O poder normativo-social é exercido pelos dominantes sobre o grupo subordinado a pedido do mesmo. (ETZIONI, 1984).



controle da racionalidade do trabalhador, utilizando de recompensas, criando interesses para o conformismo, baseado no poder utilitário, presente em organizações utilitárias.

### QUADRO 1 - Tipos de controle e de organizações: abordagem clássica

Características	Tipo de Organização		
	Coercitiva	Normativa	Utilitária
<b>Tipo de controle</b>	Físico	Simbólico	Material
<b>Alienação</b>	Maior grau	Menor grau	Médio grau
<b>Compromisso</b>	Menor	Maior	Médio
<b>Exemplos</b>	Penitenciárias	Religiosas e hospitalares	De produção
<b>Liderança</b>	Oficial e informal	Formais, com grande controle	Oficiais, líderes formais e informais
<b>Obs:</b>	- Oficiais não tem liderança sobre os internos por isso utilizam controle físico - ex: relação entre funcionários e presos	- Dependente de qualidades pessoais - Líderes combinam poder formal com pessoal - ex: relação entre médico-paciente	- A org. controla as atividades expressivas dos funcionários, através de políticas de participação e de assistência social.
<b>Seleção</b>	Sem rigidez alguma	Variável	Muito rígida
<b>Difusão das normas</b>	Prisão – objeto de difusão das normas da sociedade	Hospital – muito difusa, controlam todas as atividades dentro da organização	Igreja – controle dentro e fora da organização

FONTE: Elaborado a partir do texto de ETZIONI (1984:77-100).

O estudo clássico realizado por Etzioni (1984) relaciona o controle no trabalho com vários outros aspectos, porém limita-se a operacionalizar o manifesto, sem contemplar as instâncias ocultas presentes nas organizações. No entanto, esta abordagem clássica contribuiu e despertou a necessidade de elaboração de novas perspectivas de interpretação e de investigação para a análise deste fenômeno social.

Dentre as abordagens atuais sobre o tema, destaca-se a proposta de Motta (2000), que, partindo das articulações de Enriquez (1996) sobre os mecanismos de controle na sociedade (mais especificamente utilizados pelo Estado), apresenta uma concepção psicossociológica (quadro 2), apontando os aspectos manifestos e ocultos do controle social reproduzido nas organizações. Os tipos de controle apresentado por Motta (2000) seguem rigidamente a estrutura proposta por Enriquez (1996), diferenciando-se, entretanto, ao focalizar o controle social no mundo organizacional e não na sociedade em geral.

**QUADRO 2 - As formas de controle social: abordagem psicossociológica**

<b>Forma de controle</b>	<b>Formas de expressão/indicadores</b>	<b>Objetivos</b>
<b>FÍSICO</b>	Opressão pela repressão e exploração	Controle do corpo; inibe questionamentos e diálogo; submissão total
<b>BUROCRÁTICO</b>	Avaliação de desempenho; vigilância; descrição rígida de cargos; protocolos e relatórios	Controle do trabalho e do rendimento, reduz espontaneidade
<b>POR RESULTADOS</b>	Competição econômica entre iguais; utilização da ideologia do sucesso; apelo à iniciativa e a criatividade	Aumento da produção por provocar ansiedade
<b>DEMOCRÁTICO OU IDEOLÓGICO</b>	Existe apenas um discurso; não há espaço para críticas; adesão ao chefe	Sacrifício da vida em prol da “causa”
<b>POR VÍNCULOS LIBIDINAIS</b>	Utilização discurso amoroso para criar fascínio ou seduzir	Alienação, total identificação ou de expressão de confiança
<b>POR SATURAÇÃO</b>	Repetição de um único texto; manipulação e difusão do discurso oficial da organização	Condicionar os indivíduos a certos valores; reprime e inibe iniciativas inovadoras; submissão e apatia
<b>POR DISSUAÇÃO</b>	Utiliza ameaças; demonstra-se a força para não precisar utilizá-la	Inibe a transgressão da regra

FONTE: Elaborado a partir de Motta (2000)

Elaborados a partir dos mecanismos utilizados pelo Estado para controle da população, os mecanismos de controle organizacionais apresentados por Motta (2000), na opinião de Faria (2003), “sugerem que toda organização é uma forma de dominação de um grupo minoritário sobre os demais grupos que a constituem”. Diante desta constatação faz-se necessário uma reformulação conceitual destes mecanismos.

Partindo desta primeira relação entre o controle social e o controle no trabalho realizado por Motta (2000), Faria (2003) propõe uma classificação fundada no esquema teórico-metodológico da Economia Política do Poder<sup>6</sup>, com base na teoria crítica (quadro 3). Tendo como referência este esquema, o controle deve ser considerado na interação entre suas instâncias manifestas e ocultas, com conteúdos objetivos e subjetivos, a partir da análise das organizações por níveis, partindo do modelo de análise organizacional de Enriquez<sup>7</sup> (1997).

<sup>6</sup> A Economia Política do Poder, proposta por Faria (2003), é uma concepção teórico-metodológica que pretende abordar os estudos das organizações “a partir da perspectiva das relações sociais de produção, do desenvolvimento das forças produtivas e das relações de poder” com o objetivo de analisar seus aspectos manifestos e ocultos.

<sup>7</sup> Enriquez (1997) propõe sete instâncias para a análise organizacional, as quais não serão abordadas aqui por não se constituírem como referências estruturais para esta pesquisa. O controle social nas diversas instâncias organizacional foi investigado por Hopfer (2002).

Faria (2003) considera que as formas de controle nas organizações articulam as instâncias individual, grupal, organizacional e social, constituindo-se assim não apenas como controle social, mas como controle psicossocial.

**QUADRO 3 – As formas de controle psicossocial: abordagem da Economia Política do Poder**

<b>Formas de Controle</b>	<b>Formas de expressão/indicadores</b>	<b>Objetivos</b>
<b>FÍSICA</b>	Concessões e impedimentos; divisão social e técnica do trabalho; vigilância; desempenho; formas de relacionamento social	Domínio do corpo do indivíduo ou do grupo social, por meio da violência; delimita espaço, tempo, movimento e natureza do trabalho
<b>NORMATIVA</b>	Normas, regulamentos não explícitos, regras, e dispositivos formais que regem a ordem organizacional	Define procedimentos burocráticos, responsabilidades e autoridades, convenções de obediência ou aceitação
<b>FINALÍSTICA OU POR RESULTADOS</b>	Estabelecimento de metas e objetivos e criação de compromissos, com sentimento de cumplicidade	Busca garantir o cumprimento da finalidade econômica e política da organização, seus resultados
<b>POLÍTICO-IDEOLÓGIA</b>	Participação na decisão, estrutura de gestão, definição de estratégias	Busca legitimidade da ação organizacional, por meio de ideologias
<b>SIMBÓLICO-IMAGINÁRIA</b>	Definição de modelos de ação e atitudes esperadas; intervenção pela ameaça; discursos conciliadores; valorização dos símbolos de sucesso e fracasso	Estabelecer adesões imaginárias e projeções inconscientes; regular competições internas; criar suposições de desempenho e de atitudes
<b>POR VÍNCULOS</b>	Construção de um projeto social comum; contratos formais ou psicológicos; respostas aos interesses e necessidades	Identificação inconsciente; estabelecimento de relações amorosas (libidinais); sentimento de pertença, transferência psíquica
<b>POR SEDUÇÃO MONOPOLISTA</b>	Discurso único e monopolizado; políticas integradoras de gestão de pessoas; atividades sociais e recreativas	Coesão (grande família), submissão, conformação, credulidade no saber dos dirigentes

FONTE: Elaborado a partir do texto de FARIA (2003)

Os mecanismos de controle são adaptados, sofisticados e especializados numa dinâmica paralela às transformações do trabalho, da organização e do sistema produtivo (FARIA, 1987:32), criando um sistema de controle dinâmico, temporal, característico e particular de cada organização.

Para fins desta pesquisa, adotou-se como referência a classificação proposta por Faria (2003), com as adaptações e ampliações que se fizeram necessárias, tendo em vista a realidade estudada. Dentre as principais reformulações destaca-se a condensação das formas de controle por resultado e normativa num único mecanismo denominado controle burocrático. O controle por sedução monopolista foi discutido em conjunto com controle político-ideológico pelo entendimento de que a sedução

monopolista caracteriza-se, na realidade estudada, como uma estratégia de controle político-ideológica, e não uma forma de controle em si.

Este trabalho apresenta os mecanismos de controle presentes no Hospital Tio Patinhas (HTP) e sua relação com a rede de exploração do trabalhador. Para tanto, os próximos capítulos abordarão os aspectos históricos (cap.2) e produtivos (cap.3) relevantes para a compreensão do controle e da exploração presentes no processo e nas relações de trabalho, na organização hospitalar estudada.

## CAPÍTULO 2

### A HISTÓRIA DO HOSPITAL, DA MEDICINA E DA ENFERMAGEM

“As formas de organização do mundo contemporâneo só podem ser compreendidas como resultado de um processo histórico, em todas as suas instâncias”.

José Henrique de Faria

A fim de investigar os mecanismos de controle presente nas relações e nos processos de produção hospitalar, mais especificamente em relação aos profissionais de enfermagem, julgou-se necessário visitar, além da história da enfermagem, a história da medicina e do hospital, tendo como referência o desenvolvimento do sistema de produção capitalista.

#### 2.1. O HOSPITAL, A MEDICINA E A ENFERMAGEM PRÉ-CAPITALISTA

Nas sociedades primitivas, a visão de saúde/doença era dominada por explicações místicas e sobrenaturais, fundamentadas em crenças e religiões. A arte de curar era restrita a alguns feiticeiros e sacerdotes (os médicos da época) que recebiam recompensas pelos seus préstimos. A medicina de então era fundamentada em conhecimentos empíricos de raízes, ervas e frutos e rituais mágicos. (SILVA, 1986; ADAM e HERZLICH, 2001).

O cuidado ao doente era realizado dentro de sua própria casa, sob a responsabilidade das mulheres (e posteriormente também dos escravos) da sua família, sem exigência de conhecimentos ou treinamentos específicos. O estereótipo da mulher como um ser dócil, aparentemente frágil e sensível, características consideradas aptidões inatas femininas, atribuía à mulher a tarefa de cuidar dos enfermos, como extensão das atividades domésticas (SILVA, 1986).

O cuidado de doentes era considerado um trabalho de posição subalterna e desprestígio, por ser realizada por mulheres (consideradas inferiores em relação aos homens) e pela semelhança com atividades domésticas e manuais, consideradas desprezíveis (SILVA, 1986; ADAM e HERZLICH, 2001).

Na Grécia, em 400 a.C., Hipócrates, considerado pai da medicina moderna, refutou as explicações sobrenaturais das enfermidades e apresentou uma nova visão de doença, fundamentada na observação cuidadosa dos fatos clínicos, explicou-a como um processo natural e não místico. A nova visão de enfermidade transformou as práticas terapêuticas e enfatizou a capacidade curativa da natureza, auxiliada por dietas, drogas e poções. A teoria de Hipócrates influenciou o desenvolvimento da medicina, até o advento da medicina moderna, no século XVII. (SILVA, 1986; ADAM e HERZLICH, 2001).

Apesar das idéias de Hipócrates, a proximidade entre medicina, magia e religião não foi eliminada totalmente, mantendo resquícios até os dias atuais (tendo em vista a figura idealizada do médico moderno). Com o advento do cristianismo as explicações sobrenaturais das doenças foram substituídas por uma visão de doença como castigo divino, visão esta que permaneceu durante toda a Idade Média (SILVA, 1986).

O cuidado aos doentes passou a ser uma atividade incentivada pela religião, reforçada pelo discurso de que aqueles que cuidavam de enfermos tinham a oportunidade de salvar suas próprias almas. Estas atividades estavam concentradas principalmente nas mãos de monjas e mulheres, que passaram a ser disciplinadas pela Igreja, influenciando o ensino e a prática de enfermagem modernos, relacionando-os com ações de caridade e amor ao próximo. (SILVA, 1986).

O avanço da medicina, entretanto, foi bloqueado pelas limitações impostas pela Igreja, restringindo o estudo da arte de curar aos textos antigos. As observações criteriosas, a cirurgia e as experimentações não eram toleradas. O exercício da medicina nesta época era de natureza caritativa e desenvolvida por pessoas pertencentes ao clero, geralmente monges. A terapêutica restringia-se à medicina interna, ou seja, à prevenção e à cura das doenças por meio de remédios caseiros e rituais, sem utilização de sangrias (derramamento de sangue). A cirurgia era uma atividade imprópria para ser desenvolvida pelos monges devido ao grande derramamento de sangue, passível de causar a morte do paciente (SILVA, 1986).

Com as limitações impostas pela Igreja, a cirurgia começou a ser desenvolvida por leigos conhecidos como barbeiros-cirurgiões. A medicina interna, que gozava de prestígio amplo, e a cirurgia, desprezada por ser uma atividade manual, seguiram caminhos diferentes até o advento da medicina moderna, no século XVIII. O saber médico (tanto dos monges como dos barbeiros-cirurgiões) era transferido de uma geração para outra, crescendo em profundidade e complexidade (SILVA, 1986).

No século XIII surgiram as primeiras universidades, possibilitando ao médico a conquista de um novo papel social, privilegiado e com título de doutor, por pertencer a uma universidade. Apesar disto, as universidades eram respaldadas nas autoridades eclesiásticas e formavam apenas médicos internistas (SILVA, 1986; ADAM e HERZLICH, 2001).

O surgimento da organização hospitalar pré-capitalista foi impulsionado pelas grandes epidemias. O médico era uma figura impotente diante das epidemias, restringindo-se a adotar medidas preventivas, basicamente de isolamento dos enfermos (SILVA, 1986). Os hospitais foram criados como locais utilizados para o isolamento dos enfermos, e não para a cura, se tornando verdadeiros morredouros, ou seja, um lugar aonde as pessoas iam para esperar a morte.

A insalubridade do trabalho nos hospitais pré-capitalistas foi assumida por civis que se dedicavam ao cuidado de pacientes e por médicos sem reconhecimento na sociedade. Os bons médicos atendiam nas casas e eram famosos por curas espetaculares (FOUCAULT, 2001). O hospital tornou-se um local de tratamento e recuperação a partir do século XVIII, com a incorporação do cientificismo da medicina (RIBEIRO, 1993).

Em paralelo ao desenvolvimento da medicina e do hospital, o cuidado dos enfermos aparece ambigualmente, desde sua origem, como uma atividade fora das trocas econômicas e sociais, apesar de ser um complemento indispensável às prestigiadas ações médicas.

Desprezada por ser uma atividade manual e vinculada a atividades domésticas, a enfermagem era desenvolvida empiricamente por mulheres, escravos e religiosos, destituída de qualquer conhecimento especializado, um trabalho desprovido de poder e

prestígio. Desta forma, a prática médica colocou-se como dominante em relação a prática de enfermagem, desde sua origem (SILVA, 1986).

Alguns elementos da medicina e da enfermagem pré-capitalistas continuam presentes atualmente. Entretanto, a medicina e o hospital moderno foram constituídos, fundamentalmente, a partir de práticas desenvolvidas com o advento do capitalismo, conforme apresentado a seguir.

## 2.2. O SURGIMENTO DA MEDICINA MODERNA

Na transição entre pré-capitalismo e capitalismo, acompanhando as mudanças políticas, econômicas e sociais européias, a medicina passou por transformações importantes. Foucault (2001), destaca o aspecto social da medicina, na medida em que esta se constitui como uma prática ligada ao movimento político-econômico. Para ele, a medicina moderna origina-se da Medicina da Força de Trabalho.

A Medicina da Força de Trabalho desenvolveu-se após a Medicina do Estado e a Medicina Urbana. A Medicina do Estado, desenvolvida na Alemanha, no começo do século XVIII, ocupava-se com os corpos como constituintes da força do Estado em conflitos econômicos e políticos. A Medicina Urbana ocupava-se das condições de vida e do meio de existência nas cidades (controle da circulação de pessoas, água, ar), para evitar epidemias e endemias (FOUCAULT, 2001).

A Medicina da Força de Trabalho – a única medicina verdadeiramente dos homens, preocupada com corpos e organismos - foi a última a ser desenvolvida. Uma vez que era a medicina dos pobres, esta encontrou espaço para desenvolver-se quando os pobres transformaram-se em ferramentas úteis no processo de produção e simultaneamente tornaram-se ameaça, política e de saúde, para a classe dominante.

Inicialmente, os pobres eram responsáveis pela manutenção da condição da existência urbana, desenvolvendo trabalhos de manutenção do espaço urbano, como entrega de cartas, limpeza, transporte de água e eliminação de dejetos. Estes serviços passaram a ser de responsabilidade de sistemas de manutenção mais estruturados,



tornando-se dispensáveis os serviços da classe trabalhadora, o que ocasionou uma série de revoltas populares, que ameaçavam a burguesia.

Diante da cólera que atingiu a classe proletária em toda Europa, em 1832, os pobres representavam ameaça aos ricos, justificando a divisão do espaço urbano entre ricos e pobres, uma vez que a ocupação do mesmo espaço urbano por ambas as classes significava um perigo político e sanitário. A assistência à saúde dos pobres, ao mesmo tempo em que era uma intervenção que ajudava aos pobres nas suas necessidades de saúde, era também uma forma pela qual a classe rica assegurava a proteção contra epidemias.

Com o desenvolvimento do capitalismo, o corpo passou a ser socializado como força de trabalho, uma mercadoria inserida numa instância bio-política, uma vez que era o instrumento mais precioso do capitalismo (FOUCAULT, 2000; MARX, 1996). Era fundamental que o corpo enquanto força de trabalho fosse medicalizado, possibilitando o prolongamento de seus dias, o que significava mais força de trabalho disponível ao capitalista. Não foi sem razões que a medicina da força de trabalho desenvolveu-se em meados do século XIX na Inglaterra, berço do capitalismo.

A medicina social inglesa possibilitou também a realização de três sistemas de saúde, superpostos e coexistentes, que privilegiava a classe dominante: a) uma medicina assistencial, destinada aos mais pobres; b) uma medicina administrativa, encarregada de problemas gerais (vacinas e epidemias); e c) uma medicina privada, que beneficiava os mais ricos.

No final do século XIX, a legislação médica completou-se com a organização de um serviço autoritário, não mais de cuidado, mas de controle médico da população. A medicina passou, então, a ser um instrumento de controle da sociedade, a serviço da classe dominante, “um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 2001:97).

A medicina moderna originou-se e seguiu o modelo, não da Medicina do Estado ou da Medicina Urbana, mas da Medicina da Força de Trabalho, articulada

com os interesses capitalistas. O surgimento da enfermagem moderna seguiu o mesmo caminho.

### 2.3. O SURGIMENTO DA ENFERMAGEM MODERNA

Com o surgimento do capitalismo, no final da década de XVIII e início da década de XIX, aconteceu um declínio no interesse pela vida monástica e uma conseqüente diminuição do número de monges e religiosos, afetando o serviço de assistência à saúde de enfermos, tornando-o não mais gratuito. O cuidado de enfermos deixou de ser uma prática caritativa e passou a exigir remuneração (miserável) para os que exerciam a atividade.

As mulheres que não serviam para a indústria eram empregadas no hospital. Geralmente eram bêbadas, imorais e analfabetas – “o grau mais ínfimo da sociedade humana” (JAMIESON, 1966). Essas características acabaram por acompanhar o estereótipo da enfermagem civil da época.

O enriquecimento progressivo dos conhecimentos da medicina, a partir do século XVI, não foi acompanhado pela área de enfermagem, a qual manteve-se fora dos domínios intelectuais até o século XIX, identificada quase que exclusivamente como serviços domésticos (SILVA, 1986).

Buscando romper com esta imagem, a prática profissional de enfermagem surgiu na Inglaterra em 1860, com Florence Nightingale, sob um esquema de disciplina rigoroso e com grande preocupação com a conduta pessoal. A seleção era rígida e boletins técnicos e morais eram utilizados mensalmente para avaliar a conduta individual de cada enfermeira. Além disso, havia uma tentativa de autonomia da enfermagem enquanto profissão ao resguardar as escolas de enfermagem da interferência direta da categoria médica, tanto financeira como educacional, centralizando a direção nas mãos de enfermeiras (SILVA, 1986).

A Escola Nightingale objetivava o preparo de pessoal para exercer os serviços usuais de enfermagem hospitalar e domiciliar (*nurses*)<sup>8</sup> e o preparo de pessoas “mais

---

<sup>8</sup> As *nurses* (hoje técnicas e auxiliares) eram destinadas para desenvolver as atividades de cuidado dos pacientes, o serviço “grosso” das enfermeiras, com baixo prestígio social.

qualificadas” para as atividades de supervisão, administração e ensino (*ladies-nurses*)<sup>9</sup> (SILVA, 1986). A divisão da categoria profissional de enfermagem em diversos cargos data desta época e permanece até os dias atuais, delimitando espaços de decisão, valor do salário e valorização do trabalho.

A divisão técnica do trabalho de enfermagem reproduz a divisão social do trabalho (SILVA, 1986), ou seja, a divisão de classes sociais, da segmentação entre aquele que é o proprietário dos meios de produção e daquele que só possui sua força de trabalho, daquele que pensa e ordena e daquele que obedece e executa.

Ao passar por um processo de profissionalização, as atividades de enfermagem tornaram-se padronizadas, segmentadas, controladas e respondem a uma lógica capitalista de produção. Estas transformações também foram impulsionadas pela disciplina imposta em decorrência do surgimento da estrutura hospitalar moderna.

#### 2.4. O SURGIMENTO DA ORGANIZAÇÃO HOSPITALAR MODERNA

A medicina até o século XVIII era independente e realizada fora do hospital. Os hospitais eram depositários de pessoas doentes abandonadas para morrer, sob o poder de religiosos. Os grandes médicos realizavam consultas privadas e adquiriam prestígio por curas espetaculares. Os médicos que atendiam nos hospitais eram geralmente sem prestígio e subordinados aos religiosos.

O hospital como instrumento terapêutico data do final do século XVIII e se caracteriza pela visita e observações sistemáticas e comparadas. Esta transformação de morredouro para instrumento terapêutico ocorreu pelos mecanismos disciplinares e pela transformação do saber médico. “A disciplina é uma técnica de exercício de poder” (FOUCAULT, 2001:105), e quando esta foi implantada nas organizações hospitalares, possibilitou que morredouros repugnantes se tornassem locais “sagrados” de cura e definição de poderes.

Segundo Foucault (2001), a disciplina nas organizações hospitalares aconteceu em relação aos pacientes e aos profissionais, no que diz respeito:

---

<sup>9</sup> As *ladies-nurses* (hoje enfermeiras com curso superior) eram destinadas para o desenvolvimento das tarefas “nobres”, valorizadas socialmente, de administração hospitalar, ensino e supervisão das *nurses* (SILVA, 1986).

- a) à divisão dos espaços: os pacientes foram distribuídos espacialmente, acabando com a aglutinação de pessoas observada até o início do século XVIII. Os corpos foram inseridos em espaços individualizados e classificatórios;
- b) ao controle sobre o resultado e sobre o desenvolvimento do trabalho: o trabalho começou a ser controlado não só nos resultados, mas durante todos os processos. Cada gesto e cada movimento eram controlados, com fins de avaliar qual era o mais eficaz, o mais rápido e o melhor ajustado. Por conta disto, a medicina moderna atual continua a responder a protocolos de procedimentos, ou seja, um padrão estabelecido de como deve ser realizado cada atendimento. Estes protocolos não são válidos universalmente, mas são próprios de cada serviço e servem de modelos para práticas específicas de saúde;
- c) à vigilância perpétua e constante dos indivíduos: é preciso vigiar os indivíduos durante todo o tempo da atividade, sendo cada indivíduo observado permanentemente;
- d) ao registro contínuo: todos os acontecimentos devem ser detalhadamente registrados, passando as informações de baixo para cima. A vigilância permanente permite julgar, medir e utilizar os indivíduos ao máximo. Desta forma ocorre a individualização, que através da vigilância, torna-se um elemento pertinente de exercício de poder.

O poder disciplinar encontrava-se com o médico, o qual tornou-se a figura central na organização hospitalar. A inversão da hierarquia hospitalar, antes dominada pelos religiosos, era percebida pelo ritual de visita, no qual o médico era anunciado por uma sineta e, seguido por todos os inferiores hierarquicamente – estudantes, enfermeiras, assistentes, - visitava cada leito a fim de indicar os procedimentos que deveriam ser tomados. Este ritual fazia parte dos regulamentos hospitalares do século XVIII (FOUCAULT, 2001).

Aos profissionais de enfermagem restava acompanhar o médico, anotando tudo que ele dissesse para posterior execução das tarefas. Algumas disciplinas instituídas no século XVIII ainda são utilizadas nos hospitais modernos.

## 2.5. CONSIDERAÇÕES FINAIS SOBRE O CONTEXTO HISTÓRICO

Mascarada pela nobre função de curar e cuidar de enfermos, ao observar a história do hospital, da medicina e da enfermagem percebe-se que estas foram permeadas e determinadas, predominantemente, por aspectos econômicos e tiveram seu desenvolvimento intimamente ligado ao capitalismo. Os aspectos históricos da medicina, da enfermagem e do hospital e sua relação com o sistema produtivo constituem-se como elementos ainda hoje determinantes das relações e do processo de trabalho dentro dos hospitais.

A transição do papel do hospital na sociedade aponta não só para a transformação do significado da doença e para os avanços da medicina, mas principalmente para a inserção do elemento econômico como definidor de uma nova ordem de valores no processo de saúde-doença.

A medicina sempre foi considerada uma atividade nobre e digna de reconhecimento e de recompensas, independentemente do sistema produtivo e de ser realizada por curandeiros, feiticeiros, religiosos ou por médicos profissionais. Ao transformar o hospital no espaço privilegiado da prática médica, a medicina atribuiu prestígio também à organização hospitalar. O prestígio da organização hospitalar na sociedade passou a ser inquestionável diante da função de reabilitação da saúde da força de trabalho e de seu caráter lucrativo, consolidando-se como participante na manutenção e na reprodução do sistema capitalista.

Contraditoriamente, apesar de ser considerada uma atividade indispensável para a prática médica e de ser desenvolvida, principalmente, dentro de organizações hospitalares, o cuidado dos enfermos encontra-se em uma outra instância de valoração, desde seus primórdios. Nas atividades de enfermagem, ainda quando o cuidado dos enfermos era incluído como mais uma atividade doméstica de responsabilidade das

mulheres, a desconsideração, a exclusão social e a falta de reconhecimento já se faziam presentes. A enfermagem originou-se como profissão subalterna e sem prestígio, carregando valores da sociedade primitiva e dos preceitos religiosos.

Diferentemente do hospital - que ao ser inserido no contexto capitalista da produção rompe com a imagem repugnante do morredouro e transforma-se em um lugar “sagrado” da prática médica - a enfermagem permanece até hoje lutando contra suas heranças históricas em busca de conquistar um espaço reconhecido e valorizado nas relações sociais e de trocas econômicas, tanto dentro das organizações hospitalares como na sociedade.

As heranças vivas da história na prática atual de enfermagem serão apresentadas no próximo capítulo, acompanhando a descrição do contexto atual da prática de enfermagem na “linha de produção” hospitalar.

## **CAPÍTULO 3**

### **O TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM E O SISTEMA DE PRODUÇÃO HOSPITALAR**

Se existem questões cuja discussão que se faz necessária para a compreensão do contexto atual do trabalho de enfermagem, dentro dos hospitais, estas questões são: como a medicina se tornou foco de interesse do capitalismo, como funciona o processo de produção hospitalar e qual o papel e as características do trabalho dos profissionais de enfermagem neste contexto. Com o objetivo de discutir estas questões, serão abordados aspectos relevantes do sistema produtivo do hospital (3.1) e do mercado de saúde hospitalar brasileiro (3.2), para então destacar o lugar e as características do trabalho de enfermagem nesta realidade (3.3).

#### **3.1. O HOSPITAL NAS GARRAS DO CAPITALISMO**

Os hospitais e os estabelecimentos de saúde, independentemente de sua natureza, refletem na sua existência e proceder as relações sociais e o modo de produção da sociedade capitalista (RIBEIRO, 1983:86). As organizações hospitalares, privadas ou públicas, inserem-se na rede de reprodução capitalista ao recuperar a força de trabalho desgastada com a produção, ao consumirem produtos médico-hospitalares e ao se configurarem como empresas reprodutoras do capital, no caso dos hospitais com fins lucrativos.

##### **3.1.1. Hospital: a oficina de reparos da força de trabalho**

Uma vez que “o capitalismo socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção...” (FOUCAULT, 2001:80), a doença passou a ser avaliada pela capacidade ou incapacidade de produzir (NADIR, 1999) e tornou-se um desvio potencial da ordem social, uma vez que esta libera o trabalhador de suas obrigações sociais, afastando-o do seu trabalho (ADAM e HERZLICH 2001).

A busca pelo retorno à saúde e à capacidade de trabalho legitima a doença, anulando seu caráter de desvio. Dentro deste processo, os hospitais desenvolvem um papel social significativo de manutenção da estabilidade social capitalista, por se constituir como o lugar da produção médica, a qual pretende identificar e tratar a doença, recuperando, assim, a força de trabalho e eliminando o desvio social que a doença representa (ADAM e HERZLICH, 2001).

Em primeira instância, o hospital encontra lugar de destaque no sistema capitalista por configurar-se como a oficina de reparos e de prolongamento da força de trabalho desgastada pela produção capitalista (NADIR, 1999:58). A função do hospital, portanto, é fazer retornar o homem na sua força produtiva para que seja possível o seu retorno à produção ou ao mercado de compra e venda de força de produção (RIBEIRO, 1983:30).

No processo contínuo de “consertos” que o hospital realiza, medicamentos, material e equipamentos médico-hospitalares são consumidos (RIBEIRO, 1983:30), o que coloca os estabelecimentos hospitalares numa outra posição dentro deste sistema.

### 3.1.2. Hospital: o consumidor dos insumos médico-hospitalares

Os hospitais encontram-se como os principais consumidores no contexto da chamada “indústria da saúde”. Empresas de serviços médicos complementares (exames) e indústrias de medicamentos, de produtos e de equipamentos médico-hospitalares têm nas organizações hospitalares o lugar potencial para o consumo (ou indicação) de seus produtos e na equipe de saúde (principalmente nos profissionais de formação médica) seu principal cliente (RIBEIRO, 1983:32). Não são os pacientes que decidem os medicamentos que querem utilizar e quais exames gostariam de fazer; é nas mãos do médico (e/ou da equipe de saúde) que concentra-se a decisão dos produtos a serem consumidos para a realização da assistência à saúde e do cuidado dos enfermos.

Os produtos oferecidos por essas empresas dependem, muitas vezes, exclusivamente do consumo ou da indicação dos estabelecimentos hospitalares, o que torna o hospital, antes de tudo, um campo de competição empresarial permeada de



estratégias de venda e marketing sofisticadas e de alto custo<sup>10</sup>. “Enquanto atividade econômica, os produtores de medicamentos, equipamentos de material e serviços médico-hospitalares se comportam como qualquer outro agente econômico, visando a lucratividade de suas empresas e a multiplicação de seu capital” (RIBEIRO, 1983:83).

Mesmo quando a finalidade de uma organização hospitalar não é lucrativa, o fato de dar curso à venda e ao consumo de produtos médico-hospitalares e destinar-se à recuperação da força de trabalho adoecida por determinantes sociais, as organizações hospitalares encontram-se inseridas na cadeia de reprodução do capital (RIBEIRO, 1983:32).

Além de consumir produtos, os estabelecimentos hospitalares são grandes consumidores de força de trabalho, esta geralmente assalariada e geradora de excedentes. É exatamente neste ponto que a organização hospitalar configura-se como uma organização de produção capitalista, não só inserida neste sistema, mas reprodutora dele.

### 3.1.3. Hospital: uma empresa de produção capitalista

Como empresa capitalista, o hospital caracteriza-se como uma organização de serviços, localizada no setor terciário da produção. O processo de produção hospitalar responde ao modelo capitalista de produção, tendo por objeto de trabalho o corpo anátomo-fisiológico ao qual se aplica o trabalho dos profissionais de saúde, cujo produto é a assistência à saúde humana e o cuidado dos enfermos.

A assistência à saúde e o cuidado dos enfermos somente tornou-se interesse do capitalista quando toda atividade humana foi transformada em mercadoria, tendo em vista a destruição das antigas formas de cooperação mútua (social, comunitária e familiar) frente à nova forma de sociedade. A necessidade de compra e venda de serviços constituiu-se como uma atividade lucrativa e uma forma de reprodução do capital (BRAVERMAN, 1987).

---

<sup>10</sup> É muito freqüente eventos médicos (geralmente de alto custo) serem totalmente financiados por laboratórios ou indústria de equipamentos médico-hospitalares, em troca de espaço para a apresentação e demonstração de seus produtos.

Na produção capitalista de serviços, a mercadoria a ser vendida no mercado de bens é o próprio efeito do trabalho. A sua produção e o seu consumo são simultâneos. “Quando o trabalhador não oferece esse trabalho diretamente ao usuário de seus efeitos, mas, ao invés, vende-o ao capitalista, que o revende no mercado de bens, temos então o modo de produção capitalista em serviços”. (BRAVERMAN, 1987).

A mercadoria oferecida pelos hospitais é a assistência à saúde, a qual é produzida pelo trabalhador ao mesmo tempo em que é consumida pelo cliente. O hospital torna-se uma empresa lucrativa ao vender procedimentos de assistência à saúde (consultas, cirurgias, internações, etc.) por um valor maior do que o montante que é pago pela força de trabalho (salários e honorários dos trabalhadores) e pelas mercadorias necessárias à produção dos procedimentos médicos (medicamentos, equipamentos, instalações, materiais descartáveis, etc.).

A natureza da produção hospitalar apresenta particularidades que a diferenciam dos demais processos produtivos. Essas particularidades são destacadas por Adam e Herzlich (2001): a) o trabalho hospitalar é efetuado sobre seres humanos e não em materiais inertes; b) a produção hospitalar pode assumir formas extremamente variadas mais ou menos valorizadas conforme as tarefas sejam realizadas pelos médicos, auxiliares ou agentes hospitalares; e c) o trabalho de assistência à saúde é marcado por um alto nível de incerteza e de riscos, independentemente do avanço técnico e científico da área.

Tendo em vista a natureza do trabalho hospitalar e os diversos vínculos profissionais, a produção na área da saúde acompanha “a geografia e os desejos de sujeitos e objetos dos seus serviços, utilizando-se de uma intensa plasticidade e interpenetração de modelos de trabalho” (PITTA, 1991: 46).

Estes fatores diferenciam o processo de trabalho hospitalar, mas não alteram seu modo de produção, que segue o modelo das demais atividades. A produção de serviços de saúde dentro dos hospitais responde a um modelo burocrático, no qual os trabalhadores perdem o controle do processo global do trabalho (ADAM e HERZLICH, 2001:48).

O trabalho hospitalar apresenta alto grau de imprevisibilidade e dinamismo operacional, com ritmo intenso (GERGES, PROENÇA e CUNHA, 1995:138) e contempla vários serviços diferentes, executados por diversos grupos profissionais especializados, considerando a impossibilidade de um único profissional dominar a totalidade e a complexidade dos conhecimentos e técnicas disponíveis. Os serviços oferecidos pelas organizações hospitalares passam a ter alto custo e seu cliente (paciente) é visto de forma parcelada e segmentada (ADAM e HERZLICH, 2001:48).

Cada setor hospitalar é altamente especializado e com uma dinâmica particular de funcionamento. Além disto, existem setores com ampla independência financeira e operacional que funcionam como uma organização em separado. De fato, alguns dos serviços hospitalares estão sendo terceirizados e juridicamente constituem outra organização, o que dificulta a gestão hospitalar como um todo.

Diante da complexidade do trabalho hospitalar, faz-se necessário uma administração profissional, a qual prioriza problemas financeiros e gerenciais para elevar a eficiência e a qualidade assistencial (RIBEIRO, 1983:31). A finalidade social e econômica do hospital ora trabalham juntas ora se confrontam, tendo em vista a existência de duas linhas de autoridade dentro dos hospitais (ADAM e HERZLICH, 2001:112): a) a do corpo técnico, segue a lógica da medicina, de aumento de procedimentos para o tratamento e para o cuidado dos pacientes; e b) a da administração hospitalar, segue a lógica do hospital como estrutura econômica.

“O médico hospitalar quer ao mesmo tempo cuidar de cada um de seus doentes e contribuir para o progresso da ciência, mas ele deve ter em mente as restrições orçamentárias” (ADAM e HERZLICH, 2001:118).

Pelo fato do hospital encontrar-se num local privilegiado de circulação de mercadorias médico-hospitalares, ao revender alguns produtos aos seus clientes finais (os reais consumidores), este estabelece um processo de compra e venda potencialmente gerador de lucro, colaborando para cumprir, por outro meio, sua finalidade econômica.

O encontro de uma finalidade social nobre e da finalidade econômica dentro das organizações hospitalares cria contradições que permeiam as relações e o processo do trabalho em saúde. Um dos paradoxos que merece destaque aponta o hospital simultaneamente como local de tratamento de saúde de seus clientes e de produção de doença dos seus trabalhadores. O hospital enquanto empresa lucrativa utiliza-se da assistência à saúde humana como produto para geração de lucro. Neste processo produtivo seu principal instrumento é a força de trabalho humana e sobre esta a organização hospitalar estabelece processos de controle e de exploração, que, potencialmente são descompensadores da saúde física e mental dos trabalhadores (SATO, 2002).

O processo de exploração dos trabalhadores da área de saúde relaciona-se também com o contexto atual do mercado hospitalar brasileiro, apresentado no próximo tópico.

### 3.2. O MERCADO HOSPITALAR BRASILEIRO

Uma vez que a saúde é considerada um bem individual, não econômico (não pode ser comprada ou vendida) e comum a todos os seres humanos, a manutenção desta torna-se um direito que deve ser assegurado pelo Estado. Sendo o hospital a organização que abriga a produção da manutenção da saúde, esta sofre grande influência do Estado, inclusive os estabelecimentos de natureza privada (RIBEIRO, 1983: 53, 32).

O parque de estabelecimentos hospitalares no Brasil hoje é predominante de organizações privadas<sup>11</sup>, como resultado de políticas governamentais da década de 70 e 80. Frente à forte recessão econômica da época, o Estado adotou políticas para a redução de custos que impulsionaram a privatização da assistência médico-hospitalar, propiciando a acumulação de capital privado mediante a transferência de recursos públicos.

---

<sup>11</sup> 61% do parque nacional de hospitais eram de natureza privada até o ano de 2000, segundo a Federação Brasileira de Hospitais.

No início da década de 70, o Estado contratou toda a produção médico-hospitalar privada, sem conhecer necessidades reais e sem controlar a qualidade e a quantidade do que se comprava, sem qualquer processo de licitação. A política de preços do sistema público de saúde foi fortemente influenciada pelos proprietários dos estabelecimentos hospitalares privados (RIBEIRO, 1983:77-78).

A contradição entre uma grave recessão econômica e a expansão da rede de serviços públicos de saúde, por meio dos convênios com organizações privadas, explicitava que tal expansão respondia a interesses econômicos e de grupos políticos bem antes de servir a necessidades públicas específicas. “A construção, a instalação e o uso de serviços médicos e hospitalares não são determinados, exclusivamente por necessidades das populações, mas também por interesses econômicos concretos e de corporações e grupos políticos” (RIBEIRO, 1983:83).

Na década de 80, com o objetivo de desestimular a expansão da rede hospitalar privada, o Estado instituiu um sistema de tarifação, o qual oferecia uma remuneração por procedimentos, muito abaixo do custo real e com pagamento atrasado em pleno período inflacionário. Este fato levou à desvinculação definitiva de muitos hospitais privados com o sistema de saúde governamental, optando por vender seus serviços a camadas da população com maior poder de compra. Como consequência, os hospitais públicos apresentaram queda significativa na qualidade e deterioraram-se pelo excesso de demanda (RIBEIRO:1983:85).

A população, insatisfeita com a assistência pública, a partir desta época, se esforça por adquirir planos de saúde oferecidos no mercado. Da mesma forma, na medida em que se reconheceu que o trabalho faz adoecer, a saúde dos trabalhadores passou a ser de responsabilidade das empresas e indústrias, abrindo um mercado de planos de saúde para pessoas jurídicas (RIBEIRO, 1983: 85, 95).

No mercado atual de assistência médico-hospitalar apenas pode ser considerado mercado privado uma parcela reduzida de pessoas físicas que auto custeiam o consumo de serviços médico-hospitalares. O outro segmento do mercado é constituído de pessoas jurídicas, industriais, empresas do setor terciário que auto gerenciam a compra de assistência médico-hospitalar para seus empregados ou

contratam empresas especializadas para fazê-lo. Este segmento se apresenta como um intermediador entre os serviços e o paciente, gerando conflitos que permeiam todas as relações decorrentes deste processo de assistência à saúde: médico, paciente, hospital, plano de saúde, empresa, poder público (RIBEIRO, 1983).

Embora os estabelecimentos hospitalares privados ofereçam serviços no mercado aberto, seu maior comprador continua sendo o sistema público de saúde, com raras exceções. Segundo a Federação Brasileira de Hospitais, até o ano 2000, menos de 3% das organizações apresentavam-se absolutamente independentes do custeio público (RIBEIRO, 1983).

A dependência de recursos públicos para manutenção das organizações hospitalares privadas se faz perceber pela diminuição de 30% dos leitos destas organizações nos últimos dois anos<sup>12</sup>, apontando como principal causa o valor defasado da tabela do sistema público de saúde (chamado de Sistema Único de Saúde – SUS) e a média de seis meses de faturamento em atraso. Além disto, cada organização hospitalar conveniada tem um limite máximo fixado de gastos para internação hospitalar pelo SUS. Quando o limite é ultrapassado, os procedimentos realizados não são pagos e as organizações que não recusam pacientes, muitas vezes acabam trabalhando de graça.<sup>13</sup>

Apesar da sua finalidade econômica explícita, as organizações hospitalares encontram-se num momento de lucratividade incerta e de crise, considerando a sua subordinação a variáveis externas muito fortes, representadas principalmente pela dependência de recursos públicos, pelo preço dos produtos industriais médicos que consome e comercializa e pela condição econômica e social da maioria dos seus consumidores, cujos salários não comportam os custos reais dos cuidados à saúde, limitando o repasse dos mesmos (RIBEIRO, 1983:32). Suas estratégias de manutenção da lucratividade passam pelo processo de precarização do trabalho (ANTUNES, 1999), pela seleção de clientela e pela diminuição na qualidade do atendimento prestado aos pacientes.

---

<sup>12</sup> Fonte: Federação Brasileira de Hospitais (FBH).

<sup>13</sup> Fonte: Jornal Correio Braziliense, 23/01/2003.

Diante da crise no setor, a produção em saúde está passando por diversas transformações, as quais afetam as relações e as condições de trabalho, exigindo modificações no sistema de exploração e do controle do trabalhador, a fim de manter a ordem, a produção e os lucros. A realidade dos profissionais de enfermagem neste contexto será apresentada na sessão seguinte.

### 3.3. O TRABALHO DE ENFERMAGEM NOS HOSPITAIS

#### 3.3.1. A divisão do trabalho de enfermagem

A enfermagem profissional moderna não se caracteriza como uma prática única e homogênea (SILVA, 1986). Com o capitalismo, a prática de enfermagem adquiriu caráter de mercadoria e passou a ser trocada por salário e a responder a técnicas específicas. O cuidado foi fragmentado e, na maioria dos hospitais, os profissionais tornaram-se especialistas em executar determinadas funções, delimitadas pela formação e pelo cargo (SILVA, 1994).

A enfermagem enquanto categoria profissional é segmentada em 3 grupos, conforme o grau de formação na área: auxiliares, técnicos e enfermeiros, respectivamente com formação primária, secundária e universitária. A fragmentação da enfermagem em categorias teve sua origem em 1860, com Florence Nightingale, objetivando a profissionalização do cuidado aos enfermos (SILVA, 1986).

Considerando as três categorias, a equipe de enfermagem configura-se como o maior grupo profissional dentro dos hospitais (ROBAZZI e MARZIALE, 1999). Em 2000, os trabalhadores da área de enfermagem no Brasil, representavam mais de 30% dos profissionais da saúde e somavam 640.364 pessoas. A proporção era, aproximadamente, de um profissional médico para dois profissionais de enfermagem, uma vez que os médicos somavam 328.703 trabalhadores<sup>14</sup>. Entre os profissionais de enfermagem, 14% eram enfermeiros com curso superior, 16% profissionais técnicos (formação média) e 70% auxiliares de enfermagem (formação básica).

---

<sup>14</sup> Fonte: Anuário Estatístico de Saúde do Brasil, 2001.

As diversas categorias profissionais na área de enfermagem geralmente são ignoradas e desconhecidas da população em geral, propiciando a generalização de todos os trabalhadores como enfermeiros (SILVA, 1986). Esta segmentação precisa ser considerada, uma vez que é delimitadora da função, da natureza do trabalho, do valor do salário e da valorização do profissional.

O cuidado dos enfermos é realizado pelos técnicos e auxiliares de enfermagem, sob a supervisão dos enfermeiros. A realização dos cuidados consiste predominantemente em tarefas manuais que visam assegurar o atendimento às necessidades de alimentação, de higiene (banho, cuidados pessoal), de mobilização (mudança de posição no leito ou colocação do paciente em posição sentada), de troca das roupas de cama, do preparativo para procedimentos médicos mais complexos (cirurgias ou exames específicos) e a administração da medicação, que obrigatoriamente devem ter prescrição médica anterior.

A maioria destas ações de enfermagem segue um modelo de execução padronizado (assimilado durante a formação nas escolas de enfermagem) ou as prescrições e as ordens médicas (como a mudança de posição, o preparo para procedimentos e restrições alimentares). A padronização destes procedimentos encontra suas origens no processo histórico de organização do hospital moderno, por meio da instalação da disciplina direcionada aos profissionais e pacientes, conforme relatado por Foucault (1996).

O cuidado dos enfermos é dividido em tarefas, as quais são distribuídas para os técnicos e auxiliares do setor, e consistem em: a) medicação - o profissional deve identificar e providenciar as drogas que serão necessárias, preparar a medicação e ministrá-la na quantidade, no horário e pela via prescrita pelo médico; b) cuidados propriamente dito - consiste em realizar as demais tarefas de cuidado dos pacientes.

O enfermeiro é responsável pela administração e supervisão da equipe de técnicos e auxiliares, além de responder às exigências burocráticas, ocupando-se predominantemente de um trabalho intelectual, estabelecendo contato direto com pacientes apenas em procedimentos de enfermagem mais complexos. Este fato, além de propiciar que os técnicos e auxiliares constituam-se como os trabalhadores mais



hábeis nas ações práticas de enfermagem direto com os pacientes, transforma a natureza do trabalho do enfermeiro, desviando-o do seu objetivo inicial e tornando-o predominante burocrático e administrativo (SILVA, 1986; ROBAZZI e MARZIALE, 1999).

### 3.3.2. A natureza do trabalho de enfermagem

A natureza do trabalho de cuidado dos enfermos encontra-se expresso no termo ‘enfermagem’, originário da palavra *infirmus*, significando aquele que cuida dos que não estão firmes (BORSOI e CODO, 1995). Na sua versão inglesa, o termo “*nurse*”, representa originalmente aquela que nutre a vida nas suas diversas dimensões (ROBAZZI e MARZIALE, 1999).

O trabalho executado pelos profissionais de enfermagem, principalmente por técnicos e auxiliares, consiste em realizar tarefas que, de maneira geral, introduzem elementos contraditórios. Cuidar de enfermos exige expressão de afeto, na medida em que encontra-se constantemente em contato com a dor, a dependência e a intimidade do paciente. Esta relação deixa de ser espontânea a medida que o afeto deve ser controlado - de forma que os profissionais não se envolvam demasiadamente com os pacientes e nem, tampouco, tratem os mesmos de forma insensível - e constitui-se como uma parcela de mercadoria trocada por salário, fonte de sobrevivência do trabalhador (BORSOI e CODO, 1995).

Sentimentos ambíguos são mobilizados nestas relações, seja diante do sofrimento agonizante, da nudez, das lembranças ou fantasias de sofrimento ou morte de familiares, do medo da própria finitude (MENZIES, 1969), do limite profissional de envolvimento e de expressão de afeto, do fantasma constante e real da perda do paciente por óbito ou por alta (BORSOI e CODO, 1995).

A oscilação entre o sentimento de onipotência e impotência, diante da recuperação ou morte dos pacientes, e o alto custo de erros ocasionais são situações presentes no cotidiano destes trabalhadores. A própria atividade ocupacional propicia a contagem dos “fracassos” e dos pacientes perdidos, tendo em vista que, por melhor

que seja o atendimento ou por maior que seja o esforço, muitos pacientes são vencidos pela doença (MENZIES, 1969; KASTENBAUM e AISENBERG, 1983).

O profissional acaba tendo que aprender a lidar sozinho, com seus próprios recursos, com os sentimentos mobilizados na relação com os pacientes. Além de administrar suas próprias emoções, o trabalhador de enfermagem precisa suportar e confrontar-se com a emoção do paciente e dos familiares, e, por vezes, de colegas e outros profissionais da equipe (MENZIES, 1969).

Os pacientes projetam suas ansiedades nos profissionais de enfermagem, pois são estes que mantêm maior contato com eles (ROBAZZI e MARZIALE, 1999). A doença e a hospitalização são geralmente vivenciadas como um momento de crise pelos pacientes, que se percebem debilitados, afastados dos familiares e do conforto do lar, sem autonomia, dependentes de cuidados alheios, seguindo os horários e os procedimentos (muitas vezes dolorosos e invasivos) indicados por outros. Estes fatores conduzem a um forte sentimento de impotência e finitude, e os pacientes freqüentemente apresentam-se exigentes, possessivos e chegam a duvidar dos conhecimentos e da capacidade dos profissionais de enfermagem (MENZIES, 1969).

A cada especialidade somam-se outras demandas, que impõem exigências e desafios específicos à equipe de enfermagem, intensificando ou amenizando alguns aspectos da natureza de seu trabalho. Nos setores críticos, como as UTIs, existe um alto índice de pacientes que vão a óbito, comparando com outros setores do hospital (KASTENBAUM e AISENBERG, 1983; MENDES e LINHARES, 1996). O contato entre os profissionais e os pacientes crônicos, como pacientes com câncer, cardiopatas (SILVA e KIRSCHBAUM, 1998;) ou em cuidados paliativos (sem possibilidades de tratamento), perdura mais tempo e pode levar a um envolvimento afetivo maior do que em setores de alta rotatividade, como a maioria das unidades cirúrgicas e o pronto-socorro).

Pacientes e familiares trazem demandas psicológicas que aumentam a tensão vivida pelos profissionais da área de enfermagem (SILVA E KIRSCHBAUM, 1998), uma vez que estes têm uma formação direcionada para atividades operacionais (auxiliares e técnicos) e administrativas (enfermeiros) e raramente recebem algum

suporte ou preparação para tratar dos aspectos subjetivos na relação com os enfermos e seus familiares.

Entretanto, o contato direto com os pacientes, mesmo diante das demandas emocionais destes, se constitui como fator protetor da saúde psíquica do trabalhador de enfermagem, conforme identificado nas pesquisas de Ana Pitta (1991) e José Humberto Lima Júnior (1998). A função de cuidar e prover elementos essenciais à subsistência e à recuperação de pessoas enfermas é vivenciada com um certo prazer, por criar uma sensação de utilidade e de dever cumprido com a sociedade e com o ser humano (PITTA, 1991; LIMA JR, 1998). Esta satisfação intrínseca à atividade de enfermagem está relacionada com aspectos ideológicos da história desta profissão, relacionada à caridade, aos valores religiosos e à maternidade (SILVA, 1986).

### 3.3.3. O (des)prestígio do trabalho de enfermagem

Mesmo sendo fonte de satisfação pessoal, a atividade ocupacional que envolve o cuidado dos enfermos, independentemente do grau de formação do trabalhador, não goza de prestígio e de reconhecimento social ou econômico, desde seus primórdios (SILVA, 1986; ROBAZZI e MARZIALE, 1999). “Os baixos salários da categoria são fontes de grande insatisfação e revelam a própria desvalorização destes profissionais pelo hospital” (SIQUEIRA et al, 1994:253) e pela sociedade.

A desvalorização da enfermagem enquanto prática profissional encontra suas raízes no seu desenvolvimento histórico, relacionado a três fatores (SILVA, 1986): a) ao atraso da profissionalização desta prática em relação à prática médica, tornado-a dependente do saber médico; b) às relações de gênero que atribuíam uma posição inferior à mulher; c) à desvalorização de atividades domésticas e manuais que não exigiam conhecimentos específicos. Estes fatores interrelacionados se reforçaram mutuamente e construíram um espaço pouco valorizado para a enfermagem enquanto profissão, fator delimitador da hierarquia hospitalar.

### 3.3.4. A hierarquia hospitalar e os profissionais de enfermagem

Conforme discutido anteriormente, o hospital moderno responde a duas linhas de autoridade (médica e administrativa) as quais são hierarquicamente superiores aos demais grupos profissionais. Apesar da enfermagem se configurar como a maior categoria profissional dentro dos hospitais e ser responsável por procedimentos indispensáveis à prática médica, prestando assistência aos pacientes durante 24 horas ininterruptamente, estes profissionais respondem, formal ou informalmente, tanto a uma diretoria médica quanto a uma diretoria administrativa.

A linha hierárquica se estende do administrador e do médico para o enfermeiro e deste para os trabalhadores de enfermagem não superiores. Estes, por sua vez, também estabelecem uma relação hierárquica, na qual o técnico é superior ao auxiliar, considerando o seu grau de formação (secundária) e a autonomia de executar alguns procedimentos não autorizados legalmente aos auxiliares.

Esta estrutura hierárquica evidencia o estereótipo, construído historicamente, dos médicos como aqueles que desenvolvem as tecnologias avançadas para os casos especiais, executando tarefas nobres, enquanto os outros agentes, “desprovidos de competência”, fazem a higienização e os demais cuidados dos pacientes (ADAM e HERZLICH, 2001).

### 3.3.5. Os turnos e o ritmo do trabalho de enfermagem

O tempo de trabalho em enfermagem apresenta-se segmentado em turnos: manhã, tarde e noite. Cada turno é assumido por uma equipe diferente, que segue uma escala de trabalho pré-definida pela organização. A escala mais comum é de 6 horas diárias de trabalho para os turnos diurnos, com duas folgas mensais, e 12 horas em dias alternados para o turno da noite, com uma folga mensal. Portanto, seguindo esta escala, cada setor hospitalar exige duas equipes diurnas (uma para o período da manhã e outra para o período da tarde) e 2 noturnas (para noites alternadas, geralmente identificadas pelos dias do mês, pares e ímpares) para manter um atendimento de enfermagem ininterrupto, todas as horas do ano, um ano após outro.

O ritmo e as atividades de trabalho se modificam conforme o turno. No período da manhã concentra-se a maioria das atividades de cuidado dos pacientes, os quais devem estar limpos e tratados para a visita médica. No período da tarde a movimentação de profissionais de outras equipes dentro dos setores diminui significativamente, mas o ritmo de trabalho permanece acelerado devido às tarefas prescritas e as demandas constantes dos pacientes e familiares. Já no período noturno, as tarefas de enfermagem consistem em atender as demandas dos pacientes e seguir a manutenção dos cuidados e a medicação prescrita durante o dia. Os profissionais que trabalham durante a noite por vezes ficam ociosos, criando um espaço de “marasmo em que nem se pode dormir, nem há com que se ocupar” (SILVA, 1998:30).

Os profissionais que atuam no período da noite têm direito, reconhecido em lei, de 1 hora de descanso por noite. É comum os hospitais oferecerem uma estrutura ou abrirem um espaço físico, geralmente próximo ao setor, para ser o “refúgio” de descanso destes profissionais. Este direito origina a imagem de que os profissionais do período noturno não trabalham e só dormem. Por este e outros motivos, a divisão do trabalho por turnos acaba sendo considerada como desigual pela categoria e é motivo de conflitos constantes entre equipes (SILVA, 1998).

### 3.3.6. As condições atuais de trabalho e a saúde dos profissionais de enfermagem

Além das demandas próprias da natureza, do processo e das relações de trabalho em enfermagem, os profissionais da área estão enfrentando um processo de precarização do trabalho (ANTUNES, 1999). Este processo manifesta-se, em linhas gerais, por meio: (a) da diminuição proporcional de postos de trabalho, tendo em vista o desemprego estrutural e o exército de reserva; e (b) da precarização do emprego e do salário: evidenciada na redução do valor do salário e benefícios, no aumento dos descontos, na expansão do trabalho informal, na intensificação do trabalho, na escassez de recursos materiais e no confronto com condições de trabalho inadequadas, em relação à saúde e segurança do trabalhador.

Pesquisas brasileiras (SILVA, 1998; ROBAZZI e MARZIALE, 1999; LIMA JR, 1998 e 2000; SOBOLL, 2002) têm destacado vários indicadores específicos do processo de precarização do trabalho de enfermagem, os quais serão discutidos posteriormente.

O confronto entre a realidade ocupacional, atualmente em processo de precarização do trabalho, e a escolha idealizada da profissão - freqüentemente mobilizada por questões ideológicas envolvendo o caráter humanitário e a admiração ao papel de cuidador, “capaz de ser alguém solitário, de compreender e ajudar o próximo” (LIMA JR, 1998) - têm colaborado com o aparecimento de descompensações físicas e mentais nesta categoria profissional (SIQUEIRA et al., 1994; ROBAZZI e MARZIALE, 1999).

A vida fora da organização hospitalar não oferece muitos espaços para equilibrar as tensões advindas do trabalho. Considerando que a maioria dos integrantes da categoria é mulher, geralmente com filhos e, não raro, são as únicas mantenedoras do lar, alguns chegam a assumir três turnos de trabalho (além de administrar o próprio lar) como uma estratégia de sobrevivência diante dos baixos salários da categoria.

A saúde física e emocional é afetada também pelos hábitos de vida impostos pelo horário e ritmo de trabalho, alterando os padrões saudáveis de sono e alimentação e privando o trabalhador do convívio familiar e social, inclusive em feriados e finais de semana.(SIQUEIRA et al, 1994; ROBAZZI e MARZIALE, 1999).

Não há uma preocupação com a própria saúde, tendo em vista a falta cuidados e de exames de rotina e preventivos. Quando estes trabalhadores adoecem, normalmente limitam-se à auto-medicação, buscando ajuda profissional apenas quando a situação se agrava (ROBAZZI et al., 1999). A maioria das organizações hospitalares limita-se a fazer exames básicos de rotina para acompanhar a saúde dos trabalhadores, sendo raras as ações preventivas e de promoção da saúde nesta realidade (SILVA, 1986).

Contemplando as características mais relevantes da natureza, da organização e das condições atuais do trabalho de enfermagem, do seu reconhecimento e valorização social, esta sessão retratou, de forma generalizada, o processo e as relações de trabalho

na área de enfermagem. Entretanto, cada organização hospitalar apresenta nuances que alteram as características aqui apresentadas, construindo uma realidade própria e única. A realidade dos profissionais de enfermagem do Hospital Tio Patinhas (HTP) e as semelhanças e peculiaridades do processo e das relações de trabalho, serão abordadas a partir do próximo capítulo.

A contextualização do trabalho de enfermagem no sistema produtivo do mercado brasileiro hospitalar será abordada como finalização deste capítulo.

### 3.4. O PAPEL DOS TRABALHADORES DE ENFERMAGEM NA PRODUÇÃO HOSPITALAR BRASILEIRA: CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

Ao se constituírem como a maioria dos trabalhadores da área da saúde e prestarem assistência ininterrupta, os trabalhadores de enfermagem se configuram como sustentáculos da manutenção da produção hospitalar. Muitas das práticas terapêuticas e assistenciais acabam, de fato, sendo realizadas ou completadas nas ações de enfermagem. O estereótipo da enfermagem, construído e mantido historicamente, coloca-a num papel submisso e sem importância, mascarando sua função estrutural e imprescindível nas organizações hospitalares.

A crise orçamentária do sistema de saúde público desencadeou a diminuição de lucros e a contenção da ampliação das organizações hospitalares, tendo em vista a dependência de recursos públicos para a manutenção do sistema privado hospitalar. Uma das estratégias utilizadas para manter a organização hospitalar lucrativa é a precarização do trabalho, principalmente do trabalho de enfermagem, pelo fato destes profissionais dominarem a folha de pagamento, serem grandes consumidores de materiais médico-hospitalares e estabelecerem uma relação idealizada com o trabalho, a qual se mantém para além dos aspectos econômicos.

Ao se submeterem às precárias condições de trabalho e aos baixos salários, os trabalhadores de enfermagem colaboram com o objetivo de acumulação de capital e tornam-se coniventes com a precarização do atendimento ao paciente e com a própria exploração que sofrem, permitindo a manutenção da acumulação capitalista às custas dos pacientes e trabalhadores.

O objetivo social e nobre dos hospitais como organizações que visam o benefício do ser humano, prestando assistência à sua saúde, encontra-se muito distante dos objetivos reais. O descaso demonstrado em relação à saúde de trabalhadores e os altos índices de doenças ocupacionais em profissionais dessa área denunciam o abandono da saúde como fim principal desta organização. Ao inverter a sua finalidade primordial, as doenças dos pacientes tornam-se matéria-prima para a produção de riquezas e a saúde da força de trabalho torna-se combustível para a produção, que pode ser consumido até o seu limite máximo: o adoecimento, impeditivo da realização do trabalho.

A dinâmica que se encontra no caminho entre a produção e a acumulação de capital nas organizações hospitalares será discutida tendo como base a realidade dos profissionais de enfermagem do Hospital Tio Patinhas, de maneira a explicitar os mecanismos permissivos da estruturação e manutenção deste sistema de produção e exploração para fins capitalistas, financiado predominantemente por recursos públicos.

O próximo capítulo dedica-se a apresentar algumas características gerais do Hospital Tio Patinhas, com a finalidade de contextualizar a organização na qual se desenvolveu esta pesquisa.



## **CAPÍTULO 4**

### **HOSPITAL TIO PATINHAS:**

#### **CARACTERIZAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO ESTUDADA**

O Hospital Tio Patinhas (HTP) foi escolhido intencionalmente para o desenvolvimento desta pesquisa uma vez que, na época da realização do estudo de campo, esta organização estava incentivando a realização de pesquisas acadêmicas dentro de suas unidades, objetivando cumprir exigências para que fosse considerada um hospital-escola.

Ao tomar conhecimento deste quadro, apresentou-se o projeto da pesquisa (ANEXO 01) apenas nesta organização, considerando que a mesma respondia aos dois critérios principais para realização deste estudo: ser uma organização hospitalar e de natureza privada. Tendo em vista que a viabilidade da pesquisa dependia da colaboração de dirigentes e trabalhadores, este hospital se mostrou como um espaço propício e potencialmente interessante para o desenvolvimento do estudo, considerando a facilidade de inserção inicial.

A caracterização do hospital estudado deu-se por meio de entrevistas informais, observações e análise de documentos. Destaca-se que um dos documentos consultados foi formulado, pelo Departamento de Pessoal do hospital, especificamente para esta pesquisa e refere-se aos dados históricos, à sua constituição física e funcional atual. Estas informações foram aqui apresentadas conforme o discurso da organização e serão discutidas posteriormente, na confrontação com outros dados de realidade.

#### **4.1. HISTÓRICO DA ORGANIZAÇÃO EM ESTUDO**

O HTP caracteriza-se como uma empresa privada de administração familiar, fundada no início da década de 80, por um médico, o qual fez parte da administração e da equipe de saúde do hospital até seu falecimento. A equipe médica era composta por 6 integrantes, assessorados por 15 profissionais que realizavam serviços em saúde, a maioria deles treinados no próprio hospital.

O HTP iniciou como um estabelecimento de saúde de pequeno porte, com uma área construída de 3.000 m<sup>2</sup> e 50 leitos. Localiza-se na Região Sul do Brasil, num pequeno município integrante da região metropolitana de uma cidade de referência no seu Estado.

Desde a fundação do hospital, realizam-se atendimentos a pacientes particulares e de convênios. Após quatro anos, o HTP foi credenciado pelo plano de saúde do governo<sup>15</sup> (atualmente o SUS - Sistema Único de Saúde), ampliando o público atendido.

As acomodações para pacientes são diferenciadas conforme o plano de saúde (público, convênio ou particular). O hospital dedica três setores exclusivamente para o atendimento dos pacientes de convênios e particulares, que são distribuídos nas unidades respondendo ao critério dos valores dos honorários pagos pelos convênios ou o plano particular escolhido. Conforme declarado pela organização, o atendimento prestado aos pacientes é o mesmo, independentemente de serem pacientes do SUS, de convênios ou particulares.

Nos primeiros anos de atividade destinava-se, principalmente, a realização de atendimentos emergenciais. Com o passar do tempo os serviços oferecidos foram diversificados, o que levou ao aumento da capacidade de atendimento, das especialidades e da área física do hospital. Conforme descrito no documento disponibilizado pelo hospital, *“há investimento permanente em tecnologia e otimização do espaço físico para melhor atender a população local e de outros municípios da região, das mais diversas classes sociais”*.

---

<sup>15</sup> Em 1966 foi criado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), substituído pelo INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), em 1976. Na década de 80, o sistema de saúde público foi reestruturado e outros planos de saúde foram sucessivamente elaborados e “abortados”, até o surgimento do SUS – Sistema Único de Saúde, este desvinculado da Previdência Social, que perdura até hoje. Detalhes deste processo são apresentados na obra de Herval P. Ribeiro, “O Hospital: História e Crise”, publicado em 1993.

#### 4.2. O HOSPITAL TIO PATINHAS HOJE

O hospital em estudo, construído sobre um terreno de 56.000 m<sup>2</sup> de área total, foi ampliado progressivamente e passou de um estabelecimento de saúde de pequeno porte, para um hospital de grande porte, com 15.000 m<sup>2</sup> de área construída e 250 leitos, tendo atualmente uma média de ocupação de 99%.

O HTP realiza uma média mensal de 2.000 internamentos e 15.000 atendimentos ambulatoriais. Dos internamentos realizados, 80% são de pacientes do SUS, 15% de pacientes conveniados e 5% são pacientes particulares. Na área ambulatorial, 70% são pacientes provenientes do SUS, 20% são pacientes conveniados e 10% são pacientes particulares. Informações sobre o faturamento da organização não foram divulgadas<sup>16</sup>.

Segundo o texto do documento analisado, o HTP, *“sem perder sua atividade assistencialista de atendimento à pacientes carentes, tem firmado convênios com vários municípios dentro do Estado e de Estados vizinhos”*. Conforme informações do Departamento de Pessoal, estes convênios consistiam em acordos entre o hospital e as prefeituras de municípios próximos, que estabeleciam o repasse da verba pública do município destinada à saúde em troca do atendimento da sua população.

O hospital realiza em média 2.000 atendimentos por dia, nas diversas especialidades médicas. Destacam-se como áreas de referência e de maior investimento a cirurgia cardíaca, a oncologia e os transplantes.

O HTP conta com o apoio de mais 10 empresas coligadas, formando assim um grupo empresarial, todos de propriedade do mesmo grupo. Dentre estas empresas encontra-se um plano de saúde, uma lanchonete, uma associação de funcionários, uma funerária, uma pensão, um restaurante, um estacionamento, entre outros. A maioria destas empresas localiza-se nos arredores do hospital e, em geral, têm como clientela os próprios funcionários, os acompanhantes (dos pacientes) e os pacientes do hospital. Nos estabelecimentos utilizados pelos funcionários do hospital, o pagamento dos

---

<sup>16</sup> Representante do Departamento Pessoal justificou que os proprietários não autorizavam a divulgação do faturamento porque não gostavam que as pessoas ficassem sabendo quanto eles ganhavam.

produtos pode ser feito pelo desconto no salário, estratégia utilizada pela maioria dos trabalhadores de enfermagem.

A propriedade e a administração do hospital continua sendo familiar, entretanto conta com assessoria profissional em diversas áreas. Estes assessores ocupam cargo de diretoria de áreas específicas e são escolhidos pelos proprietários, com os quais, geralmente, apresentam vínculos anteriores de amizade e confiança. Dentre eles destacam-se a diretoria de enfermagem, a diretoria de hotelaria, a diretoria de compras, a diretoria médica, a diretoria do departamento pessoal e a diretoria de consultoria em informática. Atualmente esta última está desenvolvendo a função de gerenciamento geral da área operacional do hospital.

Não existe um organograma oficial divulgado, porém, têm-se claramente os proprietários como hierarquicamente superiores que qualquer outro profissional na organização. Os demais diretores não têm hierarquia formal definida entre eles, fato gerador de conflitos em decisões e ações que envolvem mais de um departamento. Há três anos, desde a contratação da consultoria em informática, não ocorrem reuniões entre os diretores<sup>17</sup> das diversas áreas, reuniões estas frequentes antes desta data. Com a profissionalização da administração o contato entre os diretores e os proprietários diminuiu significativamente e as decisões agora são tomadas isoladamente por cada diretor.

O grupo organizacional do Hospital TP apresenta um quadro funcional de aproximadamente 630 pessoas, sem considerar os 120 membros da equipe médica (titulares e residentes) e os profissionais terceirizados. Especificamente no hospital existem 430 profissionais contratados, dos quais 300 são profissionais de enfermagem<sup>18</sup>. Os demais são trabalhadores da área administrativa, área de apoio

---

<sup>17</sup> Conforme relatado pelo diretor de enfermagem, anterior à contratação do diretor de consultoria em informática, várias decisões eram tomadas em reuniões de periodicidade mensal ou bimestral, realizadas com a participação dos diretores e dos proprietários. A partir da inserção da consultoria, as reuniões foram eliminadas, sem explicações ou justificativas e as decisões gerais passaram a ser definidas pelos proprietários e pelo diretor da consultoria.

<sup>18</sup> Dos 300 profissionais de enfermagem atuantes no HTP, 80 não estão vinculados à diretoria geral de enfermagem, uma vez que compõem grupos especializados (ex: laboratório), submetidos à outra linha hierárquica.

(limpeza, manutenção, hotelaria, cozinha) e demais profissionais de saúde (fisioterapeutas, psicólogos).

A população foco desta pesquisa é constituída dos profissionais de enfermagem vinculados à diretoria de enfermagem, os quais somam 220 funcionários. Optou-se por realizar este estudo apenas com os profissionais de enfermagem, uma vez que estes se constituem como o maior grupo profissional com vínculo empregatício formal e por estes estarem infiltrados em praticamente todas as unidades da organização hospitalar. As especificações da população estudada e a metodologia utilizada nesta pesquisa estão descritas no anexo 02, “Procedimentos Metodológicos”.

A relação entre o processo de exploração do trabalhador os mecanismos de controle – físico (cap.5), burocrático (cap.6), político-ideológico (cap.7), simbólico-imaginário (cap.8) e por vínculo (cap.9) - presentes no processo e nas relações de trabalho de enfermagem dentro do Hospital Tio Patinhas, serão abordados nos próximos capítulos. Para tanto se faz necessário um breve esclarecimento sobre a forma adotada para a apresentação dos dados, os quais serão discutidos nos capítulos referidos acima.

#### 4.3. ESCLARECIMENTO SOBRE A FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS DADOS

Ao analisar uma realidade a partir de conhecimentos científicos já existentes, a finalidade imediata de uma pesquisa acadêmica na área das ciências humanas e sociais, especialmente adotando como referência a teoria crítica, não é transformar a realidade estudada, mas sim reelaborar tais conhecimentos de forma a agregar neles elementos que possibilitem avanços na teoria científica, os quais por caminhos diversos lapidarão transformações na realidade - assim como as próprias teorias serão novamente reelaboradas dialeticamente a partir desta - num momento que não propriamente o da pesquisa (KERLINGER, 1980; FARIA, 2003).

Tendo como referência estas considerações, os próximos capítulos não se restringem a descrever a realidade, mas se propõem a desenvolver uma discussão da teoria a partir de algumas evidências empíricas. A dissertação foi redigida de maneira que o texto central apresenta a articulação entre os fundamentos teóricos consultados,

a realidade estudada e a reformulação ou ampliação da teoria. Os dados da realidade estão, predominantemente, colocados como notas de rodapé, o que não significa que sejam menos importantes, mas são aqui utilizados como elementos de realidade confirmatórios e legitimadores das afirmações teóricas elaboradas como resultado desta pesquisa. Maiores detalhes dos dados do questionário, instrumento este reproduzido no anexo 03, poderão ser verificados no anexo 04, conforme esclarecido nos procedimentos metodológicos (anexo 02).

## CAPÍTULO 5

### O CONTROLE FÍSICO COMO INSTRUMENTO DE EXPLORAÇÃO

Considerando as formas de controle psicossocial (FARIA, 2003), este capítulo destina-se a discutir, na realidade do HTP, as estratégias de exploração do trabalhador valendo-se do controle físico.

O controle físico visa garantir a dominação do corpo do trabalhador ou do grupo social, enquanto força de trabalho e matéria-prima da produção (ENRIQUEZ, 1996; MOTTA, 2001; FARIA, 2003), uma vez que este só se torna útil, nesta forma de organização da produção, se for corpo produtivo do e para o capital, ou seja, corpo que produz respondendo aos interesses capitalistas (FOUCAULT, 2000). “A transformação da humanidade trabalhadora em uma ‘força de trabalho’, em uma ‘força de produção’, como instrumento do capital, é um processo incessante e interminável, (...) que viola as condições humanas do trabalho” (BRAVERMAN, 1987:124).

A exploração do trabalhador por meio do controle físico deve ser analisada a partir das estratégias de dominação infiltradas na divisão social e técnica do trabalho, na estrutura de vigilância e de controle do desempenho e nas tecnologias físicas utilizadas pela organização.

O controle físico presente no HTP foi abordado de forma a explicitar a relação entre as estratégias físicas de controle e a exploração do trabalhador, enquanto força produtiva.

#### 5.1. A DIVISÃO SOCIAL E TÉCNICA DO TRABALHO: A ORIGEM DA EXPLORAÇÃO CAPITALISTA E SEUS DESDOBRAMENTOS

“A divisão do trabalho, em sua forma capitalista, não passa de um método particular de aumentar, à custa do trabalhador, o rendimento do capital (...); é um meio civilizado e requintado de exploração”.

Karl Marx

### 5.1.1. A divisão social do trabalho: o núcleo da exploração

A divisão social do trabalho é considerada, aparentemente, uma característica inerente do trabalho humano, quando este é executado na sociedade e por meio dela. Não exclusiva do sistema capitalista, mas presente em todas as sociedades conhecidas, a divisão social do trabalho refere-se ao processo de segmentação da sociedade por ocupações, cada qual destinada a um ofício, constituindo um padrão de produção da espécie humana, impossível de ser alcançado individualmente (BRAVERMAN, 1987).

A divisão da sociedade por ocupações possibilita que o trabalho aconteça na forma de cooperação, modo fundamental de produção capitalista. A cooperação consiste no trabalho realizado por muitas pessoas, de forma planejada e em conjunto, em processos de produção vinculados ou únicos. O trabalho realizado nestes moldes propicia o aumento da força produtiva individual, a criação de uma força social de trabalho (dada pelo coletivo dos trabalhadores) e a economia dos meios de produção (MARX, 1996).

Como estratégia de controle físico, a divisão social do trabalho limita a força de trabalho às atribuições de uma determinada categoria profissional, restringindo a ação de cada indivíduo a uma gama de atividades específicas de um ofício particular.

No HTP, os trabalhadores da área de enfermagem tinham seu trabalho limitado às atividades específicas da sua profissão, a qual mantém interface com vários outros grupos profissionais dentro do hospital. Os limites dados pela categoria profissional, especialmente referentes à dependência de autorizações formais da equipe médica para a realização de algumas tarefas<sup>19</sup>, mostravam-se bastante eficientes na função de restringir a atuação de enfermagem. Esta especialização de função e limite de ação, colocada entre a medicina e a enfermagem, é um fator que assim se apresenta desde os primórdios da assistência aos enfermos (SILVA, 1986).

Entretanto, o aspecto que destaca a divisão social do trabalho como um instrumento de exploração do trabalhador não se restringe à divisão da sociedade em

---

<sup>19</sup> 70% confirmaram que os procedimentos de enfermagem, sempre (54%) ou geralmente (16%), precisavam ser prescritos pela equipe médica (P31).



categorias profissionais, como uma estratégia de controle físico. O desdobramento da divisão da sociedade em categorias profissionais consiste na segmentação da sociedade em classes, frações, camadas, categorias sociais (POULANTZAS, 1975). Nestes desdobramentos encontra-se o núcleo da exploração do trabalhador, na sua forma capitalista.

No sistema capitalista de produção, as diferentes ocupações, originárias da divisão social do trabalho, tornaram-se mercadorias, as quais são compradas e utilizadas para realizar o trabalho na forma de cooperação, visando alcançar as finalidades capitalistas. Como o trabalhador não é proprietário<sup>20</sup> dos meios de produção e precisa destes para realizar seu trabalho, lhe resta vender sua força de trabalho. Ao vender a sua força de trabalho esta já não lhe pertence, nem o seu produto, caracterizando-se como força de trabalho do e para o capital (MARX, 1978; 1996).

O processo de produção sob a posse<sup>21</sup> do capital (leia-se, processo de produção capitalista) é, de imediato, um processo de exploração do trabalho alheio, considerando que este sistema produtivo converte-se em instrumento de valorização do capital, possibilitado pela apropriação da mais-valia<sup>22</sup> gerada pela exploração do trabalho alheio (MARX, 1978:71).

Embora os hospitais sejam organizações prestadoras de serviços, nos quais o trabalho não se transforma em produtos separáveis dos trabalhadores, ainda assim estas organizações podem explorar seus trabalhadores de maneira diretamente capitalista (MARX, 1978), essencialmente ao se apropriar da mais-valia.

Considerando que a apropriação da mais-valia por parte do capitalista constitui-se como exploração do trabalho alheio e que exatamente esta apropriação possibilita a reprodução do capital, portanto, o sistema capitalista de produção só

---

<sup>20</sup> Refere-se à propriedade econômica, que significa “o controle econômico real dos meios de produção, isto é, o poder de afetar os meios de produção para determinadas utilizações e dispor, assim, dos produtos obtidos” (POULANTZAS, 1975:18).

<sup>21</sup> Posse: “significa a capacidade de dinamizar os meios de produção, isto é, o domínio do processo de trabalho” (POULANTZAS, 1975:18).

<sup>22</sup> Mais-valia: valor excedente gerado pela diferença entre o valor pago (custo) pela força de trabalho e o valor produzido por ela (MARX, 1996).

existe como tal por se configurar como uma estrutura de exploração do trabalhador. “Sem trabalho assalariado, nenhuma produção de mais-valia existe (...); sem produção de mais-valia, não existe produção capitalista, e, por conseguinte, nenhum capital e nenhum capitalista!” (MARX, 1978:36).

O que se faz relevante destacar é como esse sistema de produção pode ampliar a exploração por meio dos mecanismos de controle psicossociais, os quais articulam as dimensões individual, grupal, organizacional e social (FARIA, 2003).

O processo de ampliação da exploração capitalista, por meio da divisão social do trabalho, somente pode ser entendido considerando o contexto da divisão e das relações de classes da sociedade capitalista.

A separação entre a força de trabalho e a propriedade dos meios de produção é o fundamento efetivo do processo de produção capitalista (MARX, 1994). Portanto, a propriedade constitui-se como definidora da posição que o grupo ou indivíduo ocupa no processo de produção (LAURELL E NOGUEIRA, 1989), ou seja, configura-se como determinante (econômico) da divisão de classes da sociedade capitalista, juntamente os com determinantes políticos e ideológicos (POULANTZAS, 1975).

Enquanto a propriedade constitui-se como o elemento econômico da divisão e das lutas de classe, estabelecendo uma relação de produção e de exploração, os determinantes políticos e econômicos visam à instauração de uma relação de dominação e de subordinação ideológica e política (POULANTZAS, 1975:15).

Considerando estes aspectos da divisão social do trabalho, a classe trabalhadora encontra-se numa posição de submissão e dependência em relação à classe capitalista (ENRIQUEZ, 1974), tendo em vista que a venda da sua força de trabalho representa a sua inserção no mercado de troca de mercadorias e é essa inserção que possibilita a subsistência do trabalhador.

Considerando que “as organizações são sistemas sociais artificiais cuja função é a reprodução da sociedade de classes” (MOTTA, 1981), a divisão social do trabalho é reproduzida dentro das organizações como uma forma de controle da classe trabalhadora.

“Uma empresa, enquanto uma unidade de produção sob sua forma capitalista, (...) reproduz, pela divisão social do trabalho em seu seio, as relações políticas e ideológicas referentes aos lugares das classes sociais” (POULANTZAS, 1975:34).

Ao depender do capitalista, a classe trabalhadora se submete, não sem resistências, às condições e aos processos de produção determinados pelos donos do capital. Desta forma, “a produção significa, ao mesmo tempo e num mesmo movimento, divisão de classes, exploração e lutas de classes” (POULANTZAS, 1975:21).

A exploração do trabalhador, no sentido de consumo máximo da sua força produtiva para a geração de valores excedentes, tem sido evidenciada pela crescente precarização do trabalho (ANTUNES, 1999).

A ameaça ao cumprimento da finalidade capitalista das organizações hospitalares, tendo em vista a crise do sistema de saúde brasileiro (RIBEIRO, 1983), tem sido enfrentada por estratégias que visam manter a acumulação de capital. Estas estratégias, em seu conjunto, representam o processo de precarização do trabalho, caracterizado pela diminuição dos postos de trabalho e pela precarização do emprego e do salário (ANTUNES, 1999).

O HTP acompanha o contexto do sistema produtivo na área da saúde e apresenta vários indicativos do processo de precarização do trabalho de enfermagem<sup>23</sup>, dentre os quais destacam-se: a) as restrições e falta de materiais, equipamentos e medicamentos<sup>24</sup>; b) a sobrecarga de trabalho, gerada pela desproporção entre o número de profissionais e de pacientes<sup>25</sup>; c) a precarização dos salários e aumento dos

---

<sup>23</sup> Os elementos indicadores da precarização do trabalho de enfermagem na realidade brasileira têm sido apontados em diversos estudos (SILVA, 1998; ROBAZZI e MARZIALE, 1999; LIMA JR E ÉSTHER, 2001; SOBOLL, 2002).

<sup>24</sup> Apesar de 67% dos respondentes do questionário afirmarem que o hospital, sempre (28%) ou geralmente (39%), oferecia as condições necessárias para a realização do trabalho de enfermagem da melhor forma possível (P18), a falta de recursos materiais foi relatada por diversos profissionais e observada em vários setores, envolvendo materiais de natureza diversa, como: água e local para descanso dos funcionários, shampoo e cobertores para os pacientes e equipamentos de UTI. Destaca-se a falta de um equipamento para medir diabetes, conforme relatado pela supervisão da UTI (EF9), “Fica ruim ter um equipamento só, que usam de meia em meia hora, para as duas UTIs. Os pacientes diabéticos não podem ficar sem acompanhamento, ainda mais na UTI.”

<sup>25</sup> De acordo com a diretoria de enfermagem (EI10), “os setores deveriam ter pelo menos um funcionário a mais. Todos os setores deveriam ter pelo menos mais um funcionário, pelo menos, para

descontos no pagamento<sup>26</sup>; d) flexibilização dos vínculos de trabalho<sup>27</sup>; e) a diminuição das vagas de trabalho<sup>28</sup>; f) a falta de treinamento, de suporte psicológico e de suporte de equipe<sup>29</sup>; g) a inserção abrupta de novas tecnologias<sup>30</sup> e; h) a falta de equipamentos, de materiais de proteção e de estrutura de intervenção, considerando os riscos e os acidentes de trabalho<sup>31</sup>.

Observando a precarização do trabalho de enfermagem no HTP, destaca-se que esta não impede que o processo produtivo aconteça, alterando o trabalho na sua esfera qualitativa, afetando o cliente e o trabalhador, sem entretanto prejudicar a produção quantitativa<sup>32</sup>.

---

*dar uma aliviada. Do jeito que está eles (funcionários) têm muito prejuízo mas ainda conseguem tocar.”*

<sup>26</sup> Conforme relatado por uma auxiliar de enfermagem (EI11), “o salário aumentou, mas aumentaram também os descontos. Tudo subiu, o plano de saúde, o valor da alimentação, o valor da cesta básica. Ganhamos dez de aumento e os descontos subiram vinte. Mas a gente continua vindo aqui. Às vezes dá vontade de ir embora e nem pegar o acerto, mas eu gosto do que eu faço.”

<sup>27</sup> No Hospital TP, como alternativa à contratação de novos funcionários, existia a jornada extra de trabalho, resultando na ocupação de duas vagas e no recebimento de dois salários (um líquido e outro bruto) por um único funcionário. Sua carga horária de trabalho era duplicada e seu pagamento representava mais do que o dobro do salário normal. Entretanto, nenhum direito trabalhista era concedido na jornada extra de trabalho.

<sup>28</sup> Em decorrência da jornada extra de trabalho realizada pelos próprios funcionários do hospital, as vagas potenciais eram preenchidas por estes, diminuindo os postos de trabalho. Esta relação ficava evidente no discurso do diretor de enfermagem: “Enquanto tiver gente querendo fazer jornada extra não vamos contratar.” (EI20)

<sup>29</sup> Técnica de enfermagem, com cargo de supervisão (EI39), relata: “Eu entrei para trabalhar na pediatria e depois fiquei como supervisora da UTI, sem nunca ter trabalhado numa UTI.(...) o pessoal dizia que eu não iria dar conta, que eu não iria ficar. Mas eu fiquei ali, não demonstrava que não sabia e aprendi. Não podia demonstrar que não sabia e eu não ficava perguntando. Eles pediam para eu fazer algum procedimento e eu encarava. Pensava que se eles aprenderam eu também poderia aprender. Fiquei como supervisora das duas UTIs. E me dei bem, me dei muito bem.”

<sup>30</sup> Recentemente o hospital passou por um processo de informatização de alguns procedimentos burocráticos da enfermagem, como o registro da entrada e saída de pacientes. Conforme relato da diretoria de enfermagem (EI10), “a consultoria implantou do dia para a noite e agora controla quantos erros tem no sistema da equipe de enfermagem, quantos pacientes não foram registrados no computador. Mas eles tinham que ter considerado que o pessoal não sabia nem o que era um computador direito. Eles trabalham com enfermagem, não com computador.”

<sup>31</sup> A falta de equipamentos de proteção foi presenciada durante a visita a um setor e denunciada por uma funcionária, a qual era obrigada a atender um paciente com infecção generalizada, em estado bastante avançado, sem os equipamentos adequados de proteção: “Veja a gente nem tem avental com mangas cumpridas, as luvas são quase todas furadas. Além da gente poder se contaminar pode contaminar os outros pacientes”. Na UTI, somente foram disponibilizado óculos de proteção para os funcionários após um acidente de trabalho, no qual, durante a realização de um procedimento o sangue de um paciente espirrou nos olhos de uma funcionária.

<sup>32</sup> Conforme relato de uma supervisora, ao falar da superlotação do setor, “o hospital gira em torno da quantidade e não da qualidade. Tudo para o hospital é quantidade. Eles não querem a qualidade”. (EF19).

Como o processo de produção hospitalar, considerando seus fins lucrativos, depende da quantidade (de pacientes atendidos, de procedimentos realizados e de diárias utilizadas) e não da qualidade (dos trabalhadores e do trabalho, do atendimento ou dos procedimentos), a precarização do trabalho representa a possibilidade de manutenção ou ampliação da valorização do capital, às custas da queda na qualidade do atendimento e da exploração do trabalhador, por meio da deterioração das condições de trabalho e do valor do salário.

O processo de exploração do trabalhador, por meio da precarização do trabalho, utiliza-se da divisão social do trabalho, divisão esta estruturante da relação de dominação político-ideológica e da relação de produção e exploração capitalista, para ampliar ao máximo o consumo do trabalho produtivo<sup>33</sup> (POULANTZAS, 1975:20), objetivando cumprir as finalidades capitalistas, ameaçadas diante de exigências, internas ou externas, à organização.

A exploração do trabalhador encontra sua origem nos elementos econômicos, políticos e ideológicos relacionados à divisão social do trabalho e seus desdobramentos (divisão de classes), uma vez que esta divisão assegura simultaneamente a dominação e a exploração (POULANTZAS, 1975).

A divisão social do trabalho, a qual se expressa pela presença das relações de dominação políticas e ideológicas no seio do processo de produção, domina a divisão técnica do trabalho (POULANTZAS, 1975:22).

### 5.1.2. A divisão técnica do trabalho: a ampliação da dominação

A divisão técnica do trabalho é uma característica do sistema capitalista de produção e consiste na fragmentação do trabalho produtivo em diversas operações mais simples, visando facilitar o processo de produção e o aumento da sua eficácia técnica (BRAVERMAN, 1987:71).

---

<sup>33</sup> Trabalho produtivo é aquele que consome diretamente a força de trabalho para valorizar o capital, por meio do mais valor, gerado pela diferença entre o valor pago pela força de trabalho e o valor da sua produção (MARX, 1996).

As operações que compõem o processo de produção são realizadas cada uma por um trabalhador diferente, o qual executa sempre a mesma tarefa, e, assim, perde o controle e o saber relativo ao seu trabalho. Desta forma, não apenas o trabalho é segmentado em operações, mas o próprio trabalhador é dividido em parcelas, uma vez que a divisão técnica do trabalho controla o seu saber, delimita a ocupação de espaços e especializa as tarefas, tornando-o inapto a realizar qualquer processo completo de produção (ENRIQUEZ, 1974; BRAVERMAN, 1987; FARIA, 1987; MARX, 1996).

A separação entre a concepção e a execução do trabalho, entre o trabalho mental e o trabalho manual, subdivide o próprio homem em um ser que pensa ou um ser que executa (BRAVERMAN, 1987). Essa separação foi percebida no HTP, na relação entre a equipe médica e a equipe de enfermagem, enquanto categorias profissionais, e na relação entre os supervisores e os trabalhadores operacionais de enfermagem.

A equipe médica apresentava-se como responsável pelo encaminhamento das ações de saúde, colocando-se como aquela que detinha os conhecimentos e destinava-se às tarefas nobres, enquanto os profissionais de enfermagem operacionais ficavam restritos às tarefas solicitadas pelos médicos, tarefas estas geralmente manuais e sem prestígio.

Essa segmentação é resultado da divisão moral do trabalho, proposta pelo sociólogo Hughes e discutida por Adam e Herzlich (2001), na qual, em relação às práticas de saúde hospitalares, as funções menos nobres da medicina são delegadas aos profissionais de enfermagem, “empregados subalternos”. Assim, “criam-se novas funções na base da hierarquia para absorver as tarefas abandonadas pelos indivíduos que conquistaram ascensão profissional” (ADAM e HERZLICH, 2001:114-5).

A separação entre concepção e execução do trabalho também foi percebida na relação entre supervisores e trabalhadores operacionais, no HTP. O trabalho de enfermagem era dividido em administração de enfermagem, realizada pelos supervisores, e assistência de enfermagem, realizada pelos trabalhadores operacionais, seguindo o padrão histórico estabelecido no início do processo de profissionalização da prática de enfermagem (SILVA, 1996).

Na administração de enfermagem predominavam tarefas burocráticas, envolvendo a administração da equipe operacional (controle de faltas, avaliação e substituição de funcionários) e a organização da assistência de enfermagem (verificação do trabalho realizado, administração dos medicamentos e dos materiais do setor, reformulação de rotinas). Aos profissionais operacionais restava seguir a organização geral do trabalho, definida pela supervisão de enfermagem e realizar as tarefas específicas indicadas pela equipe médica, restando-lhes poucos espaços para o uso da criatividade, da inventividade ou de trabalho intelectual.

A segmentação entre concepção e execução das tarefas, além de fragmentar o próprio trabalhador, coloca-o numa posição de dependência dos responsáveis pela concepção da tarefa, dependência esta por vezes impeditiva da realização do trabalho, como por exemplo, no caso de administração de medicamentos. As medicações só deveriam ser ministradas aos pacientes mediante uma prescrição médica e deveriam respeitar rigidamente todas as orientações desta, referente aos horários, ao produto e à quantidade. Se a equipe médica não prescrevesse os medicamentos, os pacientes ficavam sem medicação<sup>34</sup>.

A exploração, nessas relações, acontecia pelo aumento das tarefas dos trabalhadores operacionais que, além de realizarem suas atividades, acabavam sendo pressionados (pelos pacientes, familiares, colegas, supervisores ou pela própria consciência) a buscarem soluções diante da negligência de alguns profissionais da equipe médica. Nesse ponto, a natureza do trabalho em saúde é um elemento que estrutura este tipo de exploração, que também é capitalista, visto que mais tarefas são inseridas e o número de trabalhadores não se modifica.

O trabalho da equipe de enfermagem operacional do HTP era segmentado em tarefas, a saber: (a) cuidados de enfermagem - consistia em procedimentos de higiene (banho e higiene pessoal, troca de roupas de cama), controle dos dados vitais do paciente (verificação da pressão, temperatura, batimentos cardíacos, etc.) e

---

<sup>34</sup> Uma auxiliar, ao mostrar um prontuário, relatou: *“Olha, este médico ainda não veio aqui hoje. Se ele não prescrever até o meio-dia, este paciente vai ficar sem remédio. A gente corre atrás dos médicos, mas eles dizem que não podem prescrever, só pode o médico que está acompanhando. Ai, coitado do paciente, fica sem remédio. Às vezes dá vontade de chorar e sair correndo daqui”*.(EI 11).

realização de procedimentos específicos (troca de curativos, preparação do paciente para cirurgia); (b) medicação: contemplava a verificação da medicação prescrita para cada paciente, o pedido e a coleta dos medicamentos na farmácia do hospital, a preparação do medicamento com identificação do paciente e, por fim, a ministração da droga, sempre respeitando os horários e padrões determinados na prescrição médica.

A divisão do trabalho em tarefas coloca-se como impeditiva da colaboração e solidariedade entre os profissionais, criando um sentimento de isolamento, mascarado pelo discurso do “trabalho em equipe” (SILVA, 1999).

A realização dos cuidados dos pacientes se assemelha “a uma linha de montagem, na qual quem circula é o trabalhador” (BORSOI e CODO, 1995), passando de leito em leito executando as tarefas previstas para cada paciente.

No HTP, em alguns setores, a medicação era atividade exclusiva de poucos profissionais, os quais exerciam apenas essa função, permanecendo nela por vários anos seguidos<sup>35</sup>. Há dois anos, mesmo diante de resistências da equipe médica e dos próprios trabalhadores, em um dos setores, iniciou-se um processo de escalas rotativas de tarefas, por iniciativa de um supervisor que acabava de assumir a unidade, de forma que todos os profissionais desenvolvessem tanto a medicação como os cuidados de enfermagem. A proposta, no entanto, não contemplava a preocupação com os funcionários, mas com o funcionamento da organização<sup>36</sup>.

---

<sup>35</sup> Uma auxiliar, há quase 5 anos trabalhando somente na medicação, ao justificar sua transferência de setor, relatou: “(...) o meu (trabalho) era só medicação. O médico vai lá e prescreve alguma coisa, você já sabe, vai correndo e faz. Eu só fazia medicação, medicação, até nos cuidados, eu nunca tinha trabalhado(...) É o meu primeiro emprego na área de enfermagem. Então, é claro que a gente aprendeu muita coisa no curso mas onde você aprende mesmo é na prática. Medicação eu acho que sei bastante, mas cuidados mesmo eu precisava aprender muito mais, por isso mudei do setor” (EF16).

<sup>36</sup> Ao assumir a supervisão do setor, a enfermeira identificou que, devido uma divisão rígida e permanente das tarefas, fazia 13 anos que apenas duas profissionais de enfermagem eram responsáveis e sabiam fazer a medicação dos pacientes. Estas não tinham mais habilidades para desenvolver as atividades de assistência de enfermagem. Os demais funcionários não estavam aptos para realizar a tarefa de medicação dos pacientes. A proposta de rotatividade das tarefas enfrentou muitas resistências. O chefe médico alegava que não confiava nos outros profissionais para fazer a medicação, só confiava nos dois que faziam isto há 13 anos. Os funcionários que faziam medicação não queriam mais atuar junto aos pacientes, nos cuidados e outros procedimentos. Os profissionais de enfermagem que não faziam a medicação julgavam muito difícil e de alta responsabilidade a execução de tal tarefa. A proposta foi implantada, mesmo com resistências. Toda vez que uma das duas funcionárias da medicação faltava ou tirava férias somente a outra poderia substituí-la, fato que colocava em risco o funcionamento do setor e que contrariava um dos princípios básicos para a ampliação da exploração, que é tornar os trabalhadores facilmente substituíveis.



Se por um lado segmentar o processo produtivo e restringir o trabalho a uma única tarefa simples representa a inserção da repetição, do bloqueio da criatividade e do controle do pensamento, por outro lado, depender do saber dos trabalhadores é perder o controle do processo produtivo. Transformá-los em peças descartáveis e facilmente substituídas, sem no entanto perder o controle do pensamento, restitui o controle do trabalho nas mãos do capitalista e a possibilidade de ampliação da exploração.

Associada à divisão das tarefas, na maioria das unidades do HTP, o próprio setor era segmentado por organização espacial dos leitos ou alas<sup>37</sup>, criando não apenas a segmentação do trabalho de enfermagem, mas uma divisão de pacientes, ficando cada funcionário responsável pela assistência de enfermagem de “seus pacientes” (e só destes<sup>38</sup>), com exceção da medicação<sup>39</sup>, realizada por outro participante da equipe do setor, responsável exclusivamente pela medicação de todos os pacientes da unidade.

Delimitar territórios por uma separação entre cada membro da organização é limitar a ação do trabalhador a um cargo e uma função, cada um devendo ocupar-se de sua tarefa, sem invadir as funções e sem se ocupar com as tarefas do outro, reduzindo o sujeito a um estrito papel que lhe é concedido (ENRIQUEZ, 1974). Este tipo de divisão no trabalho proporciona o isolamento, o individualismo e segmenta o coletivo dos trabalhadores.

---

<sup>37</sup> As alas eram definidas pela gravidade do paciente (ex.: UTI cardíaca, os pacientes mais graves sempre estavam alotados próximos da porta que dava acesso ao centro cirúrgico, exigindo a movimentação dos leitos diariamente, conforme a evolução dos pacientes), sexo (ex.: setor de enfermarias, na qual até 7 pacientes eram instalados no mesmo ambiente, sexo dos pacientes era o principal critério, criando enfermarias masculinas e femininas) ou idade (ex.: na pediatria existiam 5 alas, estabelecidas pela faixa etária da criança internada, com exceção daquelas com doenças contagiosas), conforme o setor.

<sup>38</sup> Conforme relato de uma auxiliar de enfermagem: “... a gente não pode sair da área da gente e ir também invadir o trabalho do outro. Às vezes tem pessoas que aceitam se você chega e diz: ‘aquele paciente está um pouco desconfortável não seria melhor se a gente fizesse assim?’. Tem gente que aceita e tem outros que acham que você está se metendo na área deles. Quando falta um funcionário, a supervisão diz: ‘naquela ala lá todo mundo se ajuda’. Então a gente vê como cada um só se preocupa com os seus pacientes. As crianças ficam com veia obstruída, vomitadas, molhadas. É que (a ala) não é de ninguém. Daí, só na hora de passar o plantão, daí corre lá, faz uma coisa, faz outra e daí fica uma coisa assim... cada um com os seus pacientes.” (EF24).

<sup>39</sup> A medicação era considerada uma tarefa de grande responsabilidade no trabalho de enfermagem, e exigia concentração e muita atenção do profissional, a fim de evitar erros. A troca de remédios dos pacientes, a ministração da droga que não a indicada ou em doses não adequadas são erros que podem ser fatais aos pacientes ou prejudicá-los no tratamento.

Como bem perceberam os funcionários do HTP<sup>40</sup>, ao dividir as tarefas, o controle torna-se mais eficaz, uma vez que o fracasso ou falha é facilmente atribuído a um trabalhador específico (ou a um pequeno grupo), mantendo as lacunas, as contradições e as finalidades capitalistas na obscuridade. A possibilidade da identificação do responsável (ou do “culpado”) era, por vezes, percebida positivamente pelos trabalhadores, uma vez que estes respondiam apenas pelas suas responsabilidades<sup>41</sup>.

A limitação do espaço da palavra segue a mesma lógica da divisão social e técnica do trabalho. O espaço da palavra dos trabalhadores, no HTP, se restringia a discussões de problemas precisos e circunscritos dentro das competências e responsabilidades de cada cargo e função, caracterizando a palavra como fragmentada e vigiada (ENRIQUEZ, 1974). Questões relacionadas aos objetivos e critérios definidores do processo de trabalho não eram contempladas no espaço da palavra autorizada<sup>42</sup>.

Limitar o espaço da palavra significa atrofiar a vida interior dos indivíduos, garantindo o afastamento das interrogações e dos questionamentos dos trabalhadores (ENRIQUEZ, 2000). “Uma vez que os trabalhadores não são destruídos como seres humanos, mas simplesmente utilizados de modos inumanos, suas faculdades críticas, inteligentes e conceptuais permanecem sempre, em algum grau, uma ameaça ao capital, por mais enfraquecidas ou diminuídas que sejam”. (BRAVERMAM, 1987:124).

É no espaço da palavra que se faz possível a existência do coletivo e da estruturação de mecanismos de enfrentamento real, de reivindicações, de questionamentos (DEJOURS et.al., 1994), os quais colocam em risco a ordem e a manutenção do sistema organizacional e, principalmente, ameaçam a finalidade da dominação e exploração capitalista.

---

<sup>40</sup> 60% reconheceram que o trabalho dividido em tarefas, sempre (33%) ou geralmente (27%) aumentava o controle do supervisor em relação ao trabalho específico de cada um (P9).

<sup>41</sup> “*Eu acho bom que tenha um controle de quem faz o quê. Imagine levar bronca por causa dos outros? Eu só admito levar bronca pelo que eu fiz.*” (EI33).

<sup>42</sup> As idéias dos funcionários para melhorar o trabalho nunca (30%) ou raramente (29%) eram consideradas pelos supervisores (P62).

O discurso de um melhor funcionamento produtivo, atribuído à divisão técnica do trabalho, camufla a fragmentação do coletivo dos trabalhadores e individualiza-os, tornando-os facilmente substituíveis, além de desmobilizá-los enquanto coletivo, retirando sua força na luta de classes, a qual encontra como palco as organizações. Desta forma, a divisão técnica do trabalho reforça a dominação instaurada pela divisão social do trabalho.

A divisão do trabalho nos hospitais propicia a desumanização do atendimento, uma vez que esta divisão se projeta na relação com o paciente, o qual também se torna segmentado. O ser humano acaba sendo dividido em partes, cada qual tratada por um especialista; o paciente tem sua identidade e seu corpo fragmentados. Ora torna-se apenas o objeto no qual se realiza o trabalho de medicação, ora é visto como o objeto no qual se realizam os cuidados de enfermagem, ora é identificado pelo número de leito ou o nome da doença<sup>43</sup>, por vezes é tratado como um órgão doente ou uma doença sobre os quais se executam as práticas médicas, cada uma restrita à sua especialidade<sup>44</sup>.

A divisão do trabalho afasta o sujeito do sentido do seu trabalho e leva à desumanização do trabalhador, uma vez que desemboca num mundo no qual o homem é apenas “o homem da organização”, submisso, que produz objetos e relações que não remetem a um processo criativo, uma vez que a organização exige que ninguém faça outra coisa senão o que está previsto (ENRIQUEZ, 1974). Este processo cria uma situação de alienação social e de desumanização do trabalho, na qual “os atores sociais não falam em seu nome, não têm o domínio de seu próprio destino, não são incluídos no processo de decisão (...)” (ENRIQUEZ, 1974: 76).

A fragmentação e a desumanização do trabalho e do trabalhador deixam espaços livres para a ampliação da dominação e da exploração do capital sobre o

---

<sup>43</sup> Era frequente os profissionais de enfermagem referirem-se aos pacientes identificando-os pelo número do leito e/ou pela doença e não pelo nome (ex.: o diabético do leito 13).

<sup>44</sup> Este processo se evidenciou no caso, relatado por uma enfermeira (EI02), de um paciente com problemas cardíacos que foi a óbito por falta de controle de uma infecção no baço (órgão localizado na região abdominal). Considerando que este paciente estava internado numa unidade específica de tratamento cardiológico, os outros sinais do corpo, além dos cardíacos, não foram verificados e somente foram percebidos quando não mais existia possibilidade de reversão da infecção.

trabalho, reforçado por meio do controle de desempenho e pela vigilância e por meio de dispositivos e de tecnologias físicas.

### 5.3. A VIGILÂNCIA E O CONTROLE DO DESEMPENHO

Para que a produção cumpra as finalidades capitalistas não basta definir os padrões e dividir os espaços. Faz-se necessário controlar a realização do trabalho e o seu desempenho final.

No HTP os supervisores eram os vigias e representantes da ordem e da lei, garantidores de parte da manutenção do funcionamento hospitalar, em relação à equipe de enfermagem. A maioria dos trabalhadores reconheciam que a presença do supervisor fazia com que eles trabalhassem melhor<sup>45</sup>, apesar de não ser uma estratégia que se mostrasse em si garantidora do cumprimento das tarefas. Este fato justificava-se pelo controle exercido também pelos pacientes e pela equipe médica.

Devido à segmentação e especialização do trabalho, conforme detalhado anteriormente, a prática médica no HTP era direcionadora das atividades e do ritmo de trabalho de enfermagem<sup>46</sup> e o controle específico sobre a tarefa acabava se concentrando não nas mãos dos supervisores, mas do médico e do próprio paciente.

Independentemente da presença dos supervisores, os próprios pacientes (e familiares) faziam solicitações e exerciam um certo controle sobre o trabalho dos profissionais de enfermagem<sup>47</sup>. O ser humano é um objeto de trabalho que solicita (e exige) que o trabalho seja realizado<sup>48</sup>. O paciente é uma “matéria-prima” que exerce controle por si mesmo e mobiliza a atividade de trabalho, independente de supervisores. “Os doentes podem fazer algo mais do que simplesmente reagir ao

---

<sup>45</sup> 52% reconheceram que a presença do supervisor fazia com que os funcionários trabalhassem melhor (P53).

<sup>46</sup> Na opinião de uma enfermeira (EI34), “o médico deixa o ambiente pesado. Psicologicamente ele consegue deixar a equipe pressionada. Ele não tem paciência para que você faça um procedimento no tempo certo, quer tudo rápido. Como você vai fazer se a cabeça do médico é assim”.

<sup>47</sup> 92% dos respondentes afirmaram que os pacientes sempre (65%) ou geralmente (27%) faziam muitas solicitações (P07).

<sup>48</sup> Conforme o relato de um técnico de enfermagem (EF05), “mexer com paciente é difícil. A gente procura tratar bem o paciente, mas tem paciente que a gente fica nervoso, paciente agitado, por exemplo. Às vezes tem até que amarrar o paciente na cama. Você passa um dia bem estressado”.

tratamento, podendo, sob diversas formas, participar efetivamente do trabalho médico” (ADAM E HERZLICH, 2001:118).

Além desse fato, a possibilidade do paciente vir a reclamar na diretoria do hospital ou em órgãos legais da sociedade (conselhos profissionais, justiça), no caso de atendimentos ou procedimentos insatisfatórios, constitui-se como uma outra forma de controle, menos freqüente, mas também exercida pelo paciente.

Como o controle exercido pelos pacientes (e familiares) e pela equipe médica era muito efetivo e intenso na realidade do HTP, o controle pela vigilância dos supervisores aparecia de forma mais sutil, dando a este um caráter de segurança e apoio<sup>49</sup> (quando associado com outras estratégias do controle, discutidas posteriormente) e não somente de vigilância.

Presentes na realidade do HTP, relatórios, atas, regulamentos, prontuários, notas de procedimentos também eram estratégias de controle de desempenho e de vigilância. Estas, porém, utilizam a palavra, a qual, uma vez escrita, torna-se petrificada<sup>50</sup> nestes textos argumentados, passando a ter vida autônoma e servindo de ponto de referência, quase como provas de um crime, mesmo que seus autores um dia não se reconheçam mais no seu discurso passado (ENRIQUEZ, 1974). A petrificação da palavra torna o trabalhador escravo do passado e pode instaurar um processo de repetição e rigidez, destruidor da criatividade e da espontaneidade (ENRIQUEZ, 1974).

No trabalho de enfermagem do HTP percebe-se o processo de petrificação da palavra nos registros diários nos prontuários dos pacientes. Estes prontuários tornavam-se documentos e construía o histórico do cuidado de enfermagem para cada paciente em particular. Procedimentos futuros eram decididos considerando estas anotações. As atividades que deixavam de ser realizadas deveriam também ser registradas para que o próximo profissional as realizasse<sup>51</sup>. Este processo de registro

---

<sup>49</sup> 64% reconheceram que, sempre (45%) ou geralmente (19%) os supervisores atuavam como apoio nas situações mais difíceis (P44).

<sup>50</sup> Enriquez utiliza o termo “reificada”, substituída aqui pela expressão “petrificada”.

<sup>51</sup> Uma marcação no prontuário do paciente era feita sinalizando que a medicação foi ministrada e outra sinalizava se isto não tinha ocorrido. Caso a medicação não tivesse sido ministrada ou estivesse com alguma irregularidade era facilmente percebida.

instaura o controle do desempenho e a tendência à repetição, visível nas poucas variações nos registros, referente à forma e à estrutura.

Os próprios trabalhadores também exerciam controle um sobre o outro, principalmente em relação ao cumprimento das tarefas<sup>52</sup> e aos limites dos horários de intervalos<sup>53</sup>. O controle pelos iguais permitia que o HTP permanecesse os finais de semana com apenas um supervisor presente na organização.

A vigilância realizada pelos supervisores e pelos iguais, a utilização das demandas de pacientes e médicos e a petrificação da palavra constituem-se como estratégias do controle físico que visavam garantir e vigiar o desempenho e a produtividade dos profissionais de enfermagem, no HTP.

Estes instrumentos de controle tornam-se instrumentos de exploração do trabalhador, uma vez que, pelo simples fato de existirem, proporcionam o aumento da produtividade e a melhora no desempenho, a favor do capital. São verdadeiros panópticos<sup>54</sup> personificados (nos pacientes, nos médicos, nos supervisores, nos colegas, nos prontuários), considerando que o trabalhador nunca sabe exatamente por quem, quando e em quais situações está sendo vigiado ou tem seu desempenho controlado.

O aumento da produtividade pelo aumento do consumo da força de trabalho é também alcançado por meio das tecnologias físicas.

#### 5.4. AS TECNOLOGIAS FÍSICAS

O controle direcionado ao corpo produtivo pode ser evidenciado também pelas tecnologias físicas (FARIA, 1987), as quais compreendem a infra-estrutura e a instalação da organização (por exemplo, espaços de trabalho no estilo de panópticos<sup>55</sup>),

---

<sup>52</sup> Conforme o relato de uma auxiliar de enfermagem (EI11), *“a equipe de enfermagem é muito desunida. Se eu fiz a medicação, mas esqueci de sinalizar, a equipe do outro plantão não vem perguntar para mim, vai direto falar para a supervisão”*.

<sup>53</sup> 78% afirmaram que os colegas, sempre (58%) ou geralmente (20%), cobravam se alguém se atrasava para voltar do intervalo (P27).

<sup>54</sup> Foucault (1984) descreve a estrutura do panóptico, presente nos sistemas prisionais. Consiste em uma estrutura física de controle, no qual o sujeito nunca sabe quando está ou não sendo vigiado.

<sup>55</sup> Por exemplo, salas com paredes de vidro ou sem isolamento acústico permitem que o movimento e as conversas sejam vigiadas, sem saber, ao certo, quando e por quem o será.

os equipamentos (computadores, relógio-ponto, videocâmeras<sup>56</sup>) e os métodos usados no processo produtivo.

As tecnologias físicas reafirmam o controle sobre a divisão do trabalho e sobre o saber do operário, aumentando a velocidade de produção, o controle e a intensidade do trabalho, o que leva a um desgaste físico e psicológico bem maior do trabalhador, o qual utiliza cada vez menos sua atividade intelectual (FARIA 1997).

As tecnologias físicas são instrumentos que propiciam o consumo máximo da força de trabalho, uma vez que aumentam o ritmo do trabalho e a produtividade.

As tecnologias físicas podem ser simples, como o uso de ferramentas, de máquinas acionadas automaticamente, ou sofisticadas, como sistemas autônomos e de controle de processo. As tecnologias físicas utilizadas pelos hospitais se configuram, predominantemente como tecnologias simples, as quais serão discutidas tendo em vista o HTP.

Um dos equipamentos mais freqüentemente utilizados pelas organizações para o controle do trabalho é o relógio-ponto. O controle do tempo passa a ser de responsabilidade de um equipamento “incorrupível”, que não perdoa e nem se sensibiliza com atrasos, por menores e por mais justificáveis que sejam.

A utilização do relógio-ponto no HTP era recente e reformulou a noção de tempo de trabalho nessa organização. Inicialmente o controle de chegada e saída dos funcionários era realizado pelos supervisores, os quais eram rígidos ou flexíveis conforme seus próprios critérios. Com o relógio-ponto, os minutos de atraso ou de saída antecipada passaram a ser descontados no salário.

O tempo transforma-se um aliado da produção e tornar-se regulador da conduta ao quantificar a duração, o momento de início e de interrupção da atividade de trabalho (ENRIQUEZ, 1974).

Faria (1987:33), destaca o relógio como uma tecnologia física que ao mesmo tempo em que “se valeu o capital para medir a jornada de trabalho, também foi útil

---

<sup>56</sup> A utilização de videocâmeras é geralmente justificada por motivos de segurança e não para o controle do trabalho. Entretanto, independentemente da sua finalidade original, estas podem, ao mesmo tempo, servir para o controle, uma vez que fazem registros ininterruptos do ambiente de trabalho, sem possibilidade de se objetivar quem e quando se terá acesso a estes registros.

para determinar o fim da jornada e, portanto, o tempo de trabalho que o trabalhador tinha para si”. Entretanto, como no caso do HTP, por vezes a jornada de trabalho não terminava no momento determinado e esta prolongação da jornada de trabalho era uma forma de exploração que gerava excedentes “roubados” pelo capitalista, uma vez que estas horas não eram pagas ao trabalhador.

A utilização destas estratégias de controle possibilita a exploração do corpo do trabalhador, à medida que, mesmo configurando-se como estruturas físicas, concretas, mecanizadas, são passíveis de incorporar dois pesos e duas medidas.

Quando estes equipamentos sinalizavam vantagem para a organização, eles eram considerados incorruptíveis e seus registros eram provas vivas, testemunhas acima de qualquer outra<sup>57</sup>. Entretanto, quando estes instrumentos evidenciam a exploração do trabalhador suas informações eram desconsideradas e desprezadas, conforme os interesses capitalistas<sup>58</sup>.

O registro do tempo de trabalho de enfermagem, no HTP, era concretizado por meio do crachá em forma de cartão individual. Na fase de implantação do sistema o esquecimento do crachá era substituído pelo registro do número da matrícula do funcionário, no departamento pessoal ou no controle de presença dos supervisores. Entretanto, com o sistema implantado, o único registro que passou a ser considerado válido para a comprovação da presença era o cartão ponto. Avisos foram anexados repetidamente junto ao relógio-ponto, com letras em caixa alta e frases em negrito, conforme o trecho de um dos avisos, reproduzido a seguir, alertando:

*“A partir de (data) somente o cartão ponto está sendo usado para o fechamento da folha. **Portanto se você esquecer o crachá não entre para trabalhar porque perderá o dia mesmo que trabalhar e se não bater o ponto, por qualquer motivo, também perderá o dia mesmo que trabalhar. Somente terá acesso ao ponto o funcionário com crachá (...) favor não insistir**”*

---

<sup>57</sup> Durante uma reunião entre a diretoria e os supervisores de enfermagem, o diretor afirmou que “se o funcionário não bateu o cartão, infelizmente azar o dele. Você viu que ele estava lá mas o Departamento de Pessoal não tem como saber se ele estava ou não. Não bateu o cartão, então não recebe o dia de trabalho e pronto.”

<sup>58</sup> Uma supervisora, durante uma reunião entre diretor o e os supervisores, comentou, a respeito do relógio-ponto: “eu cheguei esses dias 5 minutos atrasada e descontaram no meu salário. Hoje eu cheguei duas horas antes para a reunião e quero ver se eles vão me dar algum acréscimo”.



Os avisos mostravam claramente a priorização dos aspectos administrativos e econômicos em detrimento da produção<sup>59</sup>. As situações irregulares envolvendo cartão ponto eram causadoras de conflitos entre o departamento pessoal e alguns supervisores de enfermagem, uma vez que a finalidade deste grupo era a execução dos cuidados de enfermagem e não as questões burocráticas de controle de presença e folha de pagamento<sup>60</sup>.

Além do controle do tempo para o capitalista (e não para o trabalhador), o cartão era utilizado também para a entrada no refeitório. Sem o crachá não era possível “desfrutar” da única alimentação (descontada em folha) disponível no hospital. Se o funcionário esquecesse o crachá defrontava-se ou com a privação da alimentação ou com os representantes do capital (funcionários do Departamento Pessoal), para a solicitação de uma autorização.

Associando estas duas estratégias, o crachá era o passaporte que comprovava a existência do trabalhador e era fornecedor do sustento físico, diário e de sobrevivência (uma vez que regulava o salário). Ao mesmo tempo, era a chave para a entrada e permanência na organização, chave essa que tinha mais valor do que o sustento físico e a própria presença do trabalhador, legislando sempre a favor do capital.

Além do cartão-ponto, utilizava-se, no setor de apartamentos e suítes individuais, direcionados para atendimento exclusivo de pacientes particulares e de convênios de ‘alto padrão’<sup>61</sup>, um equipamento que registrava o tempo entre a solicitação de atendimento, executada pelo paciente (ou acompanhante) por meio de uma campainha instalada dentro de cada quarto, e a realização do atendimento,

---

<sup>59</sup> Um dos funcionários do Departamento de Pessoal, em conversa com representante da diretoria de enfermagem, ao referir-se ao esquecimento dos crachás, comenta rindo: “*Nós vamos colocar mais um ponto no hospital, além dos dois que já tem. Daqui uns dias o pessoal vai ter o controle do cartão na própria sala para não esquecer*” (EI28).

<sup>60</sup> Em entrevista informal (EI30), integrante da diretoria de enfermagem comenta: “*agora quem não tiver o crachá para bater o ponto vai voltar e não recebe o dia no salário. Para gente é ruim, porque aí vamos ter que correr atrás de outra pessoa para cobrir o plantão. Os setores estão todos ‘justos’ de funcionários. Se falta um é um problema. Para gente interessa o funcionário e não o ponto.*”

<sup>61</sup> Leia-se, convênios que pagam os melhores honorários para os procedimentos e diárias hospitalares.

identificada no momento no qual a campainha era desligada, dentro do quarto do paciente<sup>62</sup>.

Este sistema era controlado pela consultoria de informática, que registrava todas as chamadas realizadas pelos pacientes e o tempo de espera pelo atendimento. Essas informações eram preparadas em listas e apresentadas à diretoria de enfermagem<sup>63</sup>. O controle da campainha configurava-se, portanto, simultaneamente como um sistema de controle do tempo, controle do desempenho e de vigilância, aumento o ritmo do trabalho e a produtividade dos funcionários do setor.

A exploração por meio do controle físico também encontrava suporte na infraestrutura da organização. Pelo fato do Hospital TP não oferecer as condições adequadas para que os trabalhadores desfrutassem dos horários de intervalos, alguns acabavam voltando às suas atividades antes que seu intervalo terminasse<sup>64</sup>, “doando” tempo de trabalho para o capitalista.

O grupo de trabalhadores noturnos tem direito, assegurado em lei, de uma hora de descanso por noite. Porém, o Hospital TP não oferecia espaços para este descanso, dificultando a realização deste direito, que acabava acontecendo em situações precárias<sup>65</sup>, prejudicando até o bom funcionamento do hospital<sup>66</sup>. Não

---

<sup>62</sup> Conforme relatado pelos funcionários do setor (EI40), *“a gente pediu para aumentar o barulho da campainha porque a gente não ouvia e esquecia de desligar. Todo dia vai uma relação das chamadas que foram feitas e do tempo que demorou para ser atendido. Se a gente atendeu o paciente e não desligou a campainha aí parece que a gente deixou um tempão o paciente sem ser atendido”*.

<sup>63</sup> *“Ontem foi feriado e faltaram duas das três funcionárias do setor. Um paciente chamou a enfermeira pela campainha e ela demorou 40 minutos para atender. Na visita de hoje ele (o paciente) me contou. Eu não falei para ele, mas coitada, é claro que ela vai demorar tudo isto estando sozinha com 21 pacientes. Pode ter certeza que vai chegar uma cartinha ou eles (consultoria) vão telefonar para avisar. Todo paciente que demora mais de 10 minutos para ser atendido eles falam comigo. Eles não consideram a situação (...)”* (relato do diretor de enfermagem - EI10).

<sup>64</sup> 38% confirmaram que os funcionários, sempre (17%) ou geralmente (21%), voltavam ao trabalho antes do término do seu horário de intervalo (P47) *“Não tem lugar de descanso para ficar nos intervalos. Às vezes eu volto antes e começo a trabalhar “antes”* (relato de uma auxiliar de enfermagem – EI42).

<sup>65</sup> Conforme relato do representante do Departamento de Pessoal, *“eles (funcionários) fazem artimanhas para conseguir dormir, dormem dentro do balcão, embaixo de cadeiras. Tiram papéis de dentro do balcão da recepção e transformam em beliche; dorme um em cima e outro embaixo. Se desaba aquilo, morrem os dois.”* (EF23)

<sup>66</sup> Conforme relatado por uma enfermeira e supervisora (EI38), *“eu já falei para o diretor de enfermagem para fazermos um lugar de descanso para a enfermagem, mas ele acha que não precisa. Se um funcionário é mais cuidado ele vai trabalhar melhor, mas ele acha que não deve investir. O pessoal da noite não tem aonde dormir e se encostam em qualquer lugar que encontram. Quando tem uma emergência a gente não sabe nem onde procurá-los.”*

oferecer esta estrutura era uma tentativa de diminuir as horas de não trabalho dentro do tempo de trabalho, mesmo sendo de direito<sup>67</sup>.

Ainda como dispositivo físico de controle e exploração, encontra-se a desproporção entre o número de trabalhadores e o número de pacientes para serem atendidos. Considerando que os pacientes em si exercem vigilância sobre o trabalho de enfermagem e controlam seu desempenho (conforme abordado anteriormente), independentemente do número de funcionários disponíveis, a assistência de enfermagem ao paciente precisa ser feita. Desta forma, a desproporção profissionais/pacientes, no HTP era um dispositivo físico de controle, uma vez que a natureza do trabalho de enfermagem exigia a execução das tarefas, fazendo com que o ritmo do trabalho fosse aumentado até o seu limite máximo, explorando a força produtiva dos trabalhadores, os quais freqüentemente mostram-se exaustos e esgotados<sup>68</sup>.

## 5.5. CONTROLE FÍSICO E EXPLORAÇÃO: CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

O estudo do HTP indica que o controle do corpo do trabalho, por meio de estratégias físicas, possibilita a exploração capitalista, à medida que aumenta a produtividade e proporciona tempo de trabalho não pago ao trabalhador.

Nesse processo, a divisão social do trabalho apresenta-se como núcleo estruturante da relação de exploração capitalista, enquanto a divisão técnica do trabalho retira o controle do processo de produção dos trabalhadores e coloca-o nas mãos do capitalista. Da mesma forma, a divisão técnica do trabalho segmenta a atividade do trabalho e o próprio trabalhador, atrofiando sua vida interior e sua capacidade de questionamento, segmentando o coletivo dos trabalhadores e aniquilando a sua força reivindicatória.

Este processo foi identificado como possibilitador da exploração capitalista dentro do HTP, pela posição de submissão e apatia dos trabalhadores de enfermagem

---

<sup>67</sup> “Eu sou contra eles (o pessoal da noite) dormirem. Eles ganham mais, trabalham menos e ainda dormem”.- opinião do representante do departamento pessoal (EF23).

<sup>68</sup> 89% afirmaram que sempre (73%) ou geralmente (16%) os trabalhadores se sentiam esgotados ao final do plantão (P35).

em relação à organização, pela precarização do trabalho, pela segmentação do trabalho de enfermagem em tarefas, pela segmentação dos setores e dos pacientes, pelo processo de isolamento dos trabalhadores e pela desumanização do atendimento, do trabalho e do trabalhador.

O controle de desempenho e a estrutura de vigilância, enquanto estratégias de controle físico, permitiam ao HTP controlar o trabalhador por meio da vigilância direta dos supervisores, das demandas dos pacientes, das solicitações dos médicos e da palavra petrificada nos prontuários dos pacientes. A exploração dos trabalhadores por meio dessas estratégias era possível por estas configurarem-se como “panópticos personificados”, que tinham a capacidade de aumentar a produtividade e melhorar o desempenho pelo simples fato de existirem.

As tecnologias físicas utilizadas pelo HTP apresentaram-se como evidências da intenção de exploração capitalista desta organização. Essa intenção era facilmente percebida tendo em vista: (a) o relógio-ponto, trabalhando sempre a favor do capital; (b) a falta de estrutura de descanso, que levava ao recebimento de uma “doação” de trabalho não pago por parte dos trabalhadores; e (c) a desproporção entre número de pacientes e de trabalhadores, aumentando o ritmo do trabalho e a produtividade individual.

Apresentados estes elementos, a relação entre o controle físico e a exploração dos trabalhadores de enfermagem se faz explícita, conforme exposto no quadro 4. O processo de exploração do trabalho não se restringe à utilização de estratégias de controle físico. O próximo capítulo apresenta a relação entre o controle burocrático e a ampliação do processo de exploração do trabalhador.

#### Quadro 4 – As estratégias de controle físico e a exploração do trabalhador

<b>CONTROLE FÍSICO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>EXPLORAÇÃO</b>	<b>EVIDÊNCIAS NO HTP</b>
<b>Divisão social do trabalho</b>	Segmenta sociedade em classes e os trabalhadores em categorias profissionais	Estrutura o sistema de produção e exploração capitalista	Estabelece relação de submissão da classe trabalhadora e insere diferentes categorias profissionais no hospital
<b>Divisão técnica do trabalho</b>	Segmenta o trabalho em tarefas simples Fragmenta o homem em ser que pensa ou faz	Controle do trabalho nas mãos do capitalista Atrofia a vida interior do trabalhador	Divisão de tarefas, de pacientes e dos setores Desumanização do atendimento, do trabalho e do trabalhador
<b>Controle de desempenho e vigilância</b>	Controla quais atividades estão sendo realizadas e como está sendo desenvolvido o trabalho	Aumenta produtividade e melhora o desempenho dos trabalhadores	Panópticos personificados nos prontuários, na vigilância direta supervisores, no controle do trabalho pelos pacientes e pelos médicos
<b>Tecnologias físicas</b>	Controla ritmo do trabalho e limita a ação do trabalhador	Aumenta a produtividade e as horas de trabalho não pagas	Relógio-ponto sempre a favor do capital, falta de estrutura para descanso, desproporção entre número de pacientes e de funcionários

## **CAPÍTULO 6**

### **O CONTROLE BUROCRÁTICO E A OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE EXPLORAÇÃO DO TRABALHADOR**

Sustentado na estrutura formal da organização e nas relações hierárquicas determinadas no organograma, o controle burocrático delimita as permissões e as proibições, os padrões e as rotinas, os impedimentos e as possibilidades referentes à atividade de trabalho, em particular, e de suas condições gerais, visando assim, garantir a ordem e a produção organizacional (MOTTA, 2000; FARIA, 2003).

O controle burocrático se faz presente nas organizações por meio das seguintes estratégias:

- a) na estrutura hierárquica: consiste na definição e na distribuição de espaços de autoridade e de responsabilidade, estruturando uma linha de mando e subordinação, a qual dissemina o controle capitalista por toda a organização;
- b) na organização do processo produtivo: corresponde à tecnologia de gestão de ordem instrumental (FARIA, 1987), que compreende técnicas e estratégias de racionalização do trabalho, do estudo de tempos e movimentos, da organização física e de processo da produção, da organização, sistemas e métodos;
- c) no sistema de normas: regula as relações dos trabalhadores com a organização, utilizando-se de um conjunto de normas e regras que rege o que é permitido e o que é proibido, demarcando as atitudes e as posturas esperadas e autorizadas na organização.

O controle burocrático foi pesquisado de forma a abordar a relação entre a exploração do trabalhador e as estratégias de controle infiltradas na estrutura hierárquica (6.1), na organização do processo produtivo (6.2) e nas normas e nas regras reguladoras da conduta (6.3), tendo como referência o HTP.

## 6.1. A HIERARQUIA: DISSEMINAÇÃO DO CONTROLE

A estrutura hierárquica, instituída sob a justificativa de uma impossibilidade de todos comandarem, separa os trabalhadores por níveis de autoridade e responsabilidade, conforme as diferenças de formação, de competência e de habilidades (ENRIQUEZ, 1974; BRAVERMAN, 1987; FARIA, 1987).

A estrutura hierárquica tem como finalidade estabelecer um “sistema capaz de dar concretude e eficiência operacional ao controle, na medida em que o exercício deste é disseminado, segundo uma orientação emanada da cúpula, em todos os cantos da fábrica, de formas cada vez mais intensas e, em muitos casos, sutis.” (FARIA, 1987:45).

A linha de autoridade e de hierarquia, às quais devem responder os profissionais de enfermagem, vai além dos superiores da própria categoria profissional. No HTP, o trabalho de enfermagem configurava-se como o ponto de encontro de três linhas de autoridade: médica, administrativa e de enfermagem, todas respondendo aos interesses dos proprietários. Entre elas havia alternâncias constantes de domínio, uma vez que se constituíam como autoridades paralelas e subordinadas parcialmente, cada qual sendo superior na sua própria área. Para os trabalhadores operacionais de enfermagem, estas três linhas de autoridade tinham predominância em relação a aspectos específicos do seu trabalho.

Reproduzindo as relações construídas no decorrer da história, a prática de enfermagem continua dependente do saber médico, vinculada e subalterna às ações médicas, estabelecendo uma relação hierárquica. No HTP, o médico configurava-se como hierarquicamente superior aos profissionais de enfermagem, independentemente do cargo e formação destes últimos, no que diz respeito às definições e ao direcionamento do tratamento dos pacientes. A posição hierarquicamente superior da equipe médica, referente à definição das ações de enfermagem no cuidado dos pacientes, era reconhecida por 70% dos respondentes do questionário<sup>69</sup>.

---

<sup>69</sup> 70% afirmaram que os procedimentos de enfermagem precisam ser prescritos pelos médicos, sempre (54%) ou geralmente (16%) (P31).

A linha de autoridade administrativa, no HTP, regulava o gerenciamento dos trabalhadores de enfermagem como funcionários de uma empresa, estabelecendo as relações de compra e venda de força de trabalho e os contratos e as regras que os regulavam. As normas e regulamentações, em geral, passavam do departamento pessoal para os trabalhadores de enfermagem, por meio de informativos afixados em murais ou pelos profissionais superiores da enfermagem, os quais reforçavam as regras já apresentadas em edital. O Departamento Pessoal do HTP, representante da autoridade administrativa nesta organização, visava a manutenção da ordem e do funcionamento do hospital enquanto uma empresa lucrativa.

A hierarquia específica de enfermagem no HTP, na sua estrutura formal, era composta por três níveis: diretoria, supervisão e trabalhadores operacionais.

A diretoria de enfermagem era responsável por organizar as linhas gerais do trabalho da enfermagem e constituía-se como representante dos profissionais desta categoria, perante as demais equipes do hospital. Os supervisores<sup>70</sup> acompanhavam o trabalho das equipes auxiliares, repassando e fazendo cumprir as orientações e deliberações da diretoria de enfermagem e as normas gerais de funcionamento do hospital.

Os trabalhadores operacionais<sup>71</sup> dedicam-se entre outras atribuições, principalmente à assistência direta aos doentes<sup>72</sup>. Conforme regulamentado pelo conselho que rege esta profissão<sup>73</sup>, ao técnico de enfermagem cabe, entre outras atribuições, assistir o enfermeiro no planejamento, programação, orientação e também na supervisão das atividades de assistência de enfermagem<sup>74</sup>. Portanto, existe uma hierarquia reconhecida formalmente, que considera os técnicos superiores aos auxiliares.

---

<sup>70</sup> A supervisão era composta por 22 integrantes, incluindo os 2 membros da diretoria, os quais também exerciam a função de supervisores.

<sup>71</sup> Os trabalhadores de enfermagem sem cargo de supervisão somavam 198 profissionais.

<sup>72</sup> As atribuições dos técnicos e auxiliares, conforme regulamentado pelo COFEN, no decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987, está apresentada no anexo 5.

<sup>73</sup> Os profissionais de enfermagem, no Brasil são representados, em todas as suas categorias, pelo COFEN – Conselho Federal de Enfermagem.

<sup>74</sup> Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987 (anexo 5).



Alguns técnicos e auxiliares exerciam cargos de supervisão, apesar de ser uma atribuição legalmente restrita aos enfermeiros<sup>75</sup>. Entretanto, independente da formação dos supervisores, o respeito se dava pelo lugar que eles ocupam na hierarquia da organização. Os setores supervisionados por estes profissionais estavam sob responsabilidade legal do enfermeiro, membro da diretoria de enfermagem, ou de outros supervisores com curso superior, apesar da total autonomia dos técnicos e auxiliares em cargo de supervisão.

A estrutura hierárquica estabelece um sistema de mando e subordinação que opera em cadeia, definidora daqueles que participam dos processos decisórios, criando condições próprias não só para o exercício das formas de controle, como para a expansão da dominação e da exploração capitalista, constituindo-se, sobretudo, como “uma forma de controlar a maneira pela qual o capital deva se reproduzir ininterruptamente.” (FARIA, 1987:46).

Em meio aos paradoxos e às contradições instaladas no encontro dessas linhas de autoridade e responsabilidades, que ora somam esforços e ora se fragmentam e se confrontam, os profissionais de enfermagem do HTP se mostravam dóceis<sup>76</sup>, obedientes<sup>77</sup> e submissos<sup>78</sup>, comportamentos estes que evidenciam a eficácia do mecanismo de controle burocrático (HOPFER, 2002), camuflado na estrutura hierárquica da organização.

Uma vez avaliada enquanto autoridade necessária, a divisão hierárquica, definida pela estrutura organizacional, mascara a relação de submissão estabelecida por meio da divisão entre aqueles mandam e aqueles que obedecem (ENRIQUEZ, 1974: 77). No HTP, a separação entre aqueles os que mandavam e obedeciam eram

---

<sup>75</sup> Decreto n.º 94.406, de 08 de junho de 1987 (anexo 5).

<sup>76</sup> 85% consideravam, sempre (67%) ou geralmente (18%), importante ter um supervisor que dissesse o que era certo e errado (P29).

<sup>77</sup> 63% dos respondentes declararam que os funcionários, sempre (24%) ou geralmente (39%), seguiam as normas sem questioná-las (P30).

<sup>78</sup> 81% afirmaram que a melhor maneira de enfrentar as situações de trabalho era, sempre (50%) ou geralmente (31%), aceitar e não confrontar (P74).

explícitas e impeditivas da participação dos trabalhadores operacionais nas definições referentes ao seu trabalho <sup>79</sup>.

A exploração capitalista por meio da estrutura hierárquica encontra-se na disseminação do controle por toda a organização, não existindo trabalhadores sem um chefe correspondente, este representante dos interesses capitalistas. A partir da disseminação do controle torna-se também possível a disseminação da exploração. Como a organização do processo do trabalho é definida e transmitida pela estrutura hierárquica, é nesse ponto que o processo de exploração se concretiza, processo este sustentado na ordem imposta por meio da estrutura hierárquica.

A hierarquia acaba por amenizar a iniciativa e propicia a proliferação da repetição, tendo em vista que é definidora da organização do processo de trabalho, impondo a coexistência entre a submissão e criatividade; a hierarquia “estabelece um sistema que justapõe uma gestão rigidamente organizada com um envolvimento pessoal nas tarefas.” (FARIA, 1987:45).

## 6.2. A ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

O controle burocrático cria armadilhas na estrutura organizacional, de forma a aprisionar o indivíduo. Ao trabalhador não é permitido definir sua própria atividade, a qual deve ser realizada conforme os manuais e os protocolos preestabelecidos e as normas definidas pela especialização da função, cumprindo os prazos de tempo e os padrões de movimento e de procedimentos definidos pela organização e disseminados pela estrutura hierárquica (ENRIQUEZ, 1974).

Os profissionais de enfermagem do Hospital TP, raramente podiam escolher o setor de trabalho, o qual era um importante elemento definidor da natureza de sua atividade ocupacional<sup>80</sup>. Cada unidade hospitalar era direcionada para a realização de

---

<sup>79</sup> “Aqui ninguém participa. É só entre os grandes. Têm os obedecidos e os que obedecem, entendeu, é assim. Se tem um pequenininho lá, com idéias boas, não tem chance de mostrar porque não dão oportunidade.” (EF03 – técnica de enfermagem).

<sup>80</sup> O atendimento de enfermagem, em uma unidade de terapia intensiva (UTI) ou em um pronto-socorro, direcionado a procedimentos de emergência e ao atendimento de pacientes de alto risco, exige formação, habilidades e competências profissionais específicas e expõe os trabalhadores constantemente a situações envolvendo a morte humana. Em outros setores, como na pediatria, os profissionais de enfermagem são desafiados diante da ansiedade das famílias e da dificuldade de

procedimentos específicos e para o atendimento de clientela diferenciadas, fatores estes que alteravam a natureza do trabalho de enfermagem.

O funcionário recém-contratado ficava lotado num setor pré-determinado<sup>81</sup>, estando sujeito a permanecer no mesmo setor indeterminadamente<sup>82</sup>, mesmo querendo trocar, ou a ser transferido, mesmo sem desejar<sup>83</sup>. As negociações para troca de setor eram limitadas<sup>84</sup> e acompanhadas de exigências exploratórias<sup>85</sup>, no caso dos próprios trabalhadores pedirem a troca.

Além da pouca possibilidade de escolher o setor e, portanto, a natureza do trabalho, o grupo dos profissionais de enfermagem do HTP realizava seu trabalho conforme uma rotina preestabelecida<sup>86</sup> e conforme a divisão de tarefas.

Todas as tarefas operacionais de enfermagem deveriam ser realizadas conforme um padrão de tempo e qualidade, ou da própria profissão<sup>87</sup> ou estabelecido pelo hospital TP<sup>88</sup>, conforme o caso. A padronização no modo de execução das tarefas

colaboração das crianças na realização dos procedimentos, inclusive rotineiros e de pouca complexidade. Sendo assim, a natureza do trabalho de enfermagem apresenta alterações significativas conforme o setor do trabalho.

<sup>81</sup> A contratação dos funcionários acontecia para um setor específico, sem possibilidade de escolha, conforme comentado por uma auxiliar de enfermagem (EF12): *“Quando me chamaram, só tinha vaga e era no setor, eu comecei a trabalhar, gostei e por enquanto eu não quero sair. Eu até poderia trabalhar em outro setor, mas, por enquanto, eu gosto de lá.”*

<sup>82</sup> *“Eu sempre fico com a cisma de que eu não saio do lugar. Quem entra lá na UTI sem experiência, sem nada, fica. Se eu entro no pronto socorro, eu fico lá. Eles não fazem rodízio nem vêem se alguém quer mudar de setor ou se alguém quer se aperfeiçoar. Isso é que eu acho errado. É, eles te põem aqui e você fica aqui e acabou. Fica mais cômodo pra eles do que ficar mudando ou incentivando, sei lá. Eles preferem deixar quieto.”* (EF03- técnica de enfermagem).

<sup>83</sup> Membro da diretoria de enfermagem (EI 26), afirmou que *“quando um setor não está funcionando bem aí fazemos (a diretoria) troca de setor. Às vezes eles (funcionários) reclamam, mas depois acostumam. Quando uma pessoa trabalha bem e, por exemplo está tendo problema em outro setor a gente chama para o setor problema, para ver se melhora.”*

<sup>84</sup> Trabalhadora de enfermagem afirmou (EF02) que *“as pessoas que já são da ‘panelinha’ têm muita facilidade de mudar de setor. Os outros que não têm nada com a ‘panelinha’, têm que pedir pelo amor de Deus, posso sair do setor que estou para ir para outro setor ... Os que são da ‘panelinha’ vão para qualquer lado. Chegam a escolher: eu quero ir para aquele setor.”*

<sup>85</sup> Quando o trabalhador queria trocar de setor, antes ele deveria fazer um treinamento de quinze dias, sem remuneração, em horário fora do trabalho. Como a escala de trabalho seguia um dia de trabalho e um dia de descanso, o treinamento era realizado no dia de descanso, diante da autorização prévia da direção de enfermagem e da supervisão do setor.

<sup>86</sup> 88% afirmaram que sempre (58%) ou geralmente (30%) seguiam uma rotina preestabelecidas para o desenvolvimento das tarefas (P37).

<sup>87</sup> Nas escolas de formação de profissionais de enfermagem, são repassados os padrões julgados como mais adequados para a realização de tarefas como banho dos pacientes e troca de roupas de cama.

<sup>88</sup> Os pedidos de medicação à farmácia eram regulados por um sistema informatizado, próprio do hospital, no qual todos os medicamentos deveriam ser indicados, inclusive sua quantidade específica.

restringia a liberdade dos funcionários para desenvolver seu trabalho como gostariam<sup>89</sup> e tornava-o repetitivo<sup>90</sup>.

Gerenciada e controlada pelos supervisores dos setores, as tarefas eram realizadas conforme uma escala pré-definida<sup>91</sup>, sendo que cada trabalhador deveria desenvolver a função indicada por um período de tempo específico, geralmente com duração de 15 dias a 1 mês, conforme o setor. A escala era elaborada seguindo uma ordem espacial e lógica da estrutura física do setor<sup>92</sup>, de forma que os profissionais não precisassem consultar tabelas para saber qual tarefa eles deveriam desenvolver<sup>93</sup>.

A organização do trabalho de enfermagem propiciava que cada um tivesse sua tarefa pré-definida, a qual deveria ser realizada dentro dos padrões e da rotina estabelecida. Esta organização do trabalho propiciava a exploração do trabalhador uma vez que, ao tornar o trabalho de enfermagem uma atividade repetitiva, mecanizada, padronizada, semelhante a uma “linha de produção”, o tempo para a realização das tarefas era diminuído e assim aumentava a produtividade individual dos trabalhadores. Este é o sistema que possibilita que um único profissional de enfermagem tenha a capacidade de atender integralmente (cuidados e medicação) até 21 pacientes num único plantão<sup>94</sup>. “O trabalho duro num tempo reduzido produz o mesmo resultado que um trabalho pouco intenso numa grande extensão”.(MARX, 1978:59).

Além do aumento da produtividade, a organização do trabalho de enfermagem no HTP reforçava a submissão e a apatia diante da exploração. O comodismo diante da

Além do sistema informatizado estes pedidos deveriam ser registrados em protocolos específicos, em papel.

<sup>89</sup> 60% afirmaram que dependendo da situação, geralmente (30%) ou raramente (30%), os funcionários tinham liberdade para desenvolver o trabalho como gostariam (P24).

<sup>90</sup> O trabalho era considerado, sempre (55%) ou geralmente (25%), repetitivo por 80% dos respondentes (P65).

<sup>91</sup> 82% afirmaram que os profissionais nunca (61%) ou raramente (21%) podiam escolher qual tarefa queriam desenvolver (P49).

<sup>92</sup> A escala seguia a lógica da organização espacial dos leitos no setor ou da ordem física das alas, definida, portanto, a partir da estrutura física da organização.

<sup>93</sup> 93% confirmaram que cada profissional, sempre (77%) ou geralmente (16%), sabia a tarefa que deveria desenvolver sem precisar consultar a escala elaborada pelo supervisor.

<sup>94</sup> Conforme relatado por uma auxiliar de enfermagem (EI 13): “*Ontem foi feriado e nós somos em três no setor, mas só eu vim. Acabei atendendo 21 pacientes sozinha. E ainda tinha uma juíza internada e ele (supervisor) queria que eu ficasse verificando os sinais dela a cada duas horas. Não dava né, eu tinha que atender os outros pacientes também e eu estava sozinha*”.

aparente segurança de saber exatamente qual a sua tarefa e qual o seu espaço de ação atribuída à organização do trabalho um significado de ordem necessária e segurança para os trabalhadores<sup>95</sup>.

As organizações são locais de repetição e são variadas para funcionar conforme um modelo e não num processo vivo. Ao instaurar um sistema repetitivo de funcionamento, a estrutura organização reduz ou até elimina os espaços de criatividade, de questionamentos, da palavra livre e da tendência à destruição pela competição descontrolada (ENRIQUEZ, 1997).

A repetição e os espaços restritos de ações dos trabalhadores atrofia a criatividade e a iniciativa e os torna apáticos, isolados e inertes frente à exploração e à dominação.

### 7.3. REGRAS E NORMAS REGULADORAS DA CONDUTA

O controle exercido pelas regras e normas estabelecidas pela organização do trabalho cria as convenções do que é permitido e do que é proibido, além de demarcarem as atitudes e as posturas esperadas e autorizadas na organização.

No Hospital TP o Departamento de Pessoal tinha papel decisivo na elaboração das normas, as quais regiam a conduta dos profissionais de enfermagem, gerenciando desde o controle dos horários, do salário, das normas internas de conduta, do que era permitido e do que era proibido dentro da organização.

Como os trabalhadores não participavam na elaboração das regras determinadas pelo Departamento de Pessoal (discutido no próximo capítulo), e a diretoria de enfermagem tinha um espaço de negociação limitado<sup>96</sup>, as regras eram definidas e

---

<sup>95</sup> Auxiliar de enfermagem, em relação à escala de tarefas, comentou (EI 33): “*Eu gosto (da escala) porque ficar em um lugar só, não dá e fazer tudo junto, vira bagunça. Assim também eu só respondo por aquilo que eu fiz*”.

<sup>96</sup> Não cabia ao diretor de enfermagem, no caso do HTP, decidir horários, salários, benefícios. No máximo ele poderia ser mediador entre as reivindicações dos trabalhadores e as exigências do Departamento Pessoal. Entretanto, esta não era a situação observada no HTP. A diretoria de enfermagem tinha pouca influência na decisão das normas gerais de gerenciamento dos trabalhadores de enfermagem e, em geral, apoiava as decisões do Departamento Pessoal, sem muitos questionamentos.

impostas, independentemente da opinião dos trabalhadores<sup>97</sup> e legislavam sempre a favor do hospital.

Se existia uma estratégia de controle que explicitava descaradamente o objetivo intencional de exploração do trabalhador no HTP, esta estratégia constituía-se das normas reguladoras da conduta.

As normas estabelecidas pelo Departamento Pessoal regulamentavam: o número máximo de plantões que poderiam ser trocados por mês, as regras para que as trocas de plantões acontecessem, o valor que o funcionário deveria pagar para quem cobriu o seu plantão na troca, o desconto de dois dias no salário no caso de falta sem aviso, a divisão dos períodos de férias (definido pela época do ano da contratação), os critérios de validade dos atestados de saúde, a proibição da presença de familiares dos funcionários (inclusive nos horários de intervalo), a definição dos horários de intervalo, a suspensão das folgas (de direito) em troca de acréscimo no pagamento, a suspensão da cesta básica para os funcionários com falta sem aviso, entre outras medidas.

Avaliando de maneira geral estas normas, observa-se que elas estavam direcionadas para o controle da ordem organizacional. Entretanto, seu alcance atingia, para além da ordem, a exploração do trabalhador.

Como exemplo desse processo, destaca-se o caminho entre a suspensão das folgas e as trocas. A suspensão das folgas (duas mensais), direito assegurado dos trabalhadores da área, foi substituído por pagamento no salário, desde a origem do hospital. Além do valor adicionado ao salário não representar um valor proporcional, não havia possibilidade do trabalhador escolher se queria as folgas ou o dinheiro. Esta era uma norma estabelecida para todos.

Sem folgas, a alternativa para os trabalhadores que precisavam ou queriam um dia sem trabalho era a troca de plantão, autorizada apenas uma vez por mês. Esta deveria ser feita com antecedência, sendo de responsabilidade do trabalhador encontrar outro funcionário para o substituir. Além disso, o valor que o funcionário deveria

---

<sup>97</sup> 77% afirmaram que os funcionários nunca participavam da elaboração das normas feitas pelo Departamento de Pessoal (P36).

pagar para o seu substituto era superior ao valor repassado pelo dia de trabalho, gerando custo financeiro para o trabalhador. Se o substituto faltasse, ele ficava impedido de trocar e cobrir plantões num período de três meses. Neste caso, o trabalhador que pediu a troca levava falta referente àquele dia, além de ter descontado dois dias na folha de pagamento (aproximadamente R\$50,00, num salário bruto de R\$ 380,00). Este processo dificultava as trocas, mas não as eliminava, uma vez que as trocas configuravam-se como uma das únicas possibilidades do trabalhador ter dois dias seguidos sem trabalho durante o mês todo.

A troca de plantão deveria ser justificada, por escrito, no mesmo documento que a autorizava, o qual deveria ser assinado pelos dois funcionários envolvidos e seus supervisores. Como a autorização ficava a cargo da avaliação de cada supervisor, por vezes os funcionários não conseguiam trocar o plantão<sup>98</sup>, evidenciando um controle por parte da organização inclusive sobre a utilização do tempo de não trabalho. Os critérios de troca de plantão, a exemplo dos demais, legislam de forma a encurralar os trabalhadores, deixando-os totalmente apáticos, impotentes e expostos a serem consumidos até seu limite máximo.

As regras eram altamente eficazes como mecanismos de controle burocrático na realidade do HTP. Além de garantirem a ordem do funcionamento organizacional, as regras eram organizadoras da rede de exploração do trabalhador, não deixando muitos espaços para confrontação e para a participação dos trabalhadores.

A regulação por meio das normas aparecia como condição necessária da organização produtiva; entretanto, seu objetivo era a dominação e a exploração do trabalhador. A regulação social apresenta-se como “código autoritário”, uma vez que os trabalhadores não participam das elaborações das regras e das decisões que direcionavam o processo produtivo (FARIA, 1987).

A eficiência das regras só é possível por estar articulada com um sistema formalmente estruturado de sanções que visa apoiar a obediência às normas,

---

<sup>98</sup> “Até hoje eu não sei se eu agi certo ou agi errado. Mas tem aí um funcionário, que voltou de férias faz duas semanas e pediu troca de plantão. Eu falei para ele que não ia deixar ele fazer essa troca. Porque se ele falasse ‘eu vou ver o meu pai que está doente’, eu ia deixar, se ele falasse ‘eu preciso buscar um documento’, eu ia deixar, mas é pra ele ir numa festa!!” (técnico supervisor – EF 08).

regulamentos e ordens, de forma que sejam recompensados aqueles cuja realização está de acordo com as normas da organização e que sejam punidos aqueles cuja realização delas se desviou (ETZIONI, 1984:77-78).

Na realidade do HTP, o sistema de sanções utilizava-se basicamente de punições e ameaças <sup>99</sup> (abordado posteriormente). A recompensa para os que obedeciam não era o reconhecimento, mas era a não punição.

#### 6.4. O CONTROLE BUROCRÁTICO E A EXPLORAÇÃO DO TRABALHADOR: CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

Utilizando-se do controle burocrático, obtêm-se muito mais do que o controle da produção ou da atividade do trabalho, mas seu exercício é um processo de massificação da classe trabalhadora, garantidor da manutenção da ordem e do alcance dos objetivos de produção e de dominação da organização. As estratégias de controle burocráticas operacionalizam a rede de exploração do trabalhador.

A estrutura hierárquica, representante dos interesses capitalistas, ao segmentar a organização entre os “obedecidos e os que obedecem”, estrutura as relações possibilitadoras do exercício do poder, delimita os espaços de decisão de cada um dentro da organização e dissemina o controle e a exploração.

A organização do trabalho de enfermagem no HTP estabelecia rotinas nos setores e padronizava a forma e a execução das tarefas, de maneira a construir uma linha de produção repetitiva e destruidora da criatividade, porém ampliadora da produtividade individual dos trabalhadores. A exploração proporcionada pela organização do trabalho de enfermagem se evidenciava pelo número de pacientes atendidos por trabalhador.

Uma vez que os trabalhadores não participavam da elaboração das normas da condutas do HTP, estas se caracterizavam como códigos autoritários, que garantiam

---

<sup>99</sup> Utilizando o mesmo exemplo da troca de plantão (nota de rodapé n° 97), uma vez que o supervisor não autorizou a troca de plantão, “*daí ele (o funcionário) falou assim: ‘Se você não assinar a minha troca, eu vou pedir pro outro supervisor’. Daí eu falei: ‘você que sabe, mas se você fizer isso, você vai estar passando por cima das minhas ordens e eu não vou gostar e quando você voltar, talvez você não seja mais bem-vindo neste setor’*”.



não só a ordem e a produção, mas principalmente organizavam a rede de dominação e de exploração dos trabalhadores.

Apesar dos espaços de ação clandestinos, os trabalhadores se mostravam apáticos, submissos e resignados diante da estrutura hierárquica, da organização do trabalho e das normas de conduta estabelecidas no HTP. As relações entre as estratégias de controle burocráticas e a rede de exploração do trabalhador no HTP, estão apresentadas no quadro 5 .

**Quadro 5 – As estratégias de controle burocrático e exploração do trabalhador**

<b>CONTROLE BUROCRÁTICO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>EXPLORAÇÃO</b>	<b>EVIDÊNCIAS NO HTP</b>
<b>Hierarquia</b>	Estrutura a linha de mando e subordinação Distribui e delimita espaços de autoridade e responsabilidades	Dissemina o controle, a dominação e a exploração capitalista	Enfermagem era o ponto de encontro entre hierarquia médica, administrativa e de enfermagem, as quais controlavam e consumiam os trabalhadores, cada qual na sua área
<b>Organização do processo produtivo</b>	Racionaliza o processo produtivo, inserindo a padronização e o estabelecimento de rotinas	Aumenta a produtividade individual dos trabalhadores pela diminuição do tempo necessário para a realização do trabalho	Estabelecimento de rotinas nos setores, padronização na forma e no tempo de execução das tarefas Trabalho repetitivo Apatia dos trabalhadores Alta proporção de pacientes atendidos por trabalhador
<b>Normas de conduta</b>	Regula as relações dos trabalhadores com a organização, utilizando-se de um conjunto de normas e regras que regem o que é permitido e o que é proibido	Normas como código autoritário, formuladas pelos representantes do capital	Código autoritário, legislava a favor do capital e organizava a rede de exploração do trabalhador

A eficiência do controle burocrático como instrumento de exploração no HTP, encontrava-se relacionada com as estratégias de gestão e as políticas de recursos humanos, estratégias estas de controle político-ideológico, abordadas no próximo capítulo.

## **CAPÍTULO 7**

### **O CONTROLE POLÍTICO-IDEOLÓGICO E A LEGITIMIDADE DA REDE DE EXPLORAÇÃO DO TRABALHADOR**

O controle político-ideológico tem como função convencer e fazer interiorizar certas condutas e princípios que garantam o respeito às diretrizes centrais da empresa (PAGÉS et al., 1987), por meio da construção e da manutenção de ideologias e de procedimentos tidos como éticos, buscando legitimidade da ação e da estrutura organizacional, seja pelo estabelecimento de sistemas de comando centralizados ou representativos (FARIA 2003).

O controle político-ideológico, ao mesmo tempo em que tem os atributos de compromisso, domínio e submissão próprios da política (KENBERG, 2000:133), apresenta a função ideológica de oferecer uma justificção para os valores e as condutas da organização, função esta com capacidade de fundamentar a ordem social e desmobilizar as possíveis resistências (BOUDON e BOURRICAUD, 1993:280).

O controle político-ideológico evidencia-se na estrutura política e nos aparelhos ideológicos instituídos e difundidos nas formas de definição da estrutura de gestão e nas políticas e práticas de RH. Estas duas estratégias associadas indicam e legitimam os encaminhamentos das metas e objetivos, dos planos e das estratégias de ação (FARIA, 1987; 2003).

O controle político-ideológico apresenta-se, de forma geral, por meio de dois modelos de gestão: modelos de gestão participativa e fundadas na ideologia do sucesso e da competição econômica (7.1) e modelos de gestão autoritária e repressiva (7.2). As políticas e práticas de RH (7.3) configuram-se, igualmente, como estratégias de controle político-ideológico, independentemente do modelo de gestão utilizado pela organizações.

## 7.1. A FACE SUTIL DO CONTROLE POLÍTICO-IDEOLÓGICO: OS MODELOS DE GESTÃO PARTICIPATIVA E FUNDADOS NA IDEOLOGIA DO SUCESSO E DA COMPETIÇÃO ECONÔMICA

Uma das configurações mais sofisticadas e sutis do controle político-ideológico encontra-se nos modelos de gestão participativa, que consiste no envolvimento do conjunto dos participantes no processo decisório e no estabelecimento de sistemas de comando representativos.

Dentre os modelos de gestão participativa, destaca-se a gestão pela democracia<sup>100</sup> (MOTTA, 2000), na qual a estrutura dirigente se apresenta como a pura expressão da vontade do grupo. Os dirigentes sentem-se legitimados para indicar os desejos dos participantes, promover a adesão, propor uma ideologia, definir uma ética, incluir e excluir. Os poucos que comandam esta estrutura indicam como a organização deve funcionar e como os indivíduos devem posicionar-se dentro dela. Este modelo de gestão apresenta-se em estratégias que visam difundir valores de liberdade, igualdade, segurança, excelência e comprometimento (MOTTA, 2000; HOPFER, 2002).

As estruturas de gestão participativa configuram-se como uma estratégia de controle político-ideológico, uma vez que, ao criar um espaço para os membros no processo decisório, estas mascaram o processo de atualização e refinamento do controle, aprisionando e amortecendo as mentes e os corpos dos trabalhadores, ampliando assim a dominação e a possibilidade de exploração (FARIA, 1997:114).

Outra estratégia de controle político-ideológico encontra-se nos modelos de gestão fundados na utilização da ideologia de valorização do sucesso e da competição econômica, as quais objetivam garantir resultados<sup>101</sup>. Esta estrutura político-ideológica apela para o uso da inventividade, da iniciativa e da criatividade, buscando atingir padrões de excelência por meio exploração das potencialidades dos trabalhadores. Ao valorizar o sucesso e os padrões de excelência a organização desencadeia a competição

---

<sup>100</sup> Enriquez (1983) e Motta (2000) consideram a democracia como um mecanismo de controle. Na classificação deste estudos esta é entendida como mais uma estratégia (e não um mecanismo) do controle político-ideológico.

<sup>101</sup> Esta estratégia de controle político-ideológica é classificada por Motta (2000) como um tipo específico de controle, o controle por resultado.

entre os iguais, estabelecendo assim o controle sobre os trabalhadores. O sucesso, de responsabilidade pessoal, é a grande meta dos participantes e o preço desse é a ansiedade, gerada em busca de um prazer prometido que nunca chega, uma vez que os postos de comando são privilégio dos poucos que demonstram adesão total (MOTTA, 2000).

MOTTA (1984<sup>102</sup> apud FARIA, 1987) considera que a ideologia do sucesso e da competição aparece por meio de cinco aspectos centrais: a) deve-se buscar um progresso técnico; b) o trabalho deve realizar as pessoas; c) todos têm iguais oportunidades de trabalho; d) os esforços serão recompensados pela organização; e) deve-se buscar o sucesso individual.

Um exemplo de gestão político-ideológica sutil, com estrutura participativa e com a utilização da ideologia do sucesso e da competição, encontra-se na organização estratégica atual, descrita por Enriquez (2000) Esta segue um modelo no qual privilegiam-se o esforço, a criatividade e o sucesso pessoal ao mesmo tempo em que o indivíduo é considerado como um membro de um grupo, do qual aceita as normas. A estrutura estratégica atual exige indivíduos com iniciativa, adaptáveis e flexíveis, que valorizem a performance pela performance e que estejam em formação permanente, em diversas áreas. O chefe deve ser admirado e impressionar seus ‘colaboradores’, ressaltando suas marcas de sucesso, sendo justo e sensível, duro e compreensível, misterioso e próximo, construindo um mundo teatral de aparências e ambigüidades.

A organização estratégica atual segue objetivos inconciliáveis: exige a integração na empresa e a idealização da mesma; demanda espírito individualista, competitivo e um forte espírito de equipe; requer iniciativa e criatividade mas não abre espaços para a crítica; propõe a participação mas inibe a formação de grupos questionadores; quer indivíduos que se sintam construtores do seu destino apesar de alienados (ENRIQUEZ, 2000).

Em oposição às evidências sutis do controle político-ideológico presente neste tipo de estrutura de gestão organizacional, a dominação faz-se explícita nos modelos de gestão autoritários e repressivos.

---

<sup>102</sup> MOTTA, F.P. “As empresas e a transmissão da ideologia”. RAE:RJ, 24(3):19-24, Jul. 1984.

## 7.2. A FACE REPRESSIVA DO CONTROLE POLÍTICO-IDEOLÓGICO: OS MODELOS DE GESTÃO AUTORITÁRIA E REPRESSIVA

Fundados na repressão, os sistemas organizacionais autoritários têm suas ações justificadas pela racionalidade e legitimadas pela ideologia da organização ou do grupo de dirigentes. Organização e dirigentes colocam-se como entidades supremas e inabaláveis. Medo, submissão, rebeldia e passividade por parte dos trabalhadores são indicadores imediatos de modelos de gestão centralizado, do tipo autoritário (KENBERG, 2000:229).

Enriquez (2000) apresenta o funcionamento da organização tecnocrática, a qual responde a um modelo autoritário e repressivo de gestão. Fundamentada numa lógica racional ilimitada, a estrutura organizacional tecnocrática acaba por definir modos de pensar e modelos de ação, que devem servir de normas e regras de funcionamento. Este tipo de estrutura é formada por uma “elite dirigente” que se apresenta manipuladora, que sabe programar as atividades e adota ações corretivas necessárias, colocando-se numa posição perversa (ENRIQUEZ, 2000).

“Os tecnocratas são grandes perversos, transformando todas as relações humanas em relações operacionais, desafiando o real, tendo uma visão estritamente econômica e ‘economicista’ das trocas sociais, e se instalando no lugar da verdade” (ENRIQUEZ, 2000).

Enriquez (2000) detalha que, neste tipo de estrutura, a elite dirigente rege uma massa de indivíduos que se tornam indiferentes, limitados ao seu trabalho, desmotivados, que cumprem ordens sem questionar. Entre estes, permite-se a existência de alguns rebeldes, garantidores de novas idéias utilizadas pela empresa. A criatividade e a inovação não são estimuladas na grande massa. A identificação com os ideais e o devotamento total à organização são exigidos apenas dos dirigentes, relegando aos demais membros pequenas participações por meio de decisões menores, para que estes sintam-se também parte da empresa.

O trabalhador é reconhecido, na estrutura organizacional tecnocrática, como um objeto manipulável e como massa de manobra a gosto da organização, um instrumento descartável que pode ser substituído facilmente. “A estrutura tecnocrática

visa apenas a produção em todas as suas formas (...)” (ENRIQUEZ, 2000: 36). Como conseqüência, o trabalhador é por vezes destruído pela própria organização, que o faz crer que está agindo para o seu bem mas de fato acaba por desgastá-lo e descompensá-lo física e mentalmente, evidenciando a exploração, até o consumo total.

A utilização de estratégias sutis do controle político-ideológico pode estruturar sistemas autoritários, como na estratégia de controle por saturação (ENRIQUEZ, 1996; MOTTA, 2000) ou sedução monopolista (FARIA, 2003). A ideologia que sustenta este sistema político funda-se na repetição de um discurso único, conseguida pela manipulação dos discursos oficiais e pela censura generalizada, limitando-se a um único texto veiculados pelos meios de comunicação disponíveis na empresa, com o objetivo de condicionar os indivíduos a determinados valores, reprimindo e inibindo iniciativas inovadoras, retirando dos grupos e dos indivíduos sua voz e sua existência. Os trabalhadores ficam saturados pelo ideologia da empresa e tornam-se submissos e conformados ou totalmente crédulos e confiantes na condição monopolista dos dirigentes enquanto detentores das melhores alternativas de condução da organização.

### 7.3. AS POLÍTICAS DE RECURSOS HUMANOS COMO INSTRUMENTOS DE CONTROLE POLÍTICO-IDEOLÓGICO

Independentemente de se constituírem como sistemas democráticos ou autoritários, se existe um *locus* privilegiado do controle político-ideológico dentro das organizações, este encontra-se nas políticas e práticas de recursos humanos (FARIA, 1997:30).Entende-se por políticas de recursos humanos (RH) as diretrizes que norteiam as decisões e as práticas de RH. As práticas de RH consistem nas atividades de recrutamento, seleção, integração, treinamento, desenvolvimento, descrição e análise de cargos, avaliação de desempenho, planos de carreira, definição de salários e benefícios e de controle de todos estes processos (PALMEIRA, 1999).

A administração de RH objetiva suprir a demanda de trabalhadores da organização, além de distribuí-los e coordená-los de maneira que estes colaborem com os objetivos organizacionais (BERGAMINI, 1980). Portanto, as políticas e práticas de RH têm a função de “introjetar, nos indivíduos, valores fundamentais básicos ao

desempenho das tarefas, de acordo com o ponto de vista da ética capitalista ou da dominação burocrática” (FARIA, 1997:30).

Além de garantir o controle, visando desfrutar ao máximo da potencialidade dos trabalhadores e mantê-los envolvidos com o trabalho, as organizações oferecem a eles, (por meio das políticas e práticas de RH), satisfações de diversas ordens (econômicas, políticas, ideológicas, psicológicas) e respostas às contradições inerentes à organização (PAGÉS et al., 1993).

Ao adotar e divulgar valores como ‘consideração pela pessoas’, ‘melhores serviços aos clientes’ e ‘excelência profissional’, as políticas de RH legitimam as práticas organizacionais e ocultam os objetivos de lucro e dominação (PAGÉS et al., 1993). Considerando a capacidade das políticas e práticas de RH de legitimar as ações organizacionais, o controle político-ideológico deve ser analisado também por meio destas estratégias.

O controle político-ideológico foi abordado no HTP considerando a análise da estrutura organizacional e a avaliação das políticas e práticas de RH, objetivando identificar seu funcionamento em relação à utilização de um aparelho político-ideológico para o estabelecimento e o reforço do controle, da dominação e da exploração do trabalhador.

#### 7.4. AS CONFIGURAÇÕES DO CONTROLE POLÍTICO-IDEOLÓGICO NO HTP E AS ESTRATÉGIAS DE EXPLORAÇÃO DO TRABALHO

##### 7.4.1. A estrutura de gestão do HTP

A falta de liberdade, de igualdade de oportunidades, de reconhecimento, de recompensas e de espaço para a criatividade evidenciavam a não utilização de estratégias sutis do controle político-ideológico, como a democracia, a gestão participativa e a utilização da ideologia da valorização do sucesso e da competição econômica (MOTTA, 2000; HOPFER, 2002), na realidade do HTP.

O trabalho dos profissionais de enfermagem era padronizado, repetitivo e dividido em tarefas e não estimulava a inventividade, a iniciativa ou a criatividade

(conforme os dados apresentados no capítulo 5). Para obter sucesso os trabalhadores deveriam agir como o hospital desejava<sup>103</sup> e deveriam ter boas relações pessoais com os supervisores<sup>104</sup>.

Os trabalhadores consideravam que o salário não era compatível com a dedicação e o desempenho no trabalho<sup>105</sup>. A dedicação e a realização de um bom trabalho não eram recompensadas<sup>106</sup> ou acompanhadas de algum tipo de reconhecimento<sup>107</sup>. Não havia perspectiva de carreira profissional dentro do hospital, tanto hierarquicamente quanto em complexidade do trabalho, para a maioria dos trabalhadores, devido à exigência de formação de nível superior<sup>108</sup> e à dificuldade de transferência de setor<sup>109</sup>.

Em relação à participação nos processos de decisão, a opinião dos trabalhadores raramente era considerada<sup>110</sup>. As regras de funcionamento dos setores eram impostas independente da opinião dos funcionários<sup>111</sup> e o espaço para discussão das situações de trabalho era reduzido<sup>112</sup>, resumindo-se a raras reuniões para resolver problemas<sup>113</sup>, na qual o diretor ou os supervisores exigiam explicações, apontavam

---

<sup>103</sup> 83% afirmaram que para ter sucesso, sempre (64%) ou geralmente (20%), precisavam agir como o hospital desejava (P14).

<sup>104</sup> 80% avaliaram que para ter sucesso os funcionários precisavam, sempre (59%) ou geralmente (21%), ter boas relações com os supervisores (P79).

<sup>105</sup> 78% afirmaram que nunca o salário era compatível com o desempenho dos trabalhadores (P 76).

<sup>106</sup> A dedicação ao trabalho nunca (52%) ou raramente (25%) era recompensada (P26).

<sup>107</sup> 82% afirmaram que os funcionários nunca (47%) ou raramente (35%) eram reconhecidos quando realizavam um bom trabalho (P19).

<sup>108</sup> *“Antigamente o técnico aqui era supervisor e o enfermeiro era (diretor) geral. Agora que está tendo mais enfermeiro, o técnico não vai mais para a supervisão. Vai o enfermeiro. Os que já estavam (na supervisão) e que eram técnicos, ficam, os antigos, não entram mais. Alguns técnicos com experiência estavam querendo ser supervisor (do setor). Tinham experiência, sabiam manipular bem (o setor). Mas colocaram estes ‘moços’ só porque eles têm o curso de enfermagem. Antigamente essa vaga seria do técnico.”* (EF 03 – técnica de enfermagem).

<sup>109</sup> *“Se você entra num setor ruim, você vai pra pior. Se você entra num setor bom, fica ali. Não abaixa nem sobe.”*(EF 03 – técnica de enfermagem).

<sup>110</sup> 60% dos trabalhadores responderam que nunca (31%) ou raramente (29%) as idéias dos funcionários eram consideradas pelo supervisor (P62).

<sup>111</sup> 72% dos trabalhadores de enfermagem afirmaram que as regras de funcionamento do setor, sempre (47%) ou geralmente (25%), eram impostas independentemente da opinião dos funcionários (P 51).

<sup>112</sup> 60% dos respondentes afirmaram que nunca (32%) ou raramente (29%) existiam reuniões entre supervisores e funcionários para discutir situações de trabalho (P48).

<sup>113</sup> 75% avaliaram que as reuniões, sempre (55%) ou geralmente (20%), aconteciam só para resolver problemas (P80).



falhas e reforçavam as regras que deveriam ser seguidas<sup>114</sup>. Aos trabalhadores só restava a execução das tarefas, uma vez que a realização de projetos era atribuição dos supervisores e dos superiores da organização.

Reproduzindo as relações autoritárias estabelecidas entre os proprietários e os diretores (relatadas no cap. 4), não ocorriam reuniões entre os membros da equipe de enfermagem (diretoria, supervisores e trabalhadores operacionais) para o planejamento ou a discussão de metas e objetivos a serem realizados pelo corpo de enfermagem como um todo.

A definição da ocupação dos espaços dentro da organização, referente aos cargos de supervisão, à mudança para setores “mais nobres” ou à realização de dupla jornada de trabalho no hospital, eram decisões exclusivas da diretoria ou dos supervisores de enfermagem. Estas decisões respondiam a critérios pessoais da diretoria de enfermagem ou dos supervisores<sup>115</sup>. Estes critérios geralmente não eram divulgados e não eram justificados para o grupo de trabalhadores operacionais.

A estrutura de gestão autoritária do HTP proporcionava ao Departamento Pessoal a determinação das regras, elaboradas sem participação dos trabalhadores<sup>116</sup> e impostas independentemente da opinião destes. Muitas vezes estas regulamentações se mostravam incompatíveis com a natureza e o cotidiano do trabalho de enfermagem e dificultavam o cumprimento da finalidade de assistência à saúde<sup>117</sup>.

---

<sup>114</sup> Esta situação foi percebida claramente na observação da única reunião entre a diretoria de enfermagem e os supervisores no decorrer dos oito meses de campo da pesquisa.

<sup>115</sup> 77% consideram que sempre (54%) ou geralmente (33%) os supervisores determinavam quem iria fazer jornada extra de trabalho segundo seus próprios critérios (P66). As jornadas extras de trabalho eram muito disputadas pelos trabalhadores pois possibilita um retorno financeiro mensal maior do que dois salários padrão.

<sup>116</sup> 76% afirmaram que os trabalhadores nunca participavam da elaboração das regras feitas pelo departamento pessoal (P 36).

<sup>117</sup> O Departamento Pessoal exigia que os funcionários de enfermagem que trabalhavam dois turnos, ao término do primeiro se retirassem do setor para bater o cartão e retornassem ao trabalho. Da mesma forma, os funcionários que esquecessem o cartão individual, que regula o relógio-ponto, deveriam voltar para casa pois não receberiam o salário referente àquele dia de trabalho. Estas duas regras confrontavam diretamente o bom funcionamento dos setores, uma vez que a ausência do funcionário sobrecarregava os demais profissionais da equipe, considerando a natureza do trabalho hospitalar.

A não participação do trabalhadores nas decisões que regulavam o processo e as relações de trabalho subordinava totalmente o trabalhador ao domínio do capital e transformava as regras e as normas que regiam a ordem social em ‘código autoritário’<sup>118</sup> (FARIA, 1987), fundado na repressão.

A repressão consiste na utilização de estratégias que visam prevenir e inibir possíveis mobilizações passíveis de abalar a estrutura de exploração presente na organização (HOPFER, 2002). A repressão, disfarçada nos discursos de manutenção da ordem e do bem-estar, possibilita a exploração e leva à inibição do afeto (ENRIQUEZ, 1974:89).

O código autoritário é justificado como necessário para a regulamentação social, mas sua função é antecipar os conflitos potenciais entre os trabalhadores e os representantes do capital, sufocando e capturando o sujeito antes mesmo que este perceba a exploração, as contradições e paradoxos impostos pela organização (FARIA, 1987).

As regras e normas do Departamento de Pessoal eram racionalmente justificadas como necessárias para a ordem social dentro do HTP, mas sua função era a instalação de técnicas racionais de repressão dos conflitos e questionamentos, fundadas na coerção, no medo e na ameaça. Essas regras se configuravam como um instrumento que organizava a dominação dos trabalhadores e os induzia a cooperarem com os objetivos de exploração e acumulação, em nome da ordem organizacional e da manutenção da assistência à saúde, ou seja, da produção hospitalar.

A repressão das mobilizações e a antecipação dos conflitos podiam ser percebidas pelas ações do Departamento Pessoal diante de reivindicações individuais dos trabalhadores. Os questionamentos dos trabalhadores eram desmobilizados pelas ameaças de demissão<sup>119</sup> (sustentadas pelo ‘exército de reserva’), por discursos

---

<sup>118</sup> “Código autoritário” é uma expressão utilizada por Marx, que foi retomada por Faria (1987).

<sup>119</sup> 78% dos respondentes declararam que quando um funcionário reclamava, sempre (63%) ou (15%) geralmente, diziam que havia várias pessoas querendo trabalhar no lugar dele (P32). “Quando alguém vai reclamar ele (diretor de enfermagem) sempre diz que (...) ‘se você quiser sair tem 30 esperando pra ganhar o que você ganha. Se você acha pouco, então...’”(EF26 ).

manipulatórios<sup>120</sup> (que adiavam as reivindicações) ou ideológicos (que convenciam e legitimavam as ações organizacionais).

Os trabalhadores por vezes transgrediam e jogavam com as regras e com os espaços clandestinos de ação existentes por entre as brechas da estrutura organizacional. Apesar das regras impostas pela Departamento Pessoal, das rotinas e da padronização do trabalho, muitos funcionários executavam suas tarefas à sua maneira<sup>121</sup>. O jogo com o código autoritário dava-se pela barganha com o Departamento de Pessoal, que flexibilizava as normas conforme a proteção das relações informais (cap. 09) e a capacidade de convencimento e de negociação do trabalhador, dentro dos limites e do interesse da organização<sup>122</sup>.

Apesar destes espaços de ação dos trabalhadores, a exploração encontrava-se sustentada sobre a política autoritária e repressora, desmobilizadora de questionamentos e mobilizações, como explicitado no discurso dos trabalhadores:

*“Tem muita gente que reclama. A gente fala mas não leva a diante. Acho que as pessoas, e eu também, a gente tem medo de alguém chegar em você, dar uma bronca, mesmo uma suspensão (mecanismo formal de punição). Então, às vezes você comenta alguma coisa, até para a supervisão, mas eles (supervisores) não levam a diante. (...) O pessoal não se junta porque tem medo, insegurança, conta pra pagar, filho pra criar, comida pra pôr na mesa. Então, não corre o risco. O negócio é garantir. O melhor é pingar que secar.”* (EF 09).

*“As pessoas têm medo de mudanças, de ir atrás e serem prejudicadas. Entre nós (trabalhadores), nós comentamos, mas ninguém toma uma atitude, porque uns têm medo de ser mandado embora, outros não estão preparados para enfrentar. Aqui é um lugar que não se tem força para reivindicar nada mesmo, tem que dançar conforme a música. Ou você se adapta a ela ou senão você cai fora. Não, aqui você deve se adaptar as regras, ou porque você gosta da casa ou porque você precisa da casa.”* (EF 26).

---

<sup>120</sup> Técnica de enfermagem comentou que algumas pessoas até reclamavam no Departamento de Pessoal, “mas quando chegam lá o (funcionário do Departamento de Pessoal) fala, fala, fala e você acaba saindo de lá com mais dívida ainda.” (EF 16).

<sup>121</sup> 56% afirmaram que, sempre (22%) ou geralmente (34%), na hora de desenvolver suas tarefas, cada profissional fazia como achava melhor (P75).

<sup>122</sup> “Eles (Departamento de Pessoal) colocam os cartazes bem grande que só pode trocar plantão uma vez por mês, mas se você for lá com jeitinho você consegue mudar mais vezes. Se você explicar, disser que você precisa eles deixam trocar até três plantões. Eu mesmo já fiz isto.” (EF 03).

A coação e a coerção, a luta pela sobrevivência, a desmobilização coletiva, a ameaça do desemprego, a necessidade do trabalho e do sustento vindo por meio dele inibia o confronto e as reivindicações dos trabalhadores de enfermagem do HTP.

Entretanto, diante da exploração explícita e abusiva, alguns trabalhadores procuravam respaldo no sindicato da classe, sem sucesso, uma vez que o Departamento de Pessoal tinha pessoas de referência no sindicato, que não deixavam fluir os processos e as reivindicações dos trabalhadores do HTP<sup>123</sup>.

O sindicato, - na qualidade de única instância capaz de apresentar-se em condições e com força suficiente para representar os interesses da classe trabalhadora e tratar em ‘pé de igualdade’ com a alta administração das empresas (MOTTA e PEREIRA, 1980), no caso dos profissionais de enfermagem da regional do HTP, apresentava-se corrompido e legislando, às escuras, a favor dos capitalistas, aniquilando com o espaço formal de luta dos trabalhadores.

A eficácia do controle por meio da gestão autoritária e da repressão no HTP fazia-se perceber na opinião dos trabalhadores, que acreditavam que a melhor maneira de enfrentar as situações de trabalho era aceitar e não confrontar<sup>124</sup>, seguindo as regras sem questioná-las<sup>125</sup>.

O HTP tornou-se um campo fértil para a instalação do conformismo, da apatia e a submissão dos trabalhadores, os quais não se mobilizam para lutar pelos seus espaços, mesmo quando não concordam com a situação ou com as regulamentações impostas pela organização<sup>126</sup>.

---

<sup>123</sup> Funcionário do Departamento de Pessoal comentou que tinha sido aprovado um aumento de 7%, para aquele mês, no salário dos profissionais de enfermagem, mas que o HTP somente iria repassar depois de dois meses. Diante de uma denúncia feita por um funcionário do hospital, “*como tenho contato com eles (sindicato), em lugar de abrir processo eles me ligaram. Eu disse que isto será repassado no outro mês para os funcionários. Dou um tempo e isto vai cair no esquecimento. Depois se eles (funcionários) entrarem na justiça, aí resolve individualmente que vai sair mais barato.*” (EI 18).

<sup>124</sup> 81% afirmaram que as pessoas acreditavam que, sempre (50%) ou geralmente (31%), a melhor maneira de enfrentar as situações de trabalho era aceitar e não confrontar (P74).

<sup>125</sup> 63% dos respondentes declararam que os funcionários, sempre (24%) ou geralmente (49%), seguiam as normas sem questioná-las (P30).

<sup>126</sup> 74% avaliaram que quando havia uma situação de trabalho que os funcionários não concordavam eles nunca (51%) ou raramente (23%) se reuniam e lutavam pelo que queriam (P40).

O coletivo dos trabalhadores se encontrava fragmentado em pequenos grupos informais, que se comunicavam no canal clandestino da fofoca<sup>127</sup>. Suas possíveis reivindicações transformavam-se em reclamações particulares, sem efeito na realidade. A insatisfação era generalizada, mas, considerando que o próprio coletivo não se reconhecia como tal, somente aos confidentes era possível falar o que se pensava sobre o trabalho<sup>128</sup>. As técnicas repressivas de gestão eram dominantes e explícitas no HTP e encontravam suporte nas políticas de recursos humanos.

#### 7.4.2. As políticas e práticas de RH

Como estratégias de controle político-ideológico, dentre as políticas e práticas de RH utilizadas no HTP, destacam-se os processos de seleção (7.4.2.1) e de definição de cargos (7.4.2.2).

##### 7.4.2.1 - O processo de seleção: a escolha dos excluídos

O HTP adotava como critérios de seleção: o local de residência do trabalhador na região do hospital e, preferencialmente, não ter experiências anteriores de trabalho. A contratação de profissionais residentes no município do hospital era justificada, conforme o discurso de um funcionário do Departamento Pessoal:

*“O hospital pensa em ajudar nossa população, ajudar o município a crescer. Então, se você dá mais oportunidade as pessoas ficam dentro do município e o município só tende a crescer. Elas não precisam se deslocar todos os dias e vão investir dinheiro aqui, o dinheiro vai ficar no município, vai gerar os impostos para o município e uma coisa ajuda a outra”.*(EF 23)

A utilização deste critério de seleção proporcionava, imediatamente, a diminuição de gastos com o transporte dos funcionários, conforme as explicações dadas pelo mesmo funcionário do Departamento de Pessoal (EF 23):

*“Eu economizo muito com transporte, porque eu contrato uma empresa de ônibus que leva e trás os funcionários nos horários determinados. Sai mais barato porque muitos moram perto (do hospital) e assim eu não preciso*

<sup>127</sup> 77% dos respondentes afirmaram que, sempre (56%) ou geralmente (21%), a fofoca era utilizada pelos funcionários para falar o que não poderia ser dito diretamente (P21).

<sup>128</sup> 86% confirmaram que os funcionários, sempre (57%) ou geralmente (29%), falavam o que pensam sobre o trabalho apenas com os colegas que confiavam (P43).

*pagar vale-transporte e eu ainda cobro uma porcentagem muito pequena deles (dos funcionários). Mas também eu ofereço benefícios. O ônibus vai direto, é confortável, é ônibus de excursão. (...) Eles (funcionários) vão sentados em poltronas individuais e vão ouvindo música”.*

Entretanto, o perfil profissional estabelecido pela organização possibilitava a doutrinação e estruturava uma indústria de exploração do trabalhador, por meio de diversos desdobramentos.

A demanda de trabalhadores da região para suprir as necessidades de profissionais do HTP, proporcionou o desenvolvimento de cursos de formação técnica e auxiliar em enfermagem, não de propriedade, mas vinculados ao HTP. A formação de enfermagem vinculada ao hospital possibilitava que o doutrinamento da força de trabalho iniciasse antes mesmo dos trabalhadores encontrarem-se vinculados à organização.

Muitas aulas eram ministradas por profissionais atuantes no HTP. Os estágios eram realizados dentro da organização, sem supervisão externa e sem remuneração aos estudantes, durante o período de até 4 meses. Alguns estagiários eram contratados, tendo como experiência prática apenas o estágio na própria organização, sem ao menos terem conhecido outras organizações hospitalares.

A educação contribui para a formação da força de trabalho adequada a qualificar o indivíduo, suficientemente e limitadamente, para realizar a tarefa parcelada que lhe é destinada, de acordo com a organização do processo de trabalho (SEGNINI, 1988:39).

Os profissionais que concluíam sua formação na região acabavam encontrando dificuldades de inserção nos hospitais das cidades vizinhas, devido ao baixo nível educacional da região (tendo como referência os demais municípios da região) e a distância entre o município e as cidades vizinhas, tornando o HTP o símbolo da possibilidade de trabalho, principalmente no contexto de desemprego estrutural.

A formação de diversas turmas de técnicos e auxiliares em enfermagem possibilitou a construção de um ‘exército de reserva’ no município, cujos integrantes depositavam seus currículos no HTP e desejavam ser chamados para comporem o

quadro de funcionários da organização. O ‘exército de reserva’ era constantemente citado nas ameaças feitas pela organização diante de questionamentos ou reclamações dos trabalhadores (discutido no próximo capítulo).

A dificuldade de inserção no mercado de trabalho<sup>129</sup> apresentava-se como a realidade para a maioria dos trabalhadores, na época de sua contratação no HTP. A rejeição no mercado de trabalho dava-se devido à falta de experiência profissional, um dos critérios desejados pelo hospital. Os trabalhadores aprovavam a contratação de profissionais sem experiência, interpretando-a como uma atitude social que visava dar oportunidade para aqueles que geralmente eram rejeitados no mercado de trabalho.

Os profissionais sem experiências anterior, não tinham referências para estabelecer comparações e fazer questionamentos e também não tinham conhecimento das leis trabalhistas, dos direitos e dos processos legais de reivindicações. Ao encontrar uma organização ameaçadora, um coletivo que vê a submissão como algo natural e como a melhor alternativa, o trabalhador, sem referências anteriores, geralmente aderiu a este modelo e o aceitava como natural. A contratação de funcionários sem experiência possibilita que o grau elevado de controle no trabalho não seja facilmente percebido, passando-se como exigências inerentes da tarefa e não da política da organização (SEGNINI, 1988).

A contratação de profissionais sem experiência e residentes na região facilitava o controle e a exploração capitalista. O grupo de funcionários de enfermagem do HPT apresentava-se numa situação de “pobreza generalizada”, considerando o baixo nível social, econômico, cultural e educacional, próprio da região na qual localizava-se o hospital, associado com o perfil profissional traçado pela organização. A formação do quadro funcional com profissionais que respondiam a este perfil propiciava a reprodução das relações de classe da sociedade, colocando os trabalhadores numa posição submissa e de dependência, tornando-os objetos da produção, facilmente manipuláveis e “mansos” para serem explorados.

---

<sup>129</sup> 48% afirmaram que, geralmente (34%) ou sempre (15%), os funcionários trabalhavam no HTP porque tinha sido o único trabalho que conseguiram (P77). Esta resposta aponta a utilização, não exclusiva, mas significativa, de uma mão-de-obra rejeitada no mercado.

Nesse panorama, a alienação, já instaurada nas relações de classe na sociedade, se reproduzia e encurralava o trabalhador de maneira que ele se entregasse, sem resistências, à exploração da organização. Esse processo era realizado de forma intencional pelos dirigentes do hospital, conforme declarado pelo funcionário do Departamento de Pessoal (EF 23):

*“A filosofia (dos proprietários) é contratar burro para pagar pouco. O perfil das pessoas que entram aqui é pouco estudo, geralmente buscando o primeiro emprego, sem experiência, que não conhecem as leis trabalhistas (...) Às vezes a pessoa está lá fora, desempregada, consegue um emprego, dá graças a Deus e não quer questionar nada. Eles (funcionários) querem mais é trabalhar, no final do mês receber o salário para sustentar a família. O nível de instrução dos nossos funcionários é muito baixo. (...) Eles não têm visão do que é fora daqui, não têm condição de discutir, o que é, como funciona. Estão preocupados com o salário no final do mês. (...) Se eu contrato alguém diferente, que questiona muito, pode contaminar os 500 outros funcionários”.*

O próprio funcionário do Departamento de Pessoal foi contratado sem experiência e sem formação. Posteriormente tornou-se responsável pela administração de pessoal, pela área de segurança no trabalho e por representar o hospital em processos legais. Apesar de apresentar certa consciência do processo de exploração e dominação estabelecido sob os trabalhadores operacionais, este funcionário não percebia que encontrava-se numa condição semelhante, evidenciando a alienação também presente no nível estratégico do hospital.

Uma vez que não se exigia experiências anteriores para trabalhar no hospital, alguns trabalhadores utilizavam desses critérios visando integrar a equipe do HTP para adquirir experiência de trabalho, se aperfeiçoar, objetivando ocupar postos de trabalho em hospitais de melhor qualidade e com maiores retornos financeiro e apoio para desenvolvimento profissional<sup>130</sup>.

Nesse processo o HTP transformava-se em “trampolim”, utilizado pelos trabalhadores para atingir melhores colocações no mercado de trabalho ou para

---

<sup>130</sup> “A minha intenção quando eu entrei aqui era o salário. Agora que eu entrei na faculdade, é pegar experiência. Tenho certeza que eu pegando experiência eu saio fora. A minha intenção aqui era pegar experiência e mostrar o que eu posso fazer, trazer da faculdade. Mas se eles não têm nada para me oferecer, eu também não posso ficar.” (EF 08 – enfermeira e supervisora)



aperfeiçoamento profissional, uma vez que no HTP os profissionais desenvolviam procedimentos mais complexos<sup>131</sup>.

Apesar dos trabalhadores utilizarem a estrutura organizacional para realizar objetivos pessoais, os critérios de seleção traçados pelo HTP eram estruturantes de várias outras estratégias poderosas de dominação e de exploração. Além do baixo nível cultural, estes profissionais encontravam-se em precárias condições econômicas, tendo o trabalho como a possibilidade de sobrevivência pessoal e familiar (conforme abordado no próximo capítulo).

A seleção dos excluídos, o doutrinamento - estratégias do controle político-ideológico, o confinamento e a proximidade de casa (estas duas últimas abordadas no próximo capítulo) emitiam uma única mensagem; a mensagem de que o HTP era o único modelo e espaço possível de trabalho. A repetição desta mensagem configurava-se como estratégia de controle político-ideológica, por saturação (MOTTA, 2000) ou por sedução monopolista (FARIA, 2003), que tinham a capacidade de reforçar o controle, saturando o sujeito e fazendo-o permanecer na organização, mantendo sua postura de submissão e aceitação da exploração e da dominação. Além da seleção, a definição de cargos no HTP evidenciava-se como uma estratégia de controle político-ideológico.

#### 7.4.2.3 - A definição de cargos

Apesar da estrutura hierárquica se configurar como uma estratégia do controle burocrático, a forma de definição da ocupação desses espaços de autoridade e responsabilidades, configura-se como uma prática de administração de recursos humanos, portanto como uma estratégia de controle político-ideológico.

A ocupação de cargos superiores hierarquicamente, entre os profissionais de enfermagem, foi estabelecida em paralelo à história da organização e às regulamentações do conselho que rege a profissão (COFEN)<sup>132</sup>.

---

<sup>131</sup> Técnica de enfermagem que trabalhava em dois hospitais, relatou que continuava no HTP “*porque eu aprendo muito aqui. Eu sempre vejo procedimentos diferente. Porque a gente recebe ‘coisa’ aqui que a gente nem imagina. Em um ano e meio que eu estou lá (no outro hospital), atendi apenas duas vezes uma parada cardíaca. Aqui são 5 ou 6 semana*”. (EF 11)

Nos primeiros anos de funcionamento do Hospital TP, na década de 80, os profissionais que realizavam o atendimento de enfermagem eram auxiliares ou atendentes<sup>133</sup> de enfermagem. Estes últimos eram treinados no próprio hospital, durante três meses, sem nenhuma formação complementar. Existia apenas um enfermeiro e 2 técnicos, os quais assumiram, desde então, a supervisão dos setores. Com a necessidade de mais profissionais na função de supervisores, alguns auxiliares de enfermagem também desenvolviam a função.

Pela legislação que rege a profissão, somente profissionais com curso superior em enfermagem podem exercer cargos de direção e supervisão<sup>134</sup>, desde 1987. Em 2002, 55% dos profissionais com cargo de direção e/ou supervisão no HTP ainda não apresentavam a formação exigida por lei (quadro 10, no anexo 2).

Apesar da contratação de mais enfermeiros, ainda em 2002, diante das restrições orçamentárias específicas para a contratação de profissionais, tendo em vista o direcionamento dos recursos financeiros para novas ampliações do hospital, trabalhadores operacionais foram escolhidos para exercerem o cargo de supervisão.

Os critérios de escolha dos supervisores eram definidos pela diretoria de enfermagem<sup>135</sup>, a qual ocupava os espaços deixados livres pela organização<sup>136</sup>, privilegiando aspectos de seu interesse pessoal. Os supervisores, sem formação necessária, eram familiares ou amigos pessoais de outros supervisores ou funcionários influentes no hospital ou ainda, faziam parte do grupo que tinha assumido a supervisão nos primeiros anos de funcionamento do hospital. Estes últimos eram portadores de confiança e reconhecimento por parte dos proprietários do hospital, o que legitimava o seu lugar na hierarquia, independentemente da formação na área. Entretanto, por trás

---

<sup>132</sup> Os profissionais de enfermagem, no Brasil, são representados, em todas as suas categorias, pelo COFEN – Conselho Federal de Enfermagem.

<sup>133</sup> A categoria de atendentes de enfermagem foi extinta no Brasil.

<sup>134</sup> Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, no artigo 11 (anexo 5).

<sup>135</sup> “*Todos os enfermeiros necessariamente são supervisores. Os técnicos que assumem cargo de supervisores a gente vê quem já tem um perfil e escolhe, eu e os supervisores dos blocos...*”, conforme relato do diretor de enfermagem. (EI10).

<sup>136</sup> Não existia Departamento de Recursos Humanos no hospital e nem qualquer tipo de direcionamento do Departamento de Pessoal, em relação a estas definições. A autonomia de decisão do diretor de enfermagem só era superada nos casos, pouco frequentes, de profissionais escolhidos pelos proprietários para assumir cargos de supervisão.

deste processo de definição hierárquica encontraram-se evidências da exploração do trabalhador.

As justificativas formais (dadas pelo diretor de enfermagem) diante das irregularidades no grau de formação da supervisão de enfermagem, incluíam a escassez de enfermeiros disponíveis para trabalhar na organização, tendo em vista os baixos salários e a ausência de um centro de formação superior no município. Os enfermeiros que trabalhavam no hospital ficavam, por vezes, sobrecarregados e esgotados diante das demandas de trabalho gerada pela falta de profissionais com a formação exigida para o exercício de supervisão na área de enfermagem<sup>137</sup>. As justificativas apresentadas mascaravam os objetivos de diminuição de custos, manutenção do controle e da dominação e aumento da exploração, envolvidos no processo de definição dos supervisores.

Diante das restrições orçamentárias, promover técnicos e auxiliares para cargo de supervisão era uma justificativa racional (entre outras) que mascarava o poderoso processo de dominação e exploração envolvido. O salário dos técnicos e dos auxiliares (mesmo com cargo de supervisão) era significativamente inferior ao dos enfermeiros. Desta forma, a justificativa de escassez de enfermeiros escondia a lógica capitalista, voltada para a diminuição dos custos e o aumento dos lucros.

---

<sup>137</sup> *Conforme relatou uma enfermeira (EI 34): “O ano passado eu vendi 15 dias (de férias) e me arrependi. Quando acabaram os 15 dias eu tinha que voltar ao trabalho mas queria ficar em casa e não pude. Na verdade eu ficava com dó do diretor de enfermagem, porque ele não tinha quem colocar no meu lugar, ainda mais que são duas pessoas que ele precisa, porque eu faço jornada extra de trabalho como supervisora. Mas este ano resolvi que queria 30 dias de férias. E depois tem outra, esta história que não tem enfermeiro disponível no mercado não é verdade. Está cheio de currículos de enfermeiros com o diretor de enfermagem. Ele diz que o hospital paga pouco e é longe e ninguém quer vir para cá. Eu moro aqui perto então para mim é bom. Mas isto é um problema da instituição. Se estão pagando pouco então tem que aumentar o salário. Não dá para ficar para sempre assim. Eu indiquei duas amigas minhas para o diretor de enfermagem. Vamos ver se ele contrata.”*

A utilização de mão-de-obra menos qualificada para desempenhar inclusive atividades mais complexas (supervisão de equipes, instalação de soros em recém-nascidos, etc.) também foi identificada nos estudos realizados por Graciette Silva (1986:120). A autora considera que a máxima utilização dos recursos humanos disponíveis na área de enfermagem responde à finalidade capitalista de produção e realização de mais-valia, “fundadas na lógica de exploração da força de trabalho e do barateamento dos custos da produção”.

Além de diminuir os custos de produção, a utilização de profissionais menos qualificados caracteriza-se como uma estratégia de reforço e ampliação da dominação. Avaliando o nível de formação, técnicos ou auxiliares que ocupavam cargos de supervisão estavam numa relação de submissão total com o diretor de enfermagem e as demais diretorias do hospital, relação esta inibidora de questionamentos, propiciadora do autoritarismo, tornando os supervisores meros reprodutores e vigias das ordens instituídas.

Desta forma, as reivindicações feitas pelos funcionários, para os supervisores, não encontravam via de escoamento<sup>138</sup>, uma vez que os supervisores não tinham espaços de participação na elaboração das normas gerais, definidas pela diretoria de enfermagem ou pelas demais diretorias. Portanto, para além de seus aspectos econômicos, a definição da hierarquia explicitava o reforço da dominação e do controle, elementos de doutrinação para a aceitação da exploração.

Além disso, ao apresentarem laços de amizade ou familiares com funcionários hierarquicamente superiores, nas mais diversas áreas, o grupo dos supervisores disseminava o controle e a aceitação da exploração ao representar e reproduzir os interesses dos proprietários, os quais faziam crer que suas finalidades tinham cunho social e não meramente lucrativo<sup>139</sup>. Desta forma garantia-se altos lucros<sup>140</sup> camuflados no discurso assistencialista<sup>141</sup>.

<sup>138</sup> “*Tem uns supervisores que até têm vontade de ajudar (os funcionários), mas só que eles têm medo. Eles têm medo de tomar uma decisão, estão sempre ‘com um pé atrás’.* Pra que supervisor se eles não decidem nada? Eles são supervisores e ao mesmo tempo não são. Eles não têm decisão própria. Tudo eles perguntam pro outro (supervisor). Parece que eles têm medo de repreensão, de mudar alguma coisa, tudo eles têm medo”.(EF 03 – técnica de enfermagem).

<sup>139</sup> Conforme o discurso oficial, o HTP encontrava-se “*em permanente construção para melhor atendimento de seus pacientes (...)*”. Entretanto, as restrições orçamentárias para contração de

Valendo-se da internalização do discurso assistencialista por parte dos trabalhadores, os proprietários exploravam, para além das forças produtivas, sua representação política. Na época de eleições governamentais, os dirigentes assumiram determinadas posições políticas e solicitaram aos supervisores de enfermagem, em uma reunião (rara e existente especialmente para tratar deste assunto), que repassassem a posição política do hospital para os demais trabalhadores. O pedido de votos era justificado como sendo para “*o bem do povo*”, tendo em vista, (condicionada a vitória do partido/candidatos apoiado), a possibilidade de aumento de vagas para tratamento de pacientes e de postos de trabalho no hospital.

O discurso assistencialista da organização foi incorporado por alguns supervisores e legitimava as ações dos dirigentes, legitimidade esta explícita na entrevista concedida por uma supervisora, técnica de enfermagem, há 17 anos trabalhando no hospital:

*“Como ele (um dos proprietários) falou, fazer essa campanha é importante para eles. É importante e o que é importante para eles... a gente depende daquilo, do trabalho, do emprego. Por que eu acho que fazem esta campanha? Para o bem estar das pessoas. Para arranjar emprego para as pessoas que estão sem emprego. Então eu acho que o hospital não é pra eles, eles até têm como sobreviver dos pacientes. Agora eles fazem isso não para eles e sim para o povo. Para beneficiar o povo (...) Claro, é para o povo, não é para eles. Eles vão dar radioterapia (tratamento para câncer)? Quem vai usar isso é o povo, daqui (da cidade) e de fora. Você não acha que isso é verdade? E não é por falta de leito ou alguma coisa que o paciente não vai ser atendido. Eles atendem todo mundo. No corredor, na cadeira, na maca”.*

As justificativas apresentadas pela organização eram internalizadas pelo trabalhador, gerando adesão sem resistências e legitimidade às ações organizacionais.

---

funcionários, justificadas pela necessidade de direcionamento de recursos para as ampliações, e a precarização do trabalho de enfermagem evidenciavam a finalidade capitalista da organização, que ao priorizar a expansão da organização propiciava a desumanização do atendimento, do trabalho e do trabalhador, prejudicando diretamente o atendimento aos pacientes.

<sup>140</sup> Representante do Departamento Pessoal comentou que no HTP “*you invest visando o lucro. Obviamente se tem lucro. É uma empresa, é uma empresa que visa lucro e muito bom lucro (...) O lucro daqui é muito bom, apesar do balancete oficial indicar que o hospital está dando prejuízo*” (EF 23).

<sup>141</sup> O atendimento aos pacientes de municípios vizinhos era caracterizado como uma atividade assistencialista, porém, as verbas de saúde dos municípios que mantinham convênios com o hospital aumentavam seu faturamento e, conseqüentemente, os lucros, evidenciando uma ação não somente assistencialista, mas principalmente econômica.

Tanto o processo de seleção com a definição de cargos hierárquicos mostraram-se como estratégias de controle político-ideológicas que justificavam as ações organizacionais, inclusive aquelas direcionadas para o controle e a para a exploração da força produtiva, gerando aceitação dos trabalhadores sem resistências.

A articulação entre as políticas de RH e o modelo de gestão do HTP será apresentada como conclusão deste capítulo, tendo em vista a estruturação da rede de exploração do trabalhador.

## 7.5. O CONTROLE POLÍTICO-IDEOLÓGICO E A EXPLORAÇÃO DO TRABALHADOR: CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

Presente tanto na forma de gestão quanto nas políticas e práticas de RH, o controle político-ideológico mostra-se capaz de legitimar as ações organizacionais de maneira a mascarar os reais objetivos da organização e possibilitar a exploração do trabalhador (quadro 6).

O HTP responde ao modelo tecnocrático, caracterizando-se como uma gestão autoritária e repressiva. Esta estrutura de gestão era estruturante do código autoritário, fundado na repressão que, camuflado no discurso da necessidade de manutenção da ordem organizacional, antecipava e reprimia os questionamentos dos trabalhadores e induzia-os a cooperarem com os objetivos de exploração e de acumulação capitalistas.

Os trabalhadores apresentavam-se amedrontados, porém não passivos diante da exploração e da dominação instaurada pelo hospital. Estes jogavam com as regras e ocupavam espaços de ação deixados nas lacunas da rígida estrutura organizacional. Entretanto, estratégias eficientes de enfrentamento, como a escassa busca de respaldo no sindicato da classe, eram manipuladas pelos representantes do hospital, os quais tinham proteção desta organização. O sindicato da classe, perversamente, discursava a favor dos trabalhadores mas atuava como um espião infiltrado entre eles, aniquilando com as reais possibilidades de luta e reivindicações da classe.

A exploração dos trabalhadores por meio do controle político-ideológico estava sustentada nas políticas de recursos humanos do hospital. A seleção de profissionais “burros”, sem experiência e com baixo nível de formação, possibilitava o

pagamento de baixos salários além de facilitar o controle. Sem conhecimento das leis trabalhistas, a maioria dos funcionários aderiu às normas organizacionais sem questionamentos e julgavam o controle e a exploração como algo inerente ao trabalho. Desta forma o hospital consumia os trabalhadores para além de sua força produtiva, atingindo sua força social como eleitores, indicando os candidatos merecedores dos votos dos trabalhadores.

A contratação de funcionários residentes no município do hospital não somente possibilitava a diminuição dos custos com o transporte, mas apresentava a nobre missão de estimular a formação de um exército de reserva na região, bem como de doutrinar os trabalhadores antes mesmos do ingresso na organização, por meio de estágios e vínculos com um centro de formação no município. A “pobreza generalizada” dos trabalhadores reforçava a dependência, a submissão e a alienação.

A definição de cargos de supervisores evidenciava a utilização de mão de obra sub qualificada como uma estratégia de diminuição de custos, além de ser um instrumento de dominação e disseminação do controle, sem resistências e questionamentos.

O sistema político-ideológico do HTP não apenas justificava ações organizacionais e mascarava os reais objetivos da organização, mas reforçava a dominação e aumentava a exploração dos trabalhadores. Os aspectos simbólicos-imaginários envolvidos nesse processo serão detalhados no próximo capítulo.

**Quadro 6 – As estratégias do controle político-ideológico e a exploração do trabalhador.**

<b>CONTROLE POLÍTICO - IDEOLÓGICO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>EXPLORAÇÃO</b>	<b>EVIDÊNCIAS NO HTP</b>
<p><b>Estrutura de gestão: Participativa ou autoritária</b></p>	<p>Gestão participativa: busca legitimidade das ações organizacionais por meio da inclusão dos trabalhadores no processo decisório</p>	<p>Aumento da produtividade por estímulo à criatividade, à participação e ao envolvimento no trabalho</p>	<p><i>Gestão não participativa</i></p> <p>Estrutura de gestão autoritária Não há espaços para criatividade, para questionamentos, para participação.</p>
	<p>Gestão autoritária: Busca assegurar a legitimidade das ações organizacionais por meio da repressão e da ideologia da organização como entidade superior</p>	<p>Aumento da produtividade por repressão, limitando ações fora do padrão, impedindo espaços de questionamentos, garantindo controle, a dominação e a exploração</p>	<p>Trabalhadores não participam da formulação das regras As normas são impostas independentemente da opinião dos trabalhadores Submissão dos trabalhadores ao código autoritário de conduta Desmobilização dos questionamentos</p>
<p><b>Políticas e práticas de Recursos Humanos</b></p>	<p>Busca introjetar nos trabalhadores valores fundamentais básicos que colaboram para a realização dos interesses capitalistas São capazes de legitimar as práticas organizacionais, envolver os participantes e ocultar os objetivos de lucro e de dominação capitalista</p>	<p>Fornecer respostas às contradições inerentes à organização Legitima o poder absoluto do capitalista, reforçando a dominação, levando a alienação e a aceitação da exploração como algo natural. Envolve os participantes e leva-os a colaborar com os objetivos organizacionais</p>	<p>Definição de cargos por critérios pessoais, com utilização de mão de obra subqualificada Critérios de seleção de pessoal direcionadores da formação de um exército de reserva e de um grupo de trabalhadores facilmente manipuláveis e reprimíveis, predispostos à submissão e a aceitação das regras sem questionamentos, ‘mansos’ para serem explorados. Aceitação e internalização das justificativas assistencialistas oferecidas pela organização. Pouca percepção das finalidades capitalistas da organização.</p>



## CAPÍTULO 8

### O CONTROLE SIMBÓLICO-IMAGINÁRIO E A EXPLORAÇÃO CAPITALISTA

“A dominação do imaginário é clara no que se refere ao lugar dos homens, em todos os níveis da estrutura produtiva e econômica. (...) Substituir o homem por um conjunto de traços parciais escolhidos arbitrariamente, em função de um sistema arbitrário de fins (...) e tratá-lo na prática de acordo com isso, traduz uma prevalência do imaginário (...) Tratar um homem como coisa ou puro sistema mecânico não é menos, é mais imaginário, do que pretender ver nele uma coruja, isso representa um outro grau de aprofundamento no imaginário; pois não somente o parentesco real do homem com uma coruja é incomparavelmente maior do que o é com uma máquina, mas também nenhuma sociedade primitiva jamais aplicou tão radicalmente as conseqüências de suas assimilações dos homens a outra coisa, como o faz a indústria moderna com sua metáfora do homem-autômato.”

Cornelius Castoriadis

O sistema de controle organizacional, estruturado sobre os diversos mecanismos de controle, encontra no controle simbólico-imaginário o elemento que possibilita a adesão dos participantes à lógica organizacional. O controle simbólico-imaginário objetiva criar interesses para levar à adesão imaginária e ao conformismo (FARIA, 2003), valendo-se da linguagem e do sistema de valores, utilizados para indicar modelos de comportamentos tidos como referência, os quais são reforçados por um sistema disciplinar.

O sistema disciplinar visa recompensar as atitudes desejadas e punir os que delas se desviam e tem efeito de controle pelo simples fato de existir, antes mesmo de ter seu exercício concretizado, agindo por meio da ameaça de punição e da possibilidade de recompensa.

As estratégias do controle simbólico-imaginário mobilizam o imaginário à medida que inserem um significado próprio à realidade e, por meio destes significados, transformam a maneira dos indivíduos se relacionarem com os mecanismos de controle, com a dominação e com a exploração. Não basta controlar e submeter, o fundamental para que possa ocorrer a exploração é interferir na maneira como os trabalhadores se relacionam com o controle e a submissão (HOPFER, 2002).

O sistema simbólico-imaginário de uma organização não é determinado livremente, pois responde a fatores próprios de sua natureza, de sua história e de seu

sistema imaginário. Por sistema imaginário entende-se um aparelho de invenção de significados, deslocando os sentidos já disponíveis, afastando-se do real e podendo até ocupar o seu lugar (CASTORIADIS, 1982).

“Todo coletivo, formal ou não, produz sentidos e significações. Esta produção simbólica é sempre o resultado de uma inter-relação dialética entre um contexto, atores e relações sociais” (CHANLAT, 1996: 228). Portanto, cada organização constrói, conforme sua natureza, sua história e seu sistema imaginário, significados próprios válidos dentro da sua realidade e atua de maneira a fazê-los valer como tal, “numa relação mais ou menos forçosa para a sociedade ou o grupo considerado” (CASTORIADIS, 1982: 154,142).

O sentido atribuído à realidade é passível de ser manipulado pela organização, de maneira a colaborar com sua lógica produtiva e de exploração, constituindo-se, portanto, como componente estruturante do mecanismo de controle simbólico-imaginário nas organizações. O controle simbólico-imaginário se faz presente no sistema de valores (8.1), na linguagem (8.2) e no sistema disciplinar (8.3) das organizações.

## 8.1. O CONTROLE E A EXPLORAÇÃO POR MEIO DO SISTEMA DE VALORES

O sistema de valores operante em uma organização não é construído sem interferência do contexto social dos seus participantes, do sistema produtivo como do contexto da profissão. Na realidade dos profissionais de enfermagem do HTP, destacou-se o dinheiro, as condições de vida dos trabalhadores e a ideologia da profissão como estratégias do controle simbólico-imaginário.

### 8.1.1. O dinheiro e as condições de vida dos trabalhadores como instrumentos do controle e da exploração capitalistas

O símbolo por excelência que permeia as relações e o processo de trabalho nas organizações capitalistas é o dinheiro, transferido para os trabalhadores por meio do salário. O valor do trabalho não é mais concreto, mas apresenta-se abstrato e representado pelo dinheiro, que passa a subordinar os valores individuais e coletivos e

a ser uma das formas de estabelecer as relações e as trocas entre os indivíduos (LEAL e SCHIMITT, 2002).

O dinheiro constitui-se como símbolo não somente por representar uma parcela de capital, mas por conter a capacidade potencial de adquirir mercadorias garantidoras da sobrevivência e delimitadoras do espaço ocupado pelo sujeito na sociedade, fatores mobilizadores de conteúdos imaginários nos trabalhadores.

O suprimento das necessidades básicas e sociais (alimentação, moradia, saúde, vestimentas, educação), da mesma forma que os sonhos (casa própria, automóvel e lazeres) são mantidos pelos recursos advindos do salário. A maneira como as necessidades são (ou não) supridas e os sonhos são (ou não) realizados, possibilita a ocupação de espaços na sociedade. Portanto, o salário é muito mais do que o dinheiro e representa a esperança da subsistência, da realização de sonhos e da ocupação de um espaço mais valorizado na sociedade. Por estar relacionado à sobrevivência e mobilizar aspectos imaginários, o dinheiro tem se colocado como um instrumento potencial de controle e possibilitador da exploração da classe trabalhadora dentro das organizações.

A utilização do dinheiro como estratégia de controle apresenta-se, aparentemente, mais eficaz quando trata-se de altos salários ou de remuneração por produção. Pagés e colaboradores (1987) descreveram a eficácia do controle financeiro em uma multinacional, a ponto de transformar o dinheiro em um código universal na empresa, reduzindo as relações sociais às relações mercantis. Nessa organização os trabalhadores eram avaliados e motivados em função do potencial financeiro que representavam e eram recompensados por altos salários e generosas gratificações e benefícios. Diante das grandes vantagens oferecidas pela empresa, os indivíduos se integravam à organização e aceitavam as restrições e até os objetivos de exploração e de dominação (PAGÉS, 1987).

No HTP o retorno financeiro em forma de salário constituía-se como uma estratégia de controle, porém não relacionada com altos valores. Ao contrário, o

salário que os profissionais de enfermagem recebiam era muito baixo<sup>142</sup> e se restringia ao valor estipulado pelo sindicato<sup>143</sup>. Segundo a opinião dos trabalhadores, o salário não era recompensador, não motivava<sup>144</sup> e nem era compatível com o desempenho no trabalho<sup>145</sup>.

Mesmo assim, o controle simbólico-imaginário encontrava sua eficácia por meio do salário, no HTP, por estar relacionado com a denominada “disciplina da fome”, discutida por Dejours (1992). Os trabalhadores permaneciam nos seus postos de trabalho nas condições e situações mais adversas, para enfrentar uma exigência primordial: sobreviver<sup>146</sup>.

“O motivo que incita um homem livre a trabalhar é muito mais violento do que aquele que incita um escravo: um homem livre tem que optar entre trabalhar duro ou *morrer de fome*; (...) eles são obrigados a trabalhar porque são escravos de suas próprias necessidades” (MARX, 1978:59).

A disciplina da fome pode ser um elemento utilizado pelas organizações para reforçar e ampliar o controle e possibilitar a exploração, dependendo das condições sociais e econômicas nas quais se encontram seus trabalhadores. “A miséria econômica e social e a despolitização dos dominados têm-se revelado poderosas aliadas na construção do trabalhador submisso ao capital” (SEGNINI, 1988:57).

A utilização da disciplina da fome dentro do sistema de controle do HTP se fazia possível mediante o perfil dos funcionários, delimitado no processo de seleção. Uma vez que muitos funcionários encontravam-se em estado de “pobreza generalizada”, em precárias condições de vida (social, econômica, cultural), o salário

---

<sup>142</sup> “O mais difícil de trabalhar aqui é o salário, nem dá tempo de esquentar no bolso.” (auxiliar de enfermagem – EI 11)

<sup>143</sup> Técnica de enfermagem explicou que o salário baixo está relacionado aos valores estabelecidos pelo sindicato e que o valor do sindicato é ainda um pouco menor do que o valor pago pelo HTP. “Se o hospital está dentro do valor do sindicato a gente não pode reclamar nada.” (EF 02)

<sup>144</sup> 88% responderam que raramente (22%) ou nunca (66%) o salário era um fator que motivava os funcionários a continuar trabalhando no hospital. (P8)

<sup>145</sup> 91% confirmaram que o salário nunca (78%) ou raramente (13%) era compatível com o desempenho dos trabalhadores nas atividades ocupacionais (P76).

<sup>146</sup> Muitos funcionários dependiam do hospital para sobreviver, conforme o relato de uma técnica de enfermagem (EF22): “A grande maioria (dos funcionários) são mulheres e muitas delas sustentam suas famílias. Às vezes, é a única pessoa da casa que está trabalhando e são 5-6 pessoas. A grande maioria sustentando, dando arroz, feijão para a família inteira, até que um outro da família consiga um emprego. E às vezes com filhos pequenos.”

recebido no HTP acabava sendo o símbolo da sobrevivência pessoal e familiar. Ao construir seu quadro funcional com profissionais que respondiam a este perfil “migalhas” eram suficientes para garantir o controle e a dominação da maioria de seus funcionários.

Segnini (1988:73), ao identificar semelhantes critérios de seleção de pessoal adotados por uma instituição bancária, afirma: “Privilegiando a força de trabalho oriunda de família de baixa renda e sem experiência profissional, a organização procura exercer controle sobre homens temerosos em relação à ameaça da perda do emprego e mais dóceis em relação às exigências do trabalho e do controle do capital”.

O controle pelo dinheiro no HTP relacionava-se com a disciplina da fome; era exatamente aí que se encontrava uma das mais poderosas vias de exploração do trabalhador nessa realidade. Ao contratar profissionais de baixo nível sócio-econômico aumentava-se a desigualdade sobre a qual se sustenta o sistema capitalista, reproduzindo as relações da sociedade de classe: “cria-se riquezas criando e recriando a pobreza” (SEGNINI, 1988).

Conforme um levantamento feito pelo Departamento de Pessoal (DP), “2.000 pessoas dependem do trabalho no hospital hoje, contando com os familiares dos funcionários. Tem muita gente devendo que depende do hospital para pagar as contas” (EI 18).

As estratégias de exploração por meio da disciplina fome ultrapassavam os baixos valores do salário e ampliavam-se na forma das jornadas extras de trabalho. Acostumados a privações e à luta pela sobrevivência, conforme identificado por Segnini (1988), trabalhadores originários de precárias condições de vida se submetem mais facilmente ao controle, às condições e limites impostos pela organização do trabalho do que aqueles que, possuidores de alta renda, aprenderam a tomar decisões e a serem donos do próprio destino.

Ao implantar uma escala de trabalho diferente da normalmente adotada nas organizações hospitalares, o HTP dificultava significativamente a possibilidade de

seus profissionais atuarem em outros hospitais<sup>147</sup>, fato muito comum nesta área (SIQUEIRA et al., 1994; LIMA JR, 1998). Movidos por interesses e necessidades explicitamente econômicos<sup>148</sup>, sem possibilidades viáveis de ocupar uma vaga em outro hospital, os profissionais de enfermagem se submetiam a fazer jornada dupla de trabalho na própria organização<sup>149</sup>.

A jornada extra de trabalho proporcionava um verdadeiro confinamento<sup>150</sup> dos trabalhadores dentro do HTP, uma vez que ocupavam e desenvolviam atividades referentes a duas vagas, em horários diferentes. Isso representava que o funcionário trabalhava 12 horas todos os dias do mês, sem folgas, ou 24 horas seguidas em dias alternados, ou seja, um dia sim e outro não.

Fruto da exploração da disciplina da fome e da situação de vida dos trabalhadores, a jornada extra de trabalho era muito disputada entre os trabalhadores<sup>151</sup> e era vislumbrada como o caminho para alcançar mais dinheiro<sup>152</sup>. Sustentada nas necessidades dos trabalhadores, estruturava-se a indústria de exploração.

A jornada extra de trabalho era remunerada informalmente e o valor do salário referente a esta era o valor do salário bruto da jornada formal, uma vez que não havia descontos. Em relação ao trabalho realizado na jornada extra, o profissional não

---

<sup>147</sup> 56% consideraram que sempre (33%) ou geralmente (23%) a escala adotada pelo HTP dificultava o trabalho em paralelo em outro hospital (P71).

<sup>148</sup> 90% declararam que sempre fazem jornada extra de trabalho para aumentar a renda (P25).

<sup>149</sup> Só faziam jornada dupla de trabalho aqueles funcionários que não tinham trabalho em outro hospital, fato este que denunciava a relação entre a escala alternativa e a possibilidade de exploração.

<sup>150</sup> Uma auxiliar de enfermagem comentou: “só falta trazer a minha cama para o hospital porque eu chego em casa, só dá para dormir e já tenho que voltar. Sorte que não tenho filho nem marido.”(EI 12)

<sup>151</sup> 60% dos respondentes afirmaram que nunca (34%) ou raramente (26%) havia possibilidade de fazer dobra quando o funcionário queria (P 73) .

<sup>152</sup> Segundo explicação do Departamento de Pessoal “os funcionários gostam de fazer jornada extra de trabalho, primeiro por motivo salarial, financeiro. Eles ganham pouco e quando querem comprar um carrinho, alguma coisa a mais, uma geladeira nova, um jogo de quarto, seja lá o que for, e precisam de dinheiro pra pagar, a maneira de fazer isso é assumindo uma jornada extra de trabalho. Eles acabam trabalhando 27,28 dias do mês, chegam no final do mês estão cansados, não agüentam mais, mas, porque precisam do dinheiro fazem jornada extra de novo.” (EF 23)

tinha direito a férias e benefícios<sup>153</sup>. Os próprios trabalhadores reconheciam que a jornada extra era interessante tanto para os funcionários quanto para o hospital<sup>154</sup>.

Justificada oficialmente como uma estratégia para suprir as vagas dos profissionais em férias e em licença de saúde, a jornada extra de trabalho supria a demanda de 17 vagas de trabalho. Esta era também utilizada para responder à demanda de novas vagas de trabalho, geradas pela necessidade de mais profissionais, devido ao aumento do volume de pacientes atendidos ou à saída de alguns funcionários, extinguindo assim mais 8 postos de trabalho.

Conforme explicação do Departamento de Pessoal (EF 23), a jornada extra de trabalho existia para diminuir os custos com folha de pagamento dos funcionários e aumentar os lucros do HTP. *“Hoje um funcionário custa pra empresa em torno de 92% além do salário dele. Se não tenho esse funcionário devidamente legalizado eu ganho 92%. Você deixa de pagar as férias, o 13º e os impostos. E para eles (os funcionários) é bom porque eles ganham o salário bruto, que é bem melhor.”*

Uma vez que proporciona o confinamento da sua mão de obra, a jornada extra de trabalho protegia o sistema de dominação da organização por restringir o contato dos trabalhadores com outros modelos de trabalho, apresentando o modo de produção do HTP como a única realidade para seus funcionários.

A inserção de profissionais com experiência ou que atuavam paralelamente em outras organizações do mesmo ramo poderia representar ameaça, uma vez que este trabalhador poderia vir a denunciar aos colegas o sistema de controle e exploração instituído na organização (SEGNINI, 1988).

Um dos poucos funcionários do HTP que trabalhava paralelamente em outro hospital apresentava vários questionamentos à Diretoria de Enfermagem e ao Departamento Pessoal. A atitude deste funcionário era avaliada pelos demais trabalhadores como uma atitude corajosa e se justificava uma vez que, tendo outro

---

<sup>153</sup> Conforme relato por uma técnica trabalhando em jornada dupla há mais de 1 ano, *“quando eu tiro férias, eu só pego do meu horário normal. Daí no caso eu faço assim. Faço 15 dias a (jornada extra) e o meu horário. Daí compensa. Um compensa o outro, é como se eu tivesse feito o mês inteiro de trabalho na jornada extra e assim eu consigo 15 dias de férias de verdade.”*

<sup>154</sup> 68% concordaram que a jornada extra de trabalho, sempre (44%) ou geralmente (22%), significava vantagem tanto para os funcionários quanto para o hospital (P 72).

emprego, ele poderia correr o risco de ser despedido, diferentemente dos demais funcionários que dependiam totalmente do emprego no Hospital para sobreviver. Apesar de questionar algumas imposições organizacionais, esta funcionária não apresentava ameaças significativas ao sistema de controle e dominação do HTP, considerando a capacidade de dominação e de exploração conquistada pelo hospital diante das condições de “pobreza generalizada” de seus funcionários.

Movidos pela necessidade de dinheiro, era comum que um mesmo profissional fizesse dupla jornada por mais de um mês seguido<sup>155</sup>, podendo ultrapassar um ano<sup>156</sup>. Ao assumir a jornada extra de trabalho no hospital, o trabalhador tinha 12 horas de cada dia tomados pelas atividades de trabalho, o que prejudicava a sua vida familiar e a sua saúde<sup>157</sup>.

Na tentativa de diminuir a ausência no lar, a dedicação aos filhos era transferida para dentro do hospital, por alguns funcionários, durante o horário das refeições. Ao perceber esta estratégia dos trabalhadores, o Departamento de Pessoal atualizou o controle e decretou que era proibida a presença de filhos de funcionários nas dependências do hospital, complementada pela seguinte mensagem:

*“É proibido a permanência de filhos e familiares de funcionário no refeitório e nas dependências do hospital, se você não tem com quem deixar seu filho é melhor não vir trabalhar, porque você estará fazendo mais falta em casa do que no hospital. O Hospital não é sua casa é o seu trabalho. Quem não seguir, estará sujeito a receber advertência”.*

Alterações emocionais e prejuízos na saúde dos trabalhadores eram percebidos em decorrência do desgaste no trabalho<sup>158</sup>. Os trabalhadores sacrificavam sua vida e de

<sup>155</sup> 86% dos respondentes afirmaram que sempre (64%) ou geralmente (22%) os funcionários faziam jornada extra de trabalho vários meses seguidos, sem intervalo (P63).

<sup>156</sup> Uma técnica de enfermagem relatou que “faz um ano e três meses que eu estou dobrando. Trabalho 12 horas, de segunda a sexta. Sábado e domingo eu fico no plantão de emergência, dois finais de semana por mês porque eu faço jornada extra. Se eu não fizesse seria só um.”(EF 13)

<sup>157</sup> Técnica de enfermagem relatou que fazia 5 meses que estava dobrando, e que na semana anterior “tive muita dor de cabeça, muita irritação e só chorava. Não conseguia cuidar da minha filha.” Contou ainda que chegou ao trabalho chorando, uma hora atrasada. Se recuperou um pouco e começou a trabalhar. Ao tirar sangue de um paciente teve uma crise de choro e não conseguiu terminar a tarefa. Pediu para chefe liberar ela para descansar. Dormiu 12 horas direto, acordou para comer e voltou a dormir mais 8 horas. No outro dia estava renovada, voltou ao trabalho e desenvolveu as tarefas normalmente.

<sup>158</sup> “O que a gente vê é que vira e mexe fica um resfriado aqui falta outro ali porque pegou um ‘bicho’(infecção). Mas com excesso de trabalho a pessoa fica mesmo com a resistência corporal baixa. Isso a pessoa não vê quando assume jornada extra de trabalho. Imagine uma pessoa ficar 12



sua família em troca de “migalhas” de capital<sup>159</sup>. O desgaste dos profissionais de enfermagem do HTP, que além de jornada dupla no hospital ainda assumiam as responsabilidades de cuidado de filhos e da administração do lar<sup>160</sup>, era denunciado pelo aumento do número dos atestados (identificado pelo Departamento de Pessoal) e da quantidade de profissionais com descompensações físicas e mentais, que continuavam trabalhando. Ao contrário do Departamento de Pessoal, que desprezava, desconsiderava e questionava os atestados médicos<sup>161</sup>, os trabalhadores reconheciam que essas descompensações estavam relacionadas ao trabalho<sup>162</sup>.

Nesse tipo de relação perversa o trabalhador não se apresenta como uma vítima imóvel, mas de alguma forma, em algum grau, ele interfere nas relações de trabalho e no sistema de dominação e exploração, o que acaba por reformular as estratégias de controle.

O adoecimento do trabalhador, no contexto do HTP, aparecia como uma evidência da exploração e configurava-se como uma defesa dos trabalhadores, a qual propiciava o rompimento, a alto custo, com o sistema de dominação e exploração capitalista, possibilitando o afastamento do posto de trabalho, sendo uma alternativa de confronto indireto e protegido por leis trabalhistas.

As descompensações colocam-se como “uma resposta do ser humano às formas de vida que degradam sua condição humana. É como se através de cada indivíduo que adoece, a consciência humana se utilizasse da doença para expressar seu desacordo com um modo de trabalho que anula o que de melhor o ser humano tem a oferecer” (DURAND, 2000).

*horas todos os dias, vários meses.....Chega aqui no escuro e sai daqui no escuro. Não se vê a luz do dia.” ( EF 19 - enfermeira e supervisora).*

<sup>159</sup> Um profissional técnico ou auxiliar que faz dobra recebe ao final do mês pouco mais de R\$ 700,00, e enfermeiros recebem aproximadamente R\$1.600,00. Praticamente todos os supervisores fazem jornada extra de trabalho no HTP.

<sup>160</sup> “Já tenho uma semana de jornada extra de trabalho, mas eu achei que não ia agüentar. Eu chego em casa morrendo. E eu chego em casa e ainda tenho 3 me esperando. Eu tenho 3 filho e tenho que lavar, cozinhar, ajudar na lição ...” (EI 17 – auxiliar de enfermagem).

<sup>161</sup> O representante do Departamento de Pessoal declarou que “o número de afastamento por atestado aumentou. Eu não cheguei a reparar para ver o que é isso, eu não tive tempo para fazer essa estatística. Mas a maioria dos atestados eu contesto, porque a maioria são atestados ‘frios’”(EF 23) .

<sup>162</sup> 94% dos trabalhadores reconheciam que as alterações físicas e/ou mentais dos funcionários sempre (72%) ou geralmente (22%) estavam relacionadas ao trabalho (P84).

Ao ter seu processo de exploração e dominação interrompido pelo adoecimento do trabalhador, o HTP estruturou estratégias de controle que visavam diminuir as licenças médicas, como, por exemplo, a perda da cesta básica<sup>163</sup>, processos demasiadamente burocráticos para que os atestados fossem validados pelo hospital<sup>164</sup>, além das estratégias informais de boicote dos funcionários com problemas de saúde (como a transferência para setores considerados desagradáveis e a falta de assistência adequada aos trabalhadores<sup>165</sup>).

As organizações individualizam o processo de adoecimento e adotam postura de segregação, isolamento e hostilidade para com o indivíduo que está doente, dificultando seu retorno ao trabalho (DURAND, 2000).

Uma estratégia de controle utilizada pelo HTP capaz de desmobilizar a doença enquanto resistência da classe trabalhadora e de resignificá-la diante do coletivo, era a não substituição imediata do funcionário com licença de saúde, fato que sobrecarregava os demais profissionais de enfermagem, os quais passaram a desconsiderar e a desconfiar da veracidade do adoecimento alheio<sup>166</sup>, também como defesa contra a consciência do seu próprio risco de adoecimento. Este processo de hostilidade e desconsideração do sofrimento caracteriza-se como controle por vínculo (cap.9) e levava os profissionais a permanecerem trabalhando até o ponto de estarem impossibilitados realmente de exercer as suas atividades ocupacionais<sup>167</sup>.

O indivíduo que adoecer pode se sentir envergonhado, pois ele se torna, involuntariamente, portador de reivindicações e expressa insatisfações que são de

---

<sup>163</sup> O profissional que apresentasse atestado de um dia perdia o direito de receber uma cesta básica. Se o atestado tivesse a duração de três dias este direito não era retirado. Desta forma acreditava-se inibir os atestados “frios”, sem prejudicar as pessoas que realmente apresentavam-se adoecidas.

<sup>164</sup> Os atestados deveriam apresentar o código indicador da enfermidade apresentada pelo funcionário, precisavam estar assinados pelo supervisor do setor e deveriam ser depositados numa urna até 3 dias após a data da falta por motivos de doença.

<sup>165</sup> *“Nunca confie que está segura em algum serviço, em algum lugar, porque eu faz tempo que trabalho aqui, e agora que estou doente, ficam me jogando de setor para setor, até eu pedir a conta.” (EF 03).*

<sup>166</sup> *“Eu fico pensando que quando eu falto, meus colegas é que vão se ferrar, porque vão ter que fazer a minha parte. A pessoa que falta não pensa nos outros. Eu jamais iria faltar num dia de semana, a não ser que fosse uma coisa muito grave.” (EF 26).*

<sup>167</sup> 77% confirmaram que os funcionários sempre (47%) ou geralmente (30%) compareciam ao trabalho mesmo quando estavam doentes (P60).

todos. “A doença vai se instalando no indivíduo, à sua revelia, e sua principal mensagem seria: veja o que vocês estão fazendo comigo.” (DURAND, 2000:18)

O processo de negação do sofrimento alheio é identificado por Dejours (1994) como a defesa do individualismo, a qual propicia que as próprias descompensações e dos iguais sejam negadas e juntamente com elas se desconsidere a sua mensagem de explicitação dos conflitos, do sofrimento e da exploração presentes no trabalho.

Portanto, ao mesmo tempo em que a doença é vivida como libertadora da situação de exploração, ela também pode ser destruidora dos laços com os outros ou de perdas diversas em sua capacidade e em seus papéis sociais (ADAM E HERZLICH, 2001).

As jornadas extras de trabalho inseriam-se na rede de exploração do trabalhador no HTP, de maneira que contribuía para o aumento da lucratividade do hospital e da dominação sob o trabalhador. Com essa estratégia obtinha-se uma economia imediata, representada pela eliminação de custos operacionais para o processo de recrutamento, seleção, contratação e treinamento de novos profissionais e pela diminuição de custos com encargos sociais.

A jornada extra de trabalho caracteriza-se como uma estratégia de dominação, ao restringir o hospital como a única realidade e modelo de trabalho, constituindo um quando funcional menor (facilitando o controle)<sup>168</sup>, eliminando os riscos de questionamentos por novos membros e mantendo vivo o fantasma do desemprego estrutural (uma vez que contratações passaram a não ser realizadas, extinguindo 25 novas vagas de trabalho).

A exploração do trabalhador no HTP não restringia-se à exploração de sua força de trabalho, mas também de sua exploração enquanto consumidor. O capitalista lucra não só com o que recebe do trabalhador, como força de trabalho, mas também com o que ele lhe dá, como consumidor (MARX, 1994).

---

<sup>168</sup> Conforme a opinião de uma técnica e supervisora, “é melhor trabalhar com um grupo reduzido que o trabalho flui melhor. Quando eu não tenho nada pra fazer, eu vou bater papo. Então, ali tem aquele trabalho pra te entreter o dia todo. Não tem fofoca, aliás, eu não deixo acontecer fofoca” (EF 08).

“O consumo individual do trabalhador constitui como fator da produção e reprodução do capital”, não importa que esse consumo ocorra para a própria satisfação do trabalhador, uma vez que ele possibilita a subsistência da força de trabalho e, portanto, a fonte de reprodução de capital (MARX, 1994:666). Além disso, ao consumir produtos/serviços, a classe trabalhadora repassa parte de seu salário para o capitalista, aumentando o faturamento das empresas.

As diversas empresas que compunham o HTP tinham como principais clientes os próprios funcionários. Os produtos e serviços consumidos poderiam ser pagos por meio de desconto direto no salário. Dentre estes serviços e produtos oferecidos pelo hospital, alguns eram compulsórios, como o plano de saúde, a alimentação e a cesta básica, os quais representavam R\$ 60,00 mensais descontados no pagamento de cada funcionário. Considerando o valor bruto do salário entre R\$ 320,00 e R\$ 420,00 (para técnicos e auxiliares), os descontos referentes aos serviços compulsórios representavam entre 15% e 20% do valor do salário bruto, sem considerar os gastos pessoais por escolha.

Os produtos consumidos na farmácia, na lanchonete, na frutaria eram compras particulares que também poderiam ser descontadas no pagamento, forma escolhida pela maioria dos funcionários, por não dispor de recursos para o pagamento à vista.

Associada a essa estratégia, o hospital tinha uma política pouco divulgada de ajuda financeira aos trabalhadores com dívidas<sup>169</sup> (ex: contas de serviços públicos em atraso) quando estes vinham pedir auxílio aos proprietários ou ao Departamento de Pessoal. Esta ajuda financeira era paga por meio de descontos no salário ou do salário da jornada extra<sup>170</sup>.

Articulando essas duas estratégias, o trabalhador se transformava em consumidor dos produtos e serviços oferecidos pelo hospital e também usuário de

---

<sup>169</sup> 56% dos respondentes do questionário afirmaram que nunca (26%) ou raramente (30%) o hospital ajuda financeiramente os funcionários por meio de empréstimos ou pagamento de contas descontadas em parcelas mensais, indicando a informalidade dessa prática (P 46).

<sup>170</sup> “Existem funcionários que têm dívidas e que não vêm a cor do salário porque pagaram o empréstimo, não vêm a cor do salário..... Então a pessoa empresta o dinheiro e o Departamento de Pessoal fala para ela: ‘então você vai dobrar durante tantos meses e fica com o teu salário e com a dobra paga a conta’. A pessoa fica de mau humor, fica numa situação bem chata.” (relato da supervisora).

empréstimos financeiros informais (pouco freqüentes). Ambas as situações tinham a capacidade potencial, se levada ao extremo, de transformar trabalhadores “livres” em “refêns” do hospital.

A situação de uma auxiliar de enfermagem evidenciava o processo de exploração e escravização que potencialmente poderia acontecer por meio dessas estratégias. Por conta de gastos abusivos na farmácia, em decorrência de um adoecimento, somados aos empréstimos recorrentes para pagamento de aluguel e serviços públicos, a dívida da auxiliar de enfermagem chegou a um tal valor que o seu salário foi suspenso, de um mês para o outro. Conforme proposto pelo DP, a funcionária assumiu jornada de trabalho extra, por mais de um ano, e destinou toda a sua renda extra para o pagamento de suas contas com o hospital. Esta trabalhadora, por vezes não conseguia a jornada extra de trabalho, o que levou-a a iniciar um trabalho paralelo, de coleta de latinhas de alumínio para completar sua renda e garantir sua sobrevivência e a sobrevivência da família. Esse processo perdurou por mais de um ano e representou 12 horas de trabalho diárias, dentro do hospital, com raros dias sem trabalho (os quais representavam perdas significativas no salário).

O empréstimo financeiro, mesmo sendo uma prática pouco divulgada, acabava sendo uma forma de controle dos trabalhadores, uma vez que estes viam no hospital a tábua de salvação no caso de dívidas<sup>171</sup>. Uma outra contrapartida econômica oferecida pelo hospital, esta de natureza informal, era o jogo com as leis trabalhistas, no que diz respeito a possibilitar do funcionário continuar recebendo seguro desemprego mesmo sendo contratado no hospital. Este tipo de conduta leva ao comprometimento do trabalhador com a organização e a aceitação da exploração e da dominação<sup>172</sup>.

Além do controle por meio do dinheiro, a proximidade entre a residência e o trabalho acabava por transformar-se em um instrumento significativo de manutenção

---

<sup>171</sup> Conforme o relato de uma auxiliar de enfermagem: “*Eu é que nunca tive peito de usar qualquer coisa, mas a hora que eu precisar de uns R\$100, eu tiro o vale e eles me dão, sabe? Não cobram juro, não cobram nada, e eu pago em quantas vezes a gente puder*” (EF 26).

<sup>172</sup> Conforme o relato de uma auxiliar de enfermagem recontratada pelo hospital: “*eu pedi para eles para assinar a carteira só a partir do outro mês para não perder o seguro desemprego. Eles facilitam e eu até acho que eles facilitam muita coisa pra gente, sabe? Acho que é por esse lado que eles são mais poderosos quando impõem alguma norma*” (EF 26).

do quadro funcional na organização<sup>173</sup>. A falta de opções de trabalho em outras organizações hospitalares no município ressignificam e inserem um valor do trabalho no HTP como privilégio. Trabalhar no municípios vizinhos significa um gasto médio de 2 horas de deslocamento e custos equivalentes à diferença de salário oferecido em hospitais do outro município, de maneira a não apresentar vantagem econômica<sup>174</sup>. O significado de estar trabalhando próximo de casa<sup>175</sup> e a economia de tempo e de dinheiro que isso representa causava interesse e era avaliado como um dos fatores que mantinham os funcionários trabalhando no HTP. A organização explorava este elemento para facilitar a adesão e a manutenção do trabalhador na organização.

As condições sócio-econômicas, assim como a exploração da ideologia do cuidado, inerente ao trabalho de enfermagem, possibilitavam o fortalecimento do sistema de dominação e de exploração da organização, criando interesses que levavam à adesão dos trabalhadores aos objetivos da organização e reforçavam sua dependência em relação a ela.

#### 8.1.2. A exploração da ideologia do cuidado para o aumento da produtividade capitalista

Independentemente das condições de trabalho e do salário, os profissionais de enfermagem lutam por exercer sua atividade em prol da vida humana<sup>176</sup>. A ideologia do cuidado não fica imune ao sistema produtivo capitalista, que utiliza os sentimentos e a essência do ser humano para alavancar a produção.

---

<sup>173</sup> 75% dos profissionais afirmaram que sempre (29%) ou geralmente (45%) a proximidade entre o local de trabalho e a residência era um dos fatores que mantinha os funcionários trabalhando no HTP.

<sup>174</sup> “O salário aqui é o mais baixo, e todo mundo sabe que é o mais baixo de todos. Ai se eu saio daqui pra pegar o ônibus para (cidade vizinha). Preciso de 2 horas pra ir, 2 pra voltar, são 4 horas do dia a mais que eu perco. E se eu somar o gasto com isso, no final do mês, vai dar a diferença que eu vou ganhar no outro hospital” (EF 26 – auxiliar de enfermagem).

<sup>175</sup> A proximidade entre o hospital e a residência era considerado por uma auxiliar de enfermagem (EF 26) “a melhor forma de você conseguir conciliar a casa e o trabalho, pelo trabalho ser perto. Se você quiser almoçar em casa, você almoça. Na semana e no fim de semana, porque eu trabalho também no sábado e no domingo...”

<sup>176</sup> “Eu não vou pra casa em paz se eu sei que um paciente está passando mal, precisa trocar curativo ou fazer exame de sangue. Eu tenho que coletar o sangue, cuidar do paciente e deixar aquele paciente bem. Lá em casa eu resolvo depois e aqui é a vida da pessoa, se não resolver pode levar a pessoa até à morte.” (EF 08 – depoimento de supervisora e técnica de enfermagem).

A profissão de enfermagem foi estruturada, desde a sua origem, sob a ideologia do cuidado ao próximo, da caridade, do altruísmo, de preceitos religiosos e da maternidade. Apesar de ser uma atividade remunerada, percebe-se que o vínculo com estas idéias permanece até hoje e pode ser evidenciada pelos determinantes da escolha desta profissão. A admiração do papel do cuidador, do solidário e daquele que ajuda o necessitado - idéias de caráter doméstico e religioso da enfermagem pré-capitalista - são os principais motivos que levam à opção pelo trabalho na área de enfermagem (LIMA JR, 1998).

Por envolver a saúde humana, e, portanto o sofrimento, a vida e a morte, o trabalho de enfermagem articula, mais do que as condições do trabalho, a condição humana, igual para trabalhadores e pacientes<sup>177</sup>.

No HTP a ideologia do cuidado se configurava como um dos principais motivadores para o trabalho dos profissionais de enfermagem<sup>178</sup>, superando a desvantagem do baixo salário<sup>179</sup> e aumentando a tolerância dos profissionais frente às dificuldades próprias da natureza do trabalho<sup>180</sup> e da relação com o paciente<sup>181</sup>.

A ideologia do cuidado era responsável também por ações que ultrapassavam os limites profissionais, identificada também na pesquisa de Linhares (2001), como a

---

<sup>177</sup> O depoimento de uma auxiliar de enfermagem evidencia a condição de igualdade entre profissionais e pacientes, considerando a finitude humana: *“Eu deixo boas lembranças para o paciente, porque hoje eu sou a enfermeira e amanhã eu posso ser o paciente. Nada, nada fica sem revés. A enfermeira um dia também pode se tornar paciente. Tenho que me prepara com palavra e dedicação para amanhã ser uma paciente que saiba o que a enfermagem sofre e o que paciente sofre também.”* (EI 05).

<sup>178</sup> *“Eu acho que é uma profissão muito bonita porque você cuida da pessoa no momento que ela mais precisa de ajuda, que é quando a pessoa está doente. Ela fica totalmente debilitada e você faz tudo por ela. Você dá comida, você troca, você dá banho, você conversa, e na hora do reconhecimento, do afetivo, você tem, mas no profissional, você não encontra.”* (EF 09 – auxiliar de enfermagem).

<sup>179</sup> *“O paciente quando vem para o hospital entrega a vida para você. Às vezes ele sente falta da casa, da família e nesta situação ter alguém de branco sorrindo para você é tão bom (...) Seria bom ter um salário melhor, para gente ser mais feliz, mas já que é ruim tá bom assim. É ruim mas é bom. O dinheiro não pode influenciar o teu trabalho, senão, como você vai cuidar do paciente? Em primeiro lugar a gente tem que pensar no paciente. Você tem que se colocar no lugar dos pacientes.”* (EI 08 – auxiliar de enfermagem).

<sup>180</sup> Na opinião de uma enfermeira e supervisora, *“que trabalha em enfermagem gosta do que faz. Não que a profissão de enfermagem não te faça encarar coisas repugnantes, mas você gosta de cuidar, de estar junto do paciente.”* (EF 19).

<sup>181</sup> Conforme relatado por uma técnica e supervisora de enfermagem (EI 34), *“o paciente só estressa quando ele está muito agitado, mas assim mesmo, se eu trabalho com enfermagem o paciente não estressa, porque eu estou ali para exercer esta função mesmo, esteja (o paciente) agitado ou não. Eu estou ali para cuidar dele.”*

compra de shampoo para os pacientes<sup>182</sup>, o atendimento às demandas emocionais de pacientes e familiares<sup>183</sup>, explicações sobre a doença ou procedimentos médicos e até casos extremos de tentativa de adoção de crianças ‘abandonadas’ no hospital<sup>184</sup>.

Conforme a opinião dos profissionais de enfermagem, a qualidade do atendimento não era prejudicada pelos baixos salários<sup>185</sup>, mas esta era comprometida diante da sobrecarga de trabalho<sup>186</sup> e do alto número de pacientes<sup>187</sup>.

Como o que importa à finalidade capitalista do hospital é a geração de excedentes, prioriza-se a quantidade, de pacientes e de procedimentos e não a qualidade do atendimento ao paciente. Sob a perspectiva da produção hospitalar, um setor destinado a atender dez pacientes, por exemplo, pode cumprir sua finalidade com a presença de apenas um trabalhador ou de uma equipe de cinco profissionais de enfermagem, dependendo da qualidade que se pretende oferecer no atendimento.

Uma vez que o HTP visava prioritariamente cumprir sua finalidade capitalista, o quadro funcional era reduzido ao máximo e era composto por profissionais com a mínima formação possível<sup>188</sup>, de forma a diminuir os custos com a força de trabalho, sem, no entanto comprometer a produção quantitativa total do hospital.

<sup>182</sup> “O hospital não estava dando shampoo para os pacientes que não podiam comprar, que não tem, aí eu comecei a comprar porque lavar (o cabelo dos pacientes) com sabonete não dá. Eu comprava porque, nossa, eu me sinto tão bem assim, vendo os pacientes cheirosinhos... O paciente estando cheirosinho parece que a gente também tá.” (EI 17 – técnica de enfermagem).

<sup>183</sup> Técnica de enfermagem, atuando em setor para atendimento de crianças em estado grave, contou que “tem crianças que ficam ali (no setor) muito tempo e você acaba tendo convivência com os pais. Às vezes a mãe e o pai chegam lá desesperados e você acaba chorando com a família. Outro dia tinha uma funcionária aqui que os pais ficaram tão amigos dela que acabavam ligando pra casa dela pra pedir informações do paciente” (EF 16).

<sup>184</sup> Conforme descrito por uma técnica de enfermagem (EF 16), “teve uma criança que foi internada e disseram que ela estava pelo conselho tutelar. Quando ela já estava melhorzinha a supervisora acabou levando ela pra casa, por uns dias e depois quis adotar a criança, mas na verdade ela não estava pra adoção.” Este caso rendeu contatos entre o diretor do hospital e o conselho tutelar, além de uma reunião geral do setor para orientar os funcionários a que não se envolvessem demasiadamente com os pacientes e familiares.

<sup>185</sup> 94% afirmaram que, sempre (72%) ou geralmente (22%), os pacientes eram bem atendidos independentemente do salário dos profissionais de enfermagem. (P83).

<sup>186</sup> De acordo com as palavras de uma técnica e supervisora de enfermagem, “enquanto você fica lá batendo papo com a dona ‘Maria’, deixa de estar atendendo três ‘Marias’. Porque uma precisa que eu colha o sangue, outra precisa que de um exame, outra precisa marcar cirurgia, outra precisa ligar para a família.” (EF 08).

<sup>187</sup> 86% responderam que, sempre (62%) ou geralmente (24%), não conseguiam tratar dos pacientes da maneira como gostariam, devido ao número de pacientes que precisavam atender (P34).

<sup>188</sup> 73% do quadro de trabalhadores de enfermagem, vinculados à diretoria de enfermagem, eram auxiliares (formação básica).



A sensibilização com o sofrimento humano fazia aumentar a produção individual dos trabalhadores<sup>189</sup>, possibilitando a geração de excedentes que eram apropriados pelo capitalista.

A indústria da exploração dos trabalhadores do HTP, por meio dos valores, era sustentada pelas condições de vida dos trabalhadores, pela disciplina da fome e pela ideologia do cuidado, elementos estruturais do sistema de produção, dominação e exploração desta organização. Esta estrutura era reforçada pelo jogo das ameaças, instalado no sistema disciplinar, abordado a seguir.

## 8.2. O CONTROLE POR MEIO DO SISTEMA DISCIPLINAR

“As organizações colocam em jogo dois tipos de relações: as relações políticas e as relações simbólicas, que, inter-relacionadas, determinam as práticas disciplinares que permitem a ordem organizacional assegurar sua perenidade”.(CHANLAT, 1993:229).

A fim de reforçar o controle e garantir a submissão, o HTP utilizava-se de uma política autoritária e repressora, sustentada num sistema disciplinar coercitivo, que mobilizam o imaginário dos trabalhadores e encontrava sua eficácia por simplesmente existir, antes mesmo que quaisquer dispositivos fossem de fato utilizado.

A disciplina comporta um sistema de normas, o qual contém especificações quanto às sanções a que estão sujeitos os trabalhadores, garantindo, simultaneamente, a finalidade econômica e política da organização, pela ameaça ou por recompensas e punições reais. O sistema disciplinar amplia a exploração capitalista uma vez que tem a capacidade de aumentar as forças do corpo para a produtividade e, simultaneamente, de diminuir essas forças de forma que fiquem obedientes e docilizadas, garantindo a reprodução do capital sem questionamentos e sem surpresas (FOUCAULT, 2000; FARIA, 1987: 46).

---

<sup>189</sup> Uma auxiliar que trabalhava na ala de pacientes particulares, setor este composto por 16 leitos e atendida por apenas 2 funcionárias, relatou que “no domingo ela (outra funcionária) não veio, ‘me deixou na mão’. Daí não tem como ... eu arrumei todas as camas, fiz a medicação, coloquei todos os pacientes para tomar banho, mas fiquei em cima da supervisora para ela pedir alguém para me ajudar. Só no meio da tarde que veio outra funcionária.” (EI 21).

No caso do HTP, o sistema disciplinar apoiava-se num código autoritário, representado pelo sistema de normas elaborado pelo Departamento Pessoal, o qual continha regulamentações específicas quanto às punições que os trabalhadores estavam sujeitos uma vez que se desviassem dos padrões previstos. Recompensas aos obedientes não faziam parte do sistema de sanções formais da organização em estudo.

No HTP, o sistema de sanções regulamentada pelo Departamento de Pessoal consistia de punições, em diversos graus: advertência falada, advertência escrita, suspensão de um dia, suspensão de três dias, suspensão de cinco dias. A soma de punições (por exemplo, três advertências escritas ou duas suspensões) poderia justificar uma demissão por justa causa. As punições acarretavam significativas perdas salariais e eram registradas na carteira de trabalho dos funcionários, transformando-se em marcas permanentes na história ocupacional dos trabalhadores.

Este processo se mostrava eficaz para manutenção do controle, da ordem, da aceitação da exploração e da dominação do HTP. Sua eficácia se dava tanto pela ameaça da punição como pelo seu exercício real, tendo em vista que, em dois meses, oito punições foram concretizadas na equipe de enfermagem do HTP.

As justificativas para a aplicação de tais punições envolviam, faltas (no final de semana, consecutivas sem aviso, reincidida após advertência verbal), desobediência, às ordens internas do hospital, ministração errada de medicamentos, e não comparecimento ao treinamento. Essas justificativas evidenciam a repressão aos questionamentos, à desobediência, à confrontação da ordem organizacional e à execução de tarefas fora do padrão, objetivando manter não só a ordem organizacional, mas também o comportamento padronizado, a submissão e a docilidade diante da dominação e da exploração.

O sistema disciplinar do HTP constituía-se como um instrumento de concretização da exploração regulamentada pelo código autoritário. Tomando como exemplo o caso do treinamento de enfermagem, tem-se explícita a exploração capitalista sustentada pelo controle simbólico-imaginário.

O treinamento de pessoal foi imposto pelos proprietários à Diretoria de Enfermagem como um critério necessário para o hospital ser reconhecido como

hospital-escola. A Diretoria de Enfermagem, por sua vez, estabeleceu que cada trabalhador compareceria ao hospital, em dias que não estivesse escalado para trabalhar, para participar do treinamento, formatado em seis encontros de quatro horas cada, sem nenhum tipo de remuneração<sup>190</sup>.

Ao mesmo tempo em que o treinamento não foi apresentado com caráter obrigatório, a não participação nesta atividade foi acompanhada de processos punitivos (sem avisos prévios) e ameaças de demissão<sup>191</sup>. Desta forma os trabalhadores eram coagidos a participarem<sup>192</sup>, mesmo sendo uma atividade de trabalho não remunerada.

Os trabalhadores não se mostraram passivos diante da exploração descarada. Do primeiro grupo convocado, composto por trinta trabalhadores, dez faltaram ao primeiro encontro e foram punidos com suspensão de um dia<sup>193</sup>. A ausência no treinamento foi uma forma de confronto e o indicativo da falência do controle e do sistema de regras utilizados. A dominação da organização foi reeditada por meio da punição e da repressão. A aplicação da suspensão, instrumento formal de punição no HTP, representava perdas significativas no salário<sup>194</sup> e denunciava a vulnerabilidade e a falta de segurança no trabalho<sup>195</sup>. Desta forma, a organização restabeleceu a dominação sobre trabalhadores, deste grupo como dos demais, os quais compareceram ao treinamento sem confrontos explícitos ou faltas.

Ao utilizar a punição para reforçar o controle questionado pelas faltas, a organização conseguiu deslocar os questionamentos da situação de exploração para a legitimidade da punição, uma vez que os trabalhadores não tinham sido avisados da

---

<sup>190</sup> Os participantes do treinamento recebiam apenas a alimentação e o transporte do dia, sem remuneração por estas horas dedicadas às atividades relacionadas ao trabalho.

<sup>191</sup> Conforme o discurso do Diretor de Enfermagem, *“(o treinamento) não é obrigatório. Os profissionais estão com um nível baixíssimo e eu já falei para eles que quem não melhorar não vai ter mais ter lugar para trabalhar aqui.”* (EI 01)

<sup>192</sup> 74% confirmaram que os funcionários nunca se sentiam livres para escolher se queriam participar do treinamento fora do horário de trabalho, sem ameaças (P 50).

<sup>193</sup> Conforme relato do diretor de enfermagem: *“Eu fiz uma convocatória para 30 funcionários dos primeiro grupo e dez faltaram. Eu fiz uma convocação e eu nunca peço nada para eles. Eles desconsideraram minha convocação. Então no outro dia quando eles chegaram para trabalhar eu dei suspensão para eles, que tiveram que voltar para casa e perderam o dia de trabalho no salário. Eu acho que isto (o treinamento) é para ele, não é para mim. Depois disto ninguém mais faltou.”*

<sup>194</sup> A suspensão de um dia de trabalho era associada ao desconto de 2 dias no valor do salário, significando uma perda salarial de aproximadamente 10%.

<sup>195</sup> Três suspensões respaldava legalmente a demissão do funcionário por justa causa.

possibilidade de punição diante do não comparecimento ao treinamento. Os trabalhadores punidos questionaram ao diretor de enfermagem a legitimidade da suspensão, propiciando que o processo de exploração permanecesse oculto e o controle e a dominação capitalista fossem ampliados, por meio de estratégias de controle político-ideológico, que convenceram os questionadores que eles mereceram a punição<sup>196</sup> e legitimaram a ação da organização, representada pelo diretor de enfermagem.

Como as punições aplicadas não tinham respaldo legais estas foram canceladas junto ao DP, porém sem conhecimento dos trabalhadores, inclusive daqueles que foram punidos<sup>197</sup>. A punição foi utilizada como uma armadilha para coagir os trabalhadores a participarem do treinamento.

Os dispositivos formais de punição também eram utilizados como garantia em possíveis processos trabalhistas contra o hospital, respaldando o argumento de que o funcionário punido não era um bom funcionário e que o hospital não queria mais ele trabalhando lá<sup>198</sup>.

Paradoxalmente, o treinamento regia sobre as relações interpessoais no trabalho e buscava diminuir os conflitos que prejudicavam o trabalho de enfermagem. Os trabalhadores reconheciam que esta atividade possibilitava a integração dos funcionários<sup>199</sup> e alguns julgavam esta atividade importante para melhorar o trabalho

---

<sup>196</sup> Conforme relato do diretor de enfermagem: *“É difícil tentar convencer que eles (funcionários) não levaram uma suspensão porque eu quis, mas que eles mereceram. Eu mostrei e a gente se entendeu, eles concordaram que mereciam a suspensão. A gente está fazendo isto para eles. Eu duvido que tenha outra empresa que faça isto. E que quando a gente faz e eles não dão valor? A gente fica sem arma. (...) Eles vivem pedindo as coisas para mim, a gente vive fazendo. Em um ano eu pedi uma coisa e eles não fazem, quando a gente dá uma ordem eles não cumprem, eles não deixam outra opção, eu não tenho outra saída, não tem como dialogar quando eles fazem uma sacanagem desta comigo.”*

<sup>197</sup> *“Estas (pessoas) que levaram suspensão eles (Departamento de Pessoal e Diretoria de Enfermagem) não falaram para elas mas nós do sindicato sabemos que eles não arquivaram as suspensões, mas para as pessoas isso não foi passado. Foi só uma ameaça.”*o(funcionária do hospital, vinculada ao sindicato – EF 22).

<sup>198</sup> *“Não que esta suspensão possa dar justa causa mesmo porque eles deveriam ser remunerados por virem aqui fora do horário do trabalho. Mas a suspensão ajuda no caso deles, após saírem do hospital, irem para justiça. Aí o hospital prova que eles não eram bons funcionários e não queríamos eu eles continuassem trabalhando aqui.”* (EI 10).

<sup>199</sup> 63% afirmaram que, sempre (33%) ou geralmente (30%), os treinamentos possibilitavam a integração dos funcionários (P 70).

de enfermagem no hospital<sup>200</sup>. Entretanto, os funcionários não concordavam com a realização de tal atividade fora de horário de trabalho e sem remuneração<sup>201</sup>. Os trabalhadores compareciam ao treinamento, uns pressionados pelas ameaças de punição e de demissão<sup>202</sup>, outros por reconhecerem algum tipo de recompensa na participação, mesmo que fosse a possibilidade de receber um lanche, com bolacha e coca-cola<sup>203</sup>.

Esta situação evidencia o sistema de controle, de dominação e de exploração utilizado nas relações de trabalho do HTP, considerando: a) o não pagamento das horas em treinamento, uma vez que o treinamento caracterizava-se como uma atividade de trabalho; b) a utilização de ameaças de desemprego e de punição e pelas punições reais utilizadas para coagir os trabalhadores a participarem dos treinamentos; c) o deslocamento do questionamento da exploração para a punição; d) a utilização de estratégias políticas-ideológicas que reforçaram a dominação e legitimaram a ação exploratória e injusta da organização.

A exemplo do treinamento, esse processo se repetia em várias situações. Qualquer atividade de trabalho de enfermagem exercida fora do horário contratado não era remunerada: plantões à distância<sup>204</sup>, treinamentos em outros setores<sup>205</sup> (exigidos

---

<sup>200</sup> “O objetivo deste treinamento é a união entre os funcionários. Você nem imagina a quantidade de briga que tem aqui, briga, muitas brigas. (...) eu acho legal este treinamento porque a gente convive, fala dos problemas do trabalho, de casa.” (EI 11).

<sup>201</sup> “Eu acho que (o treinamento) tinha que ser no horário. Quando você não está trabalhando, é o teu dia de descanso. Se no teu dia de descanso você tiver obrigação de vir, então não é dia de descanso. Teria que ser pago como dia de trabalho ou então ser (realizado) no dia de trabalho. As pessoas reclamam mas vêm.” (EF 09).

<sup>202</sup> Funcionária relatou que ao comunicar ao diretor de enfermagem que estava com dificuldades de comparecer ao treinamento, ele falou: “ ‘A escolha é tua’. Ai eu falei para ele que ele não podia obrigar a gente a vir fora de horário de trabalho. Ele respondeu: ‘Eu sei, mas você que escolhe. Se você não quer ir ao curso (treinamento) que eu acho importante para você, é sinal que você não está gostando do trabalho, e se você não está gostando, então, você pegue e vá embora.’ Estas ameaças foram confirmadas pela integrante da diretoria de enfermagem (EI 25): “A gente fala para o pessoal que o treinamento é obrigatório. Hi ! Se a gente falar que não é obrigatório não vem ninguém. Quando alguém pergunta o (diretor de enfermagem) diz: ‘é mais importante a tua casa ou teu serviço, porque se você não vir vai ser tchau.’ Todo dia tem que jogar na cara se importante o serviço ou não é. Eu acho que quem quer, quer e quem se não quer, tchau. Se não for pela ameaça não funciona.”

<sup>203</sup> “Todos gostaram, têm brincadeiras, é super-legal. Ela (coordenadora) é muito inteligente e é capaz de tirar tudo de você. E além disto tem bolachinha e coca-cola no final.” (EF 09)

<sup>204</sup> Consistia em plantões, geralmente em feriados e finais de semana, específico de setores de exames e do centro cirúrgico, no qual o funcionário ficava de sobreaviso, devendo permanecer nas proximidades do hospital e facilmente localizado por telefone celular ou BIP, para seu comparecimento no caso de necessidade de seus serviços.

para transferência de setor), reuniões dos supervisores com a diretoria de enfermagem, etc.

Sobre a ameaça de demissão, faz-se importante destacar que apesar desta ser uma estratégia de controle com alta eficácia na realidade do HTP, a demissão de funcionários era uma prática pouco freqüente<sup>206</sup>, devido ao alto custo dos encargos trabalhista envolvidos neste processo.

A política de não demissão de funcionários aumentava o estímulo ao uso de dispositivos legais de punição, com o intuito de pressionar o trabalhador indesejado pela organização a pedir demissão<sup>207</sup>. Como eram significativas as perdas financeiras para aquele que abrisse o processo de demissão, uma luta se estabelecia entre o trabalhador e a organização<sup>208</sup>, cada qual utilizando seus recursos a fim de pressionar o outro lado a ceder e abrir o processo<sup>209</sup>.

O sistema disciplinar, fundado nas ameaças e nas punições, era sustentado por uma outra estratégia do controle simbólico-imaginário que utilizava-se da linguagem.

<sup>205</sup> Se o funcionário desejasse trocar de setor, deveria realizar, por conta própria, um treinamento de no mínimo um mês na unidade desejada, em dias que não os dias de trabalho. O treinamento consistia no acompanhamento e desenvolvimento das atividades de enfermagem rotineiras do setor.

<sup>206</sup> Segundo informações do DP, até setembro de 2002 apenas cinco funcionários tinham sido demitidos.

<sup>207</sup> Diretor de enfermagem, em reunião com os supervisores, declarou: *“Não adianta reclamar para mim que tem que mandar o funcionário embora, porque mandar embora é complicado. Eu estou com uma listinha (de funcionários) para mandar embora. (...) Aos pouquinhos nós vamos nos desfazer dos funcionários ruins. Enquanto não dá para mandar embora vocês são responsáveis por ferrar com a vida do coitado. E como é que ferra com a vida do coitado? É dando suspensão. Uma suspensão de 3 dias são 6 dias a menos no salário, é meio mês que ele (o funcionário) vai receber a menos, é um dinheirão e no final do mês recebe mixaria. É este tipo de coisa que a gente tem que fazer (...).”*

<sup>208</sup> *“Muita gente apronta, apronta e está aí ainda. Mandar embora é muito difícil mesmo.”* (EF 13 – técnico de enfermagem).

<sup>209</sup> *“Penso ‘vou sair do hospital’, mas daí a gente acaba se acomodando de novo porque se você vai e pede a conta, você perde muito. No meu caso, eu perco, porque tenho 12 anos de trabalho, se eu pedir a conta, eu não tenho nada a ganhar. Aqui é muito difícil mandarem alguém embora. Principalmente a gente que está há tanto tempo e não tem uma advertência, nada. Então, eu não provoço nada para ser mandada embora. Muita gente provoca. Falta muito. Eu não sei fazer isso. Não sou puxa saco, não sou nada, mas não sou de aprontar no serviço, de faltar, de avacalhar.”* (EF 05).

### 8.3. O CONTROLE SOCIAL POR MEIO DA LINGUAGEM NO HTP: a sustentação da rede de exploração

A linguagem é uma das formas de expressão simbólicas mais importante dentro das organizações (CASTORIADIS, 1982:142). É por meio da linguagem que se estabelecem modelos de comportamentos tidos como referência, os símbolos de sucesso e de fracasso e os indicadores dos que obedecem e dos que são obedecidos.

As estratégias de controle intermediadas pela linguagem contemplam o controle por meio de expressões verbais e não-verbais. As expressões verbais da linguagem consistem na palavra falada (ex: nos discursos conciliadores ou ameaçadores) ou na palavra escrita (relatórios, registros). As expressões não verbais da linguagem contemplam diversas formas, dentre as quais destacam-se, para os estudos das organizações, as atitudes (comportamentos competitivos, comportamentos de referência), as expressões corporais (gestos, expressões faciais, postura corporal), o modo de vestir (trajes, acessórios permitidos, cuidados com a aparência), os objetos incorporados (manipulação ou colocação de objetos nas proximidades) e a ocupação de espaço físico (local e tamanho do espaço, características do espaço, espaços proibidos, restritos e permitidos).

O estudo da linguagem no HTP abordou a palavra, os objetos incorporados, a ocupação de espaços físicos, as atitudes e as vestimentas como instrumentos de controle, destacando o papel destes elementos na rede de exploração do trabalhador. As palavras (faladas ou escritas) dos dirigentes executam a função administrativa e são utilizadas para endurecer ou relaxar o controle administrativo (GRONN, 1983:1 apud CHANLAT 1996:25<sup>210</sup>).

Era por meio da palavra, falada ou escrita, que se estruturavam várias estratégias de controle presentes no HTP, como, por exemplo, as normas reguladoras da conduta, o código autoritário, as especificações das sanções, os contratos de compra e venda da força da trabalho, o controle do desempenho (por meio dos prontuários dos pacientes e dos relatórios de tempo de atendimento), entre outros.

---

<sup>210</sup> GRONN, H.P. “*Talk at the work: the accomplishment of scholl administration*” **Administrative Science Quarterly**, n. 28, 1983.

Ao mesmo tempo em que a organização utilizava-se da palavra para controlar, ao reconhecer a eficácia deste elemento na manutenção da ordem organizacional, visava simultaneamente controlar a linguagem dos trabalhadores como forma de luta contra a possibilidade de revolução, uma vez que era por meio da palavra que esta mesma ordem poderia ser rompida (ENRIQUEZ, 1974).

Ao controlar a palavra se instaura a repressão do imaginário e com ele a inibição do pensamento livre, da criatividade e dos questionamentos, preservando a ordem organizacional (ENRIQUEZ, 1974). A palavra livre e criadora não tem espaço na organização uma vez que esta insere a surpresa e o questionamento, trazendo dúvidas num contexto de (in)certezas. “Tomar a palavra é empresa de demolição das estruturas e do poder existente, expressão do verbo criador e do engendramento de uma nova realidade” (ENRIQUEZ, 1974:81).

O controle da palavra, no HTP, encontrava-se articulado com o sistema político-ideológico e o sistema disciplinar, autoritários e fundados na repressão. O trabalhadores tinham medo de serem perseguidos se falassem abertamente o que pensavam sobre o trabalho<sup>211</sup>.

A linguagem, além de ser representada pela palavra, encontra-se como forma de controle por meio da incorporação de objetos e a ocupação de espaços físicos. Uma das situações que evidenciava os objetos e a ocupação de espaços físicos como instrumentos de controle, tinha palco no refeitório. Alguns diretores do hospital faziam suas refeições no mesmo refeitório que os trabalhadores. Suas mesas eram reservadas, arrumadas com louças diferentes e sua alimentação também era especial. Estes eram servidos à mesa, diante de todos os trabalhadores que se serviam num *buffet*, com pratos simples, por vezes sem talheres adequados e em copos de plástico. Este panorama explicitava a separação daqueles que mandavam e daqueles que obedeciam, emitindo mensagens contraditórias, de que todos eram iguais e comiam no mesmo refeitório, porém, “uns eram mais iguais do que outros”<sup>212</sup>.

---

<sup>211</sup> 77% dos respondentes afirmaram que as pessoas, sempre (57%) ou geralmente (20%), tinham medo de serem perseguidas se falassem o que pensavam sobre o trabalho (P33).

<sup>212</sup> Expressão de George Orwel, utilizada na obra “A Revolução dos Bichos”.



Comportamentos como estes se encontram, guardadas as devidas proporções, em condições de semelhança com o comportamento de dirigentes descrito por Bennis (1986:3 apud PAUCHANT, 1986:177): “A idolatria sobe à cabeça dos dirigentes das empresas: os altos executivos comportam-se algumas vezes como pequenos imperadores (...). Eles têm hábitos e gostos de imperadores, que podem custar uma fortuna para sua empresa”. Estes hábitos servem a finalidade de explicitar a separação entre aqueles que mandam e aqueles que obedecem, aqueles que tem o capital e o poder e daqueles que dependem dos primeiros para sobreviver.

Ao ser transferido de uma sala pequena e escondida para uma sala “digna” de diretoria de enfermagem, grande, com vista panorâmica, bem localizada dentro da estrutura do HTP, o diretor de enfermagem se sentiu reconhecido na qualidade de diretor<sup>213</sup>. Entretanto, a contradição entre a sala luxuosa da diretoria de enfermagem e a falta de espaços adequados para descanso dos funcionários de enfermagem reproduzia, na estrutura física, o espaço de poder nas relações de trabalho.

Outro símbolo utilizado dentro do HTP era os uniformes, que à distância faziam reconhecer os profissionais de enfermagem e os diferenciava dos profissionais de apoio (limpeza, cozinha, lavanderia), da hotelaria, da administração e dos médicos. Todos os trabalhadores de enfermagem eram obrigados a usar uniformes, os quais eram oferecidos uma única vez pelo hospital. Os supervisores de enfermagem, além do uniforme, usavam um colete de cor diferenciada simbolizando o seu espaço hierárquico.

Os comportamentos de referência no HTP eram personalizados nos supervisores de enfermagem. Os trabalhadores julgavam importante ter um supervisor que dissesse o que era certo e o que era errado<sup>214</sup> e consideravam os supervisores como apoio nas situações mais difíceis<sup>215</sup>.

---

<sup>213</sup> “Como chefe de enfermagem, nesta sala, agora acho que eu fui reconhecido... Faz 10 anos que estou aqui na enfermagem. O hospital com o nome que ele tem, a enfermagem com o nível ruim que está e a gente ainda consegue manter a qualidade. Eu acho que hoje eu estou no lugar que eu mereço.”(E119)

<sup>214</sup> 85% afirmaram que, sempre (67%) ou geralmente (18%) era importante ter um supervisor que dissesse o que era certo e o que era errado (P29).

<sup>215</sup> 63% reconheciam os supervisores, sempre (44%) ou geralmente (19%), como apoio nas situações de trabalho mais difíceis (P44).

Os supervisores representam segurança aos trabalhadores por controlarem e direcionarem as atividades de maneira a evitar os possíveis erros, estabelecendo atitudes padronizadas e proporcionando um ambiente mais “previsível” e “seguro”. Este lugar dado aos supervisores evidenciava a submissão com uma atitude natural, indicando a dificuldade dos profissionais de se afirmarem como responsáveis pelo seu destino. (HOPFER, 2002).

A contratação de antigos funcionários do hospital também era utilizada como uma forma de controle por meio de comportamentos de referência, uma vez que emitia a mensagem de que os profissionais que pediam demissão se arrependiam e voltavam a trabalhar no hospital<sup>216</sup>, apresentando o HTP como um lugar seguro<sup>217</sup>.

Para se obter sucesso no hospital era preciso agir dentro dos padrões desejados<sup>218</sup>, o que levava a massificação e a apatia dos trabalhadores, pelo bloqueio da livre atividade, da criatividade e da iniciativa, sustentando o controle organizacional. Entretanto, o sucesso também era relacionado às boas relações com os supervisores<sup>219</sup> e aos vínculos de amizade e familiares com superiores, vínculos esses que facilitavam a ocupação de espaços e o jogo com as regras do hospital<sup>220</sup>.

Ao restringir a linguagem ao discurso e aos padrões organizacionais não havia espaços para a palavra livre e questionadora, para os comportamentos desviantes e para a ocupação de espaços além dos limites determinados, assegurando assim, o sistema de controle, dominação e exploração no HTP.

---

<sup>216</sup> 53% reconheciam que, sempre(30%) ou geralmente (23%), os profissionais que pediam demissão, se arrependiam e voltavam a trabalhar no hospital (P56).

<sup>217</sup> Na opinião de uma técnica de enfermagem, as pessoas voltavam a trabalhar no hospital por “*insegurança de ficar lá fora. Se você for um bom funcionário aqui, você está seguro. Eles mandam embora aqueles que não estão caminhando bem, não estão fazendo as coisas direito, que fazem confusão*”.(EF27)

<sup>218</sup> 83% indicaram que sempre (64%) ou geralmente (19%) necessitavam agir como o hospital desejava para terem sucesso (P14).

<sup>219</sup> 80% afirmaram que para ter sucesso era necessário estabelecer boas relações pessoais com os supervisores, sempre (59%) ou geralmente (21%) (P79).

<sup>220</sup> “*Quem tem parente a gente sabe que é tudo diferente, até o salário é diferente.*” (EF 08 – enfermeira e supervisora)

#### 8.4. O CONTOLE SIMBÓLICO-IMAGINÁRIO E A EXPLORAÇÃO DO TRABALHADOR: CONCLUSÃO DO CAPÍTULO

Os valores, a linguagem e o sistema disciplinar, como estratégias de controle simbólico-imaginário, possibilitavam a instauração de uma linha de exploração, a qual fundamentava-se na manipulação das precárias condições de vida da maioria dos trabalhadores. Este capítulo guarda revelações de uma das estratégias de controle mais perversas e de maior eficiência dentro da organização estudada: a exploração da “pobreza generalizada”.

Visando a própria sobrevivência, os trabalhadores se submetiam ao ritmo intenso e às jornadas extras de trabalho em troca de “migalhas” de capital. As descompensações físicas e mentais apareciam no HTP como denúncias vivas da exploração exacerbada, praticada nesta organização.

A ideologia do cuidado, infiltrada na atividade de assistência aos enfermos, também era manipulada de forma a contribuir para os interesses capitalistas. Às custas da precarização do atendimento, do trabalho e do salário a organização diminuía seus custos e aumentava seus lucros.

A linha de exploração era sustentada pelo sistema disciplinar, fundado na repressão, no medo e nas ameaças constantes de demissão e punição. Além dos trabalhadores serem explorados na sua força de produção, a organização era estruturada de tal forma que era possível explorar os trabalhadores também como consumidores.

A linguagem, na sua forma verbal ou não-verbal, apresentava-se como reforçadora e sustentadora do sistema de controle e de dominação do HTP. A palavra dos dirigentes era utilizada para o estabelecimento do controle ao mesmo tempo em que a palavra dos trabalhadores era controlada, evitando assim questionamentos. Símbolos diversos eram utilizados para explicitar o lugar de cada um dentro da estrutura organizacional, limitando os espaços nas relações de produção.

O controle simbólico-imaginário mostrou-se no HTP como uma forma de eficaz de dominação, passível de envolver os trabalhadores e explorá-los (quadro 7), considerando a capacidade deste tipo de controle em: a) envolver e conquistar os

trabalhadores, oferecendo respostas às suas necessidades reais; b) aumentar a produtividade individual sustentada na manipulação do sentido do trabalho e dos valores pessoais; c) aumentar a produtividade e o respeito à ordem organizacional pela utilização de sanções e ameaças; d) limitar a palavra e os espaços de cada um na estrutura organizacional, por meio da utilização da linguagem, verbal e não-verbal.

O próximo capítulo destina-se a discutir como a organização mobiliza a vida afetiva dos seus participantes ao ponto transformar as relações um instrumento de controle e de exploração do trabalhador.

**Quadro 7 – As estratégias de controle simbólico-imaginário e a exploração do trabalhador**

CONTROLE SIMBÓLICO – IMAGINÁRIO		CARACTERÍSTICAS	EXPLORAÇÃO	EVIDÊNCIAS NO HTP
V A L O R E S	<b>Condições de vida</b>	Refere-se as estratégias organizacionais que oferecem respostas às necessidades reais dos trabalhadores, tendo em vistas suas condições de vida (social, econômica e cultural)	Ao envolver e conquistar o interesse dos trabalhadores, a utilização das condições de vida como estratégia de controle possibilita a exploração por criar compromissos e dependência, submetendo o trabalhador às exigências da organização	Exploração da disciplina da fome Estabelecimento da jornada extra de trabalho, que possibilitava o confinamento e, por vezes, leva ao adoecimento do trabalhador em troca de “migalhas de capital” Ajuda financeira a funcionários endividados e jogo com as leis trabalhistas Exploração dos trabalhadores na qualidade de consumidores Proximidade entre a residência do trabalhador e o hospital, significando simultaneamente, economia com transporte e fator de manutenção do quadro funcional
	<b>Ideologia da profissão ou valores éticos pessoais</b>	Consiste em organizar o processo produtivo de forma a empurrar os trabalhadores a aumentar a produção motivados por valores pessoais ou relacionados à profissão. Explora o sentido do trabalho	Capaz de gerar adesão e envolver o trabalhador de tal forma que este dedique-se ao trabalho para além dos limites da profissão e do contrato de trabalho	Desproporção entre número de pacientes e funcionários, fazendo aumentar o ritmo de trabalho individual, diminuindo o número necessários de trabalhadores para a mesma quantidade de pacientes Falta de condições adequadas de trabalho, sensibilizando os profissionais a colaborarem para além dos limites da profissão
	<b>Sistema Disciplinar</b>	Utiliza-se de ameaças e sanções (punições e recompensas) para reforçar os comportamentos desejados e punir os desviantes	Aumenta a produtividade e o respeito à ordem organizacional pela possibilidade da recompensa ou punição, antes mesmo destas serem concretizadas	Utilização constante de ameaças (de desemprego, de punição), reprimindo a desobediência, as reivindicações e os comportamentos desviantes Utilização de dispositivos formais de punição, os quais podiam dar demissão por justa causa e estavam associados com descontos no salário
	<b>Linguagem</b>	Refere-se a todas as formas de comunicação verbal ou não-verbal, indicadoras de comportamentos de referência e dos símbolos de sucesso e de fracasso dentro de uma organização	Apresenta-se como reforçadora e sustentadora do sistema de controle e da exploração, ao limitar a palavra, os espaços e permitir, que, mesmo à distância, cada um seja identificado em relação ao lugar que ocupa dentro da organização	Utilização da palavra para o estabelecimento do controle (código autoritário, formalização das punições, etc.) Controle da palavra dos trabalhadores, evitando os questionamentos Utilização de uniformes e ocupação de espaços explicitadores do lugar de cada um dentro da estrutura organizacional

## CAPÍTULO 9

### O CONTROLE E A EXPLORAÇÃO PELOS VÍNCULOS

“A ligação social apresenta-se como uma ligação trágica: ela nos permite compreender que os outros existem, não como objetos para a satisfação de nossos desejos, mas como sujeitos de seus desejos ou, dizendo com outras palavras, capazes de nos rejeitar e de nos amar, de nos contradizer, de apresentar perigos permanentes (...) a nossa simples sobrevivência, e de ser para nós, apesar de tudo, tão indispensáveis como o ar que respiramos”

Eugene Enriquez

O trabalho é uma atividade essencial para a construção social dos homens e de sua auto-estima. As organizações, espaços de trabalho, não são apenas estruturas produtivas ou sociais, mas configuram-se como sistemas constituídos de vida psíquica e afetiva (MOTTA, 2000:11; FREITAS, 2000:42).

“As empresas aparecem como o reino das possibilidades para a realização da fantasia da conquista, do reconhecimento e do poder. Mas elas também são o espelho que denuncia o fracasso, a vulnerabilidade, a frustração e a rejeição. Conviver com a fantasia de grandeza é também conviver com o medo do abandono” (FREITAS, 2000:43). Devido a sua capacidade de mobilizar todas estas instâncias, o controle por vínculo tem a capacidade de prostrar e submeter os trabalhadores à vontade da organizações.

O controle por vínculo é estruturado nos projetos sociais comuns e atua por meio de contratos que mobilizam os interesses e as necessidades psicológicas, subjetivas e inconscientes de afeto, de identificação, de confiança, de reconhecimento, objetivando a elaboração de uma relação de aliança, compromisso e cumplicidade entre o trabalhador e a organização ou o grupo de trabalho (FARIA, 2003).

O vínculo dentro das organizações é determinado pela combinação entre os desejos do trabalhador e os objetivos da organização, a qual se configura como uma estrutura social que reconhece e sustenta o vínculo (KAËS, 1998). Portanto, há uma correspondência entre o modo de funcionamento organizacional e o modo de funcionamento psíquico dos indivíduos que compõem a organização (AUBERT e

GAULE, 1991).

“Os indivíduos investem nas organizações a partir e em função do próprio funcionamento psíquico. O modo de funcionamento organizacional e o modo de funcionamento psíquico são, então, objetos de uma reciprocidade, de um reforço mútuo, de uma complementariedade dinâmica.” (AUBERT e GAULE, 1991)

Aubert e Gaule (1991) chamaram de *sistema psíquico organizacional* um processo coerente que liga o aparelho psíquico dos indivíduos e os procedimentos da organização, a qual tem um modo de funcionamento dominante que solicita um certo tipo de funcionamento psíquico do indivíduo, de maneira a alienar o sujeito e padronizar seus pensamentos.

A organização tem um papel fundamental para a construção da identidade do sujeito, que em troca se aliena e funciona dentro dos padrões da organização. Desta forma, organização e indivíduo se utilizam dessa relação, para realizar seus projetos particulares que são camuflados como projetos comuns.

Considerando estes vínculos, as organizações utilizam-se dos trabalhadores para cumprir seus objetivos produtivos, econômicos, políticos e sociais. Para conquistar adesão dos trabalhadores, esta por sua vez supre algumas necessidades de natureza afetiva.

Os trabalhadores, por sua vez, vinculam-se às organizações buscando suprir, além de necessidades de sobrevivência, as demandas emocionais, subjetivas e inconscientes. Menzies e Jaques (1969) identificaram que os sistemas sociais são utilizados como mecanismos de defesas individuais e coletivos contra as ansiedades e angústias inconscientes, reconhecendo uma vinculação entre os fenômenos sociais e os processos psíquicos dos indivíduos.

A busca do estabelecimento de vínculos em uma certa estabilidade, supõe formações de alianças entre os trabalhadores e a organização, as quais são investidas e protegidas por ambos em razão dos interesses comuns e específicos que estas despertam em cada um deles (KAËS, 1998).

A dinâmica dos vínculos pode ser avaliada, como instrumentos de controle e exploração, valendo-se da análise de dois tipos de sentimentos mobilizados:

sentimento de pertença, aceitação e segurança (9.1) e sentimento de rejeição, isolamento e insegurança (9.2).

## 9.1. OS SENTIMENTOS DE PERTENÇA, DE ACEITAÇÃO E DE SEGURANÇA

O reconhecimento, a conquista do primeiro emprego e os vínculos de amizade e familiares foram situações identificadas como mobilizadoras dos sentimentos de pertença, de aceitação e de segurança nas relações de trabalho estabelecidas no hospital estudado.

### 9.1.1. O reconhecimento

Se existe uma situação capaz de mobilizar, simultaneamente, o sentimento de pertença, aceitação e segurança, dentro das organizações, esta encontra-se no reconhecimento do trabalho. O reconhecimento constitui-se como uma compensação simbólica, que tem a habilidade de confirmar a existência do sujeito e possibilitar a emancipação, a construção da identidade e a reapropriação do sujeito (ENRIQUEZ, 1974; DEJOURS, 2000:97). Por apresentar tais capacidades o reconhecimento é freqüentemente utilizado como uma estratégia de controle nas relações de trabalho.

A organização produtiva, por caracterizar-se como um espaço de reconhecimento (ENRIQUEZ, 1974), tem o poder de integrar os indivíduos e fazê-los aceitar as restrições e até os objetivos de exploração e de dominação da empresa. O reconhecimento configura-se simultaneamente como fonte de satisfação e a origem da servidão (PAGÉS, 1987).

Explica-se a capacidade de controle por meio do reconhecimento tendo em vista que este, uma vez que articula as dimensões intelectual e psicoafetiva, pode transformar o sentido do trabalho (DEJOURS et al., 1994). Ao ter reconhecido a qualidade do seu trabalho, há também o reconhecimento da dedicação e das angústias que envolvem a execução do trabalho (DEJOURS, 2000:35).

O reconhecimento mobiliza simultaneamente: a) o sentimento de aceitação: um trabalho reconhecido simboliza um trabalho e um trabalhador que são aceitos dentro de um determinado processo produtivo; b) o sentimento de pertença: ser



reconhecido no trabalho é se reconhecer e ser reconhecido enquanto participante de um grupo profissional e/ou da organização; c) o sentimento de segurança: estando o trabalho e o profissional reconhecidos tem-se o sentimento de ocupar um lugar seguro no seio da organização e/ou do grupo.

No HTP as ações de reconhecimento mais significativas para satisfazer as necessidades subjetivas dos trabalhadores eram as originárias dos pacientes e familiares<sup>221</sup>, uma vez que os próprios colegas, os supervisores, a Diretora de Enfermagem e os profissionais médicos, geralmente não reconheciam o trabalho operacional de enfermagem<sup>222</sup>.

O reconhecimento emitido pelos pacientes e familiares era muito significativo aos olhos dos trabalhadores de enfermagem<sup>223</sup>. Paradoxalmente, o reconhecimento por parte dos pacientes não era esperado pela maioria dos profissionais<sup>224</sup>, o que evidenciava a forte presença da ideologia do cuidado neste grupo de trabalhadores.

Uma vez que a assistência dos enfermos continua vinculada à ideologia do cuidado, à caridade e ao amor ao próximo (cap. 8), o reconhecimento do trabalho de enfermagem, por parte dos pacientes, acaba sendo entendida como um suplemento, enquanto a falta deste reconhecimento é vista como algo natural e inerente à atividade de enfermagem.

O reconhecimento mostrava-se como uma estratégia capaz de mobilizar sentimentos que levam os trabalhadores a se envolverem com o atendimento dos

---

<sup>221</sup> “Ele (o paciente) te agradece. Mesmo que ele não fale, você vê nos gestos. Com crianças, elas são muito amorosas, encostam em você, te abraçam, outros dão os bracinhos pra você pegar. Quando você pega eles param de chorar. Isso é reconhecimento. Mas no profissional, de pessoa pra pessoa, de direção pra funcionários, acho que não tem reconhecimento. A gente tem que ser otimista. Se não deu certo hoje, amanhã quem sabe o sol não vai brilhar mais um pouquinho. A esperança é a última que morre.” (EF 09)

<sup>222</sup> “Eu sou reconhecida pelos pacientes mas pela nossa chefia não. Quando a gente faz alguma coisa errada, porque às vezes a gente faz alguma coisa errada, eles chamam a atenção. Mas quando a gente faz alguma coisa além do que deveria fazer, a gente nunca ouve um ‘oh, legal, viu?!’ Eu nunca ouvi.” (EF 11)

<sup>223</sup> “Eu até tenho uma cartinha que uma vez eu ganhei de um paciente. Ele (paciente) mandou uma cartinha dizendo que eu era a melhor. Esta cartinha eu guardo comigo, na carteira, desde 1998” (EF 26).

<sup>224</sup> “A gente não espera reconhecimento por que eu que escolhi isto, foi uma opção. Eu acho que a enfermagem é para ajudar os outros e não se rebaixar. Aqui a gente ajuda todo muito.” (EI 17)

pacientes para além de suas obrigações oficiais (cap.8), podendo até causar desgaste emocional, tendo em vista às demandas psicológicas dos enfermos e seus familiares<sup>225</sup>.

Por outro lado, o reconhecimento por parte do HTP era precário e se restringia a expressões ou eventos em épocas específicas (bolo na semana da enfermagem, rosa no Dia das Mães, chocolate na Páscoa). Estas ações eram percebidas pelos trabalhadores mais como a realização de uma obrigação, tendo em vista a qualidade dos produtos e da organização dos eventos, do que uma ação que de fato visava reconhecer o trabalho dos profissionais de enfermagem<sup>226</sup>. Portanto, estas ações acabavam não sendo muito significativas na mobilização de sentimentos de pertença, de aceitação e de segurança.

O HTP não estava disposto a investir no reconhecimento dos funcionários mas realizava tais eventos ou ações buscando aumentar o vínculo entre os trabalhadores e o hospital. Conforme o discurso do representante do Departamento de Pessoal (E118), os dois jantares promovidos pela associação dos funcionários durante o ano eram suficientes para renovar a adesão dos trabalhadores à organização:

*“(...) só existem estes jantares e a maioria (dos funcionários) vai e fica feliz, e a gente não precisa fazer mais nada para manter eles aqui durante o ano. Fora isto, em algumas datas festivas damos pequenos presentes, como, por exemplo, rosa nos dias das mães. Na maioria das vezes o custo disto fica por conta dos laboratórios (fornecedores de medicamentos e outros produtos e serviços), com a vantagem que para os funcionários parece que é o hospital que está dando. Assim o hospital é quem leva a fama.”*

---

<sup>225</sup> “Você deve se manter distante pra que você não se envolva demais com os pacientes. Mas o certo seria ver as pessoas que estão ali e são nossos clientes, como se fosse um instrumento de trabalho nosso. A gente não deve se envolver pra que não venha depois todo mundo sofrer, se lamentar. Mas têm momentos que é difícil. Outro dia chegou ali uma mãe chorando, olhou para mim e disse para mim: ‘eu não sei se você é mãe, mas façam o que vocês puderem pelo meu filho’. Eu sou mãe e é claro que eu não gostaria de ver minha filha nessa situação. Às vezes você acaba se apegando ao paciente. Você passa ali todo dia naquele horário, você espera a melhora daquela criança, você espera dar esperança para os pais mas de repente a criança está piorando, piorando. Se a gente conseguisse ficar um pouquinho fora era melhor. Mas a gente tenta não se envolver, a gente tenta..” (EF 17 – técnica de enfermagem).

<sup>226</sup> “(..) no Natal eles dão um panetone qualquer e, às vezes, na Páscoa eles dão chocolate do Paraguai, de má qualidade. Não tem uma coisa boa. No final do ano fizeram um jantar e podia levar o marido ou um filho. Daí cobraram a sobremesa. Essa associação é uma enganação, é uma baita enganação.”(EF 22)

As precárias ações de reconhecimento utilizadas no HTP não passavam de estratégias mascaradoras da exploração da aliança estabelecida com a atividade de cuidado dos enfermos, construída com base no reconhecimento advindo dos pacientes. Além disso, algumas destas estratégias (de tentativa) do controle por vínculo mostravam-se fontes de exploração financeira dos trabalhadores, como no caso de eventos promovidos pela associação dos funcionários.

A associação dos funcionários arrecadava, voluntariamente, R\$ 6,00 mensais de cada trabalhador e oferecia dois jantares por ano aos associados. Esta associação era coordenada pelo Diretor do Departamento de Pessoal, sem participação alguma dos funcionários. Conforme denunciado por uma funcionária vinculada ao sindicato de enfermagem, um dos funcionários que pediu para participar da associação foi demitido depois de alguns meses de trabalho na organização (EF 22).

Portanto, até mesmo as estratégias que poderiam promover uma aliança afetiva entre os trabalhadores e a organização, eram desviadas com finalidade de dominação dos trabalhadores e de acúmulo e reprodução capitalista.

No caso do HTP o reconhecimento com efeito de controle era o originário na relação com os pacientes, e não com a organização. O que mantinha os funcionários vinculados ao trabalho, ao contrário do que acreditava (ou discursava) o representante do DP, eram vínculos de outra natureza e não os presentes e eventos oferecidos pela organização. Dentre estes vínculos mantenedores do quadro funcional do HTP destaca-se a fidelidade ao primeiro emprego.

### 9.1.2. A fidelidade ao primeiro emprego

Um dos aspectos mais marcantes dos vínculos estabelecidos dentro o HTP era a cumplicidade e o compromisso dos trabalhadores com o hospital por este ter sido o local do primeiro emprego. O ingresso na organização era, por vezes, vivenciado como um prêmio, uma vez que muitos encontravam-se desempregado, sem experiência e com poucas chances reais de ingresso no mercado de trabalho<sup>227</sup>.

---

<sup>227</sup> 49% afirmaram que, sempre (15%) ou geralmente (34%), os funcionários trabalhavam no HTP porque tinha sido o único emprego que conseguiram (P77). Esses números evidenciam que muitos

O fato de o trabalhador ter ingressado no HTP mobilizava sentimentos de aceitação e pertença. O trabalhador tentava recompensar a oportunidade de trabalho, conquistada mesmo sem ter experiência profissional, dedicando-se e provando diariamente que era merecedor daquele espaço e do seu salário, fonte de sua sobrevivência. Este sentimento era sustentador de um compromisso com a organização, com efeitos prolongados durante anos, efeitos estes responsáveis pela manutenção do quadro funcional, apesar do ritmo intenso de trabalho<sup>228</sup>. Alguns funcionários tornavam-se fiéis ao hospital que lhes deu uma oportunidade quando o mercado de trabalho os rejeitava<sup>229</sup>.

O vínculo estabelecido por conta da mobilização do sentimento de aceitação era reforçado pelo sentimento de confiança e do reconhecimento (indireto) da capacidade profissional<sup>230</sup>, os quais eram mobilizados diante da falta de supervisão constante em alguns setores e da liberdade dos funcionários para assumir responsabilidades para além da sua formação.

Desta forma o HTP supria o desejo dos trabalhadores de, primeiramente, serem aceitos como funcionários e, posteriormente, supriam a necessidade de reconhecimento da sua capacidade e de confiança no seu trabalho. Na verdade, estes espaços vivenciados como espaços de reconhecimento e de expressão da confiança da organização nos trabalhadores camuflavam as lacunas em relação ao abandono dos funcionários à sua própria sorte (devido à falta de treinamento adequado e de apoio de supervisão), à baixa qualidade dos serviços e à falta de qualificação de seus profissionais.

---

funcionários foram rejeitados no mercado de trabalho, conseguindo oportunidade de emprego apenas no HTP.

<sup>228</sup> “Acho que é porque eu comecei aqui. A gente comenta com outros supervisores, que se eu sair daqui e for trabalhar num outro hospital, aqui em (outra cidade) ou num outro hospital do interior, eu posso trabalhar três turnos, de manhã, de tarde e à noite e eu vou trabalhar menos que aqui. Mas eu gosto daqui e não penso em sair.” (EF 08- técnica e supervisora, há 17 anos no HTP).

<sup>229</sup> “Eu continuo aqui porque foi meu primeiro hospital. Foi o primeiro hospital que eu trabalhei, entrei não tinha experiência nenhuma, fiz um estágio, coisa rápida. Eu aprendi a gostar do hospital” (EF 03).

<sup>230</sup> 86% acreditavam que os supervisores, sempre (46%) ou geralmente (40%), confiavam no trabalho dos funcionários.

No HTP, além do reconhecimento e da fidelidade ao primeiro emprego, as relações informais estabelecidas dentro da organização constituíam-se como um importante elemento mobilizador de sentimentos de pertença, de segurança e de aceitação.

### 9.1.3. As relações informais de amizade

As relações sociais que ultrapassam as linhas de comunicação previstas nos regulamentos e organogramas constituem-se como interações espontâneas e extras oficiais, as quais acontecem sem envolver, conscientemente, nenhum objetivo comum (MOTTA E PEREIRA, 1980). Quanto mais o trabalho propicia a interação dos trabalhadores mais relações espontâneas serão formadas. Estas podem apresentar caráter cooperativo ou competitivo, conforme a estrutura organizacional. Quanto mais caráter de cooperação existir mais provável a emergência de um grupo social informal. (MOTTA E PEREIRA, 1980)

Considerando que é na estrutura das relações informais que existe a possibilidade de construção dos coletivos de trabalhadores, assim como é nessas relações que ocorrem as batalhas da guerra de todos contra todos (promovidas pela competição exagerada), a organização, buscando prevenir a destruição e as mobilizações coletivas, empurra ambigüamente seus membros à coesão de equipe mesmo tempo que enfatiza a individualização e a responsabilização pessoal (ENRIQUEZ, 1974:85).

A ambigüidade fazia-se evidente nas relações de trabalho no HTP tendo em vista que ao mesmo EM tempo que se falava em “equipe de enfermagem”<sup>231</sup> dividia-se o trabalho, o ambiente de trabalho e até os clientes, fragmentando assim, não só o trabalho, mas também o próprio paciente e o trabalhador e, principalmente o coletivo dos trabalhadores (cap. 5). Este processo não era percebido pela maioria dos trabalhadores <sup>232</sup>, que ao mesmo tempo em que sentiam o ambiente de trabalho como

---

<sup>231</sup> 74% afirmaram que, sempre (50%) ou geralmente (24%), os profissionais de enfermagem eram estimulados a trabalharem em equipe dentro do HTP. (P17)

<sup>232</sup> 77% afirmam que o trabalho dividido em tarefas nunca (58%) ou raramente (19%) dificultava a realização do trabalho em equipe (P23). Entretanto, conforme relatou uma funcionária (EF09) “*ali (no setor) é difícil porque ao mesmo tempo que a gente trabalha em grupo, a gente também trabalha isolado porque cada um tem a sua tarefa. Mas a gente nunca fica só na nossa ala. A gente fica por aí.*”

uma família, apesar de ser cada um por si<sup>233</sup>, percebiam a não existência de colaboração entre os trabalhadores<sup>234</sup>.

As relações espontâneas são construídas a partir de interações frequentes entre os participantes, determinadas pelas características do trabalho de cada um, pela existência de interesses comuns e pelas similaridades, internas e externas à organização (MOTTA E PEREIRA, 1980).

Um dos elementos mais significativamente propiciadores da construção de relações mobilizadoras do sentimento de pertença, de aceitação e de segurança no HTP, era a similaridade da proveniência e das condições de vida dos participantes da organização, semelhanças essas não casuais, mas provocadas pelo perfil de trabalhadores selecionados no HTP (cap. 7).

Como a maioria dos profissionais que permaneciam trabalhando no HTP correspondia ao perfil estabelecido pela organização, o processo de identificação grupal dava-se pelo compartilhamento valores, normas e vivências, relacionadas tanto às experiências de trabalho como às condições de vida. Esta identificação se constituía como elemento estruturante do sentimento de pertença.

Os vínculos afetivos se estendiam para além do ambiente de trabalho<sup>235</sup>, fator motivador para que os funcionários permanecessem trabalhando no HTP<sup>236</sup>, conforme a declaração de uma técnica de enfermagem (EF 13):

*“O que mantém o pessoal trabalhando aqui neste hospital é a amizade. Quando as pessoas saem daqui eles vão para outro hospital e ficam felizes por causa do dinheiro, mas eles sentem falta das pessoas e dizem que aqui*

---

*Alguém precisou, você está lá. Às vezes tem alguém fazendo procedimento e você passou, você vai lá, nem que seja só pra ficar olhando. Então eu acho que essa coisa de grupo tem bastante ali.”*

<sup>233</sup> Enfermeira e supervisora considerava que uma das vantagens do trabalho no hospital “é que o ambiente ainda é como uma família, apesar de ser cada um por si...” (EF 08).

<sup>234</sup> “Aqui ninguém se ajuda. Se eu tenho duas medicações para fazer e já está na hora de ir embora eu fico, os outros vão embora e ninguém me ajuda” (EI 11). “Poderia ser melhor o atendimento (ao paciente) se a enfermagem trabalhasse mais junta, com mais união, de uma querer ajudar a outra. O que a gente mais encontra é desunião e desentendimento.” (EI 08)

<sup>235</sup> “Aqui é uma família, porque a gente passa muito tempo do dia juntos. Você acaba ficando mais tempo no hospital do que na sua casa e então você acaba aprendendo um pouquinho de cada um. Você sabe o que se passou ontem na casa de um, de outro. Às vezes as meninas chegam contando, comprei isso, comprei aquilo, amanhã eu vou em tal lugar, às vezes a gente vai junto resolver alguma coisa na (cidade vizinha). Então você participa um da vida do outro.” (EF 2)

<sup>236</sup> 68% confirmaram que, sempre (41%) ou geralmente (27%), as boas relações pessoais motivavam os funcionários a permanecerem no HTP (P82).

*que é muito bom de trabalhar. Não pelo hospital em si que é bom, mas porque as pessoas são diferentes”*

Este tipo de relação no ambiente de trabalho propiciava o estabelecimento de um compromisso e de uma aliança, não com a organização, mas com o grupo de trabalho, evidenciados pela realização do trabalho em conjunto (apesar da divisão das tarefas)<sup>237</sup>, e pelo esforço dos trabalhadores em evitar faltas ao trabalho para não sobrecarregar os colegas<sup>238</sup>. Evitar faltas, assim como o comparecimento ao trabalho mesmo quando doente evidencia o valor da manutenção dos vínculos e a fantasia de uma possível rejeição do grupo, uma vez que a falta de um funcionário sobrecarregava toda a equipe (cap. 8). Os trabalhadores, por vezes, também pagavam o preço da submissão e da aceitação da exploração a fim de manter os vínculos afetivos<sup>239</sup>.

Entretanto, somente a estrutura das relações afetiva informais não se mostrou suficientes para suprir satisfatoriamente as necessidades de identificação, segurança e reconhecimento dos trabalhadores. Esta carência pôde ser observada uma vez que não apresentou-se uma predominância significativa de sentimento de pertença entre os trabalhadores<sup>240</sup>, ressaltando a existência de um número importante de funcionários que se percebiam sozinhos<sup>241</sup> e não se sentiam envolvidos com a organização.

O vínculo grupal fornecia um sentimento de pertença amenizador do isolamento, da fragmentação e da desumanização impostos pela forma de organização do trabalho de enfermagem (cap. 5).

<sup>237</sup> *“De vez em quando ele (o supervisor) coloca um quadrinho dividindo os quartos que cada uma tem que atender, daí não dá certo. Aí a gente faz do nosso jeito. Se dividir os quartos fica muito separado. Aí toca a campainha e eu estou ocupada e a outra não atende porque não é quarto dela. Ou sobrecarrega um, se nos quartos delas tem vários banhos de leito (procedimento de higiene para pacientes sem possibilidade de locomoção) e nos quartos da outra não tem nenhum. Enfermagem é equipe por isso que a gente não gosta de dividir. A gente faz tudo junto.”*(EI 13)

<sup>238</sup> *“Quando a gente está doente a gente vem (trabalhar) por causa dos amigos, se eu não for vai sobrecarregar todo mundo, vai prejudicar o pessoal.”* (EF13)

<sup>239</sup> Técnica e supervisora ao relatar um conflito de trabalho com o diretor de enfermagem, declarou: *“Eu penso em ir embora daqui mas depois eu volto atrás porque daí um fala, outro fala, deixe pra lá, é tão bom a gente trabalhar junto. Daí eu vou começando a me acalmar e acabo aceitando as injustiças dele (diretor de enfermagem)”*. (EF 08)

<sup>240</sup> 55% afirmaram que, sempre (29%) ou geralmente (26%) sentiam o ambiente de trabalho como uma família (P23). A assimetria pouco significativa nas respostas indicava diferentes vivências no grupo avaliado, em relação ao sentimento de pertença.

<sup>241</sup> 55% afirmaram que nunca (23%) ou raramente (32%) sentiam-se sozinhos no trabalho (P78). Percebe-se uma predominância pouco significativa nas respostas, indicando a oscilação entre o sentimento de pertença e o sentimento de solidão no grupo dos trabalhadores avaliados.

Ao permitir que o espaço de trabalho seja palco de relações informais, as organizações possibilitam o desenvolvimento de uma aliança afetiva entre os trabalhadores de tal forma que esta transforma-se em um elemento de manutenção do profissionais nos postos de trabalho, além de ter a capacidade de, em alguns casos, aumentar a cooperação, reforçar a submissão e permitir a exploração.

“No seio do imaginário, no reino das intenções e promessas, as pessoas na organização constroem suas relações de trabalho, distantes do mundo da produção do trabalho propriamente dito e criam arremedos de relações familiares, construindo seu dia-a-dia sob o sentimento de amparo, proteção e pertencimento, sob o feitiço de relações quase amorosas, estáveis e eternas.” (SCHIRATO,2000).

O controle pela mobilização de sentimentos de pertença, de aceitação e de segurança no HTP, além de encontrar amparo nas relações afetivas, estava relacionado ao grande número de trabalhadores com vínculos familiares atuando no hospital e com a estrutura de administração familiar.

#### 9.2.4. Vínculos familiares: belos, perigosos e “sujos”

Originado no seio de uma família, o HTP utilizou, durante toda sua história, a administração de natureza familiar para estabelecer vínculo com os seus trabalhadores. Conforme relatado pelo representante do Departamento de Pessoal (EF 23), o ambiente familiar começou com o fundador que *“tratava todo mundo como se fosse da família e gerou um ambiente de família. E isso vai passando um para o outro, de um para o outro... O hospital funciona assim, os donos são assim.”*

A declaração de uma enfermeira supervisora que conviveu com o fundador era uma amostra dos vínculos estabelecidos desde a origem da organização: *“eu passava visita<sup>242</sup> com ele (fundador) e ele tratava todo mundo bem, visitava paciente por paciente no hospital inteiro. Eu lembro um dia que ele encontrou um clips no chão e disse: ‘Quem não junta um clips, não vale um clips.’ E ele juntou o clips”*.

---

<sup>242</sup> A visita consistia no atendimento médico diário dos pacientes internados no hospital.



O ambiente familiar do HTP foi reconhecido, tanto pelos trabalhadores<sup>243</sup> como pelo Departamento de Pessoal<sup>244</sup>, como um dos principais fatores que mantinha os funcionários trabalhando no hospital

Além da natureza da propriedade da organização, o ambiente familiar também era resultado da contratação de amigos e parentes de funcionários<sup>245</sup>, prática iniciada pelo fundador que comentava, segundo relato do funcionário do Departamento de Pessoal (EF 23):

*“se você trabalha com o teu irmão você vai trabalhar mais satisfeito do que com outra pessoa. Pode ser que o teu irmão não preste, mas a satisfação do empregado está ligado com isso e então você acaba conquistando dois funcionários. Se eu contrato um amigo que você indicou e eu te digo ‘olha teu amigo está devagar, pega no pé dele lá para ele dar uma melhorada’.”*

A contratação de amigos e parentes apresentava-se no HTP como uma estratégia de controle intencional, a qual mobilizava a esfera afetiva dos funcionários, apresentando-se como uma estratégia alta eficácia e durabilidade, capaz de motivar o funcionário e responsabilizá-lo não somente com o seu próprio trabalho, mas também com o trabalho do amigo ou familiar.

Entretanto, as relações familiares e de trabalho não limitavam-se às paredes da casa ou da empresa e propiciavam que informações relativas ao trabalho fossem trocadas nas interações familiares, podendo instrumentalizar os trabalhadores para serem privilegiados na relação com a organização. Os vínculos familiares eram considerados pelos trabalhadores como permissores de manipulações das regras, de privilégios, de ocupação de cargos superiores hierarquicamente e até de melhores salários.

---

<sup>243</sup> “Este hospital eu acho ainda uma família, diferente de outros hospitais. Aqui você conhece todo mundo. Nos outros hospitais é aquela coisa mais de ‘eu sou o melhor’. E aqui têm os donos que são da mesma família e estão juntos, participando no hospital. Isto me cativa muito aqui no hospital. Me chama muito a atenção.” (EF 08 – enfermeira e supervisora)

<sup>244</sup> “O que prende os trabalhadores aqui no hospital é o ambiente familiar” (EF 23)

<sup>245</sup> “O hospital prega isso (a contratação de familiares). Contrata esposa de funcionário, irmão de funcionários”. Um levantamento realizado há poucos anos atrás, identificou a presença de 52 funcionários integrantes de uma mesma família, o que representava 14% do quadro de funcionários na época. “No total eram 180 funcionários com algum tipo de vínculo familiar num quadro funcional de 400 pessoas” (EF 23 – Departamento Pessoal).

As relações informais, familiares ou de amizade, também eram utilizadas pela organização como canais de disseminação da repressão, por meio de divulgação de regras<sup>246</sup>, e do medo, por meio de divulgação de ameaças<sup>247</sup>. O canal de comunicação nestas relações estavam livres de ter a palavra vigiada e fragmentada, considerando os pequenos grupos informais.

Ao mesmo tempo em que as relações familiares fascinavam e davam ao hospital um caráter familiar, por outro lado estas escondiam armadilhas perigosas. A outra face destas relações levava ao conformismo e a aceitação da submissão, do “trabalho sujo” e da exploração. Considerando os vínculos familiares, ao questionar ou confrontar as normas, as práticas e a ordem organizacional colocava-se em risco não apenas o próprio emprego, mas o trabalho de todos os familiares participantes da organização.

No entanto, mais perverso<sup>248</sup> que o sistema de exploração e controle do trabalhador, as relações familiares estruturavam a realização do “trabalho sujo” (DEJOURS, 2000) dentro do HTP, conforme relatado por uma enfermeira:

*“Uma coisa que eu observo de ruim aqui no hospital é que um é parente do outro. Então acontece muita guerrinha e você não tem como conversar com uma pessoa, pedir uma informação. Tem bastante histórias sujas e você não sabe muito bem com quem conversar quando você fica sabendo dessas histórias.(...) .Outra coisa é quando o paciente falece, a primeira coisa é avisar a funerária. Tem uma funerária que é ligada ao hospital.(...) Outra coisa que eu descobri nesse hospital, eu até acabei falando e quase me ferrei. Outro dia eu entrei no necrotério<sup>249</sup> e eu vi eles (funcionários) tirando a córnea<sup>250</sup> do corpo, sem autorização. E eu fui comentar com um funcionário e era a mãe dele (do funcionário) que tirava. A gente não tem espaço aqui, é muita coisa ligada um com o outro. Aí a pessoa falou para eu ficar quieta e ainda me ameaçou ‘Se você pensar em fazer alguma coisa você vai acabar se ferrando’. Aqui você tem*

<sup>246</sup> “Eu nunca vi regra nenhuma escrita, estas regram vêm de boca em boca” (EF 08 - enfermeira supervisora).

<sup>247</sup> No caso das punições vinculadas à falta ao treinamento (cap. 8), os próprios trabalhadores disseminaram tal informação, sem nenhuma divulgação oficial do DP ou da Diretoria de Enfermagem.

<sup>248</sup> Perverso no sentido de funcionar, conforme necessário e oportuno, segundo dois referenciais contraditórios; um que é moral e outro que ignora qualquer moral, sem comunicação entre os dois modos de funcionamento (DEJOURS, 2000: 75).

<sup>249</sup> Necrotério – espaço dentro do hospital reservado para os corpos de pacientes que foram a óbito.

<sup>250</sup> Córnea – parte dos olhos passível de ser transplantada.

*que dançar conforme a música, sabe? E muitas vezes eu saio daqui chateada porque eu não sou assim, eu não concordo com que eles estão fazendo. Às vezes tenho que dar um sorriso mas por dentro está doendo, por dentro estou chorando.”*

A aceitação do “trabalho sujo” é pressionada pelo desejo que o trabalhador tem de manter seus vínculos e pelo receio de ser rejeitado pelo grupo, além da necessidade de manter seu trabalho, seu cargo, seu salário, sua carreira e não comprometer seu futuro. Estas pressões levam a um ajuste na conduta do sujeito de forma a que esta esteja alinhada ao comportamento dos demais para não singularizá-lo, o que torna-o, no mínimo, conivente com o “trabalho sujo”. Este processo é gerador de sofrimento e desgaste para o trabalhador, que se torna apático, submisso e resignado (DEJOURS, 2000).

Os vínculos familiares, ao mesmo tempo em que criavam um ambiente familiar na organização, proporcionavam a realização de “trabalhos sujos”, mobilizando tanto sentimentos de segurança como de insegurança. Desta forma o controle por meio destes vínculos se mostrava sobre duas faces, dependendo do grupo no qual localizava-se o trabalhador.

Os vínculos familiares e afetivos informais, o reconhecimento e a conquista do primeiro emprego têm a capacidade de gerar adesão pela mobilização de sentimentos de aceitação, de pertencimento e de segurança. Por sua vez, a falta de reconhecimento, as punições e os vínculos ameaçadores apresentam esta mesma capacidade de controle por mobilizarem sentimentos de rejeição, de isolamento e de insegurança.

## 9.2. O SENTIMENTO DE REJEIÇÃO, ISOLAMENTO E INSEGURANÇA

A mobilização de sentimentos de rejeição, de isolamento e de insegurança caracteriza-se como controle por vínculo, uma vez que o sujeito busca exatamente sentimentos opostos a estes. A mobilização destes sentimentos é vivenciada aversivamente pelos trabalhadores. Todos os indicadores de possíveis situações

desencadeantes destes sentimentos tendem a ser evitadas. É aí que se encontra o núcleo do controle pela possibilidade de vínculo hostil.

O controle por vínculo hostil pode ser avaliado na falta de reconhecimento, nos dispositivos de punição e nas ameaças.

Assim como o reconhecimento mobilizava simultaneamente os sentimentos de aceitação, pertencimento e segurança, a falta de reconhecimento, por sua vez mobiliza sentimentos opostos. A falta de reconhecimento acarreta um sofrimento que desestabiliza o referencial sob o qual se apóia a identidade do trabalhador (DEJOURS 2000:35). Por apresentar-se como um elemento importante para a saúde mental, o trabalhador busca espaços de reconhecimento nas relações de trabalho, seja na interação com os colegas, com os superiores ou com os clientes .

A falta de reconhecimento por parte do hospital era evidenciado pelos baixos salários da categoria (indicativo também da falta de reconhecimento social da profissão), e pela falta de apoio para o aperfeiçoamento profissional<sup>251</sup>. Da mesma forma, os profissionais de enfermagem experienciavam o abandono e a rejeição do diretor da área, numa relação “*ele lá e nós cá*” (EF 13).

Os funcionários não percebiam o diretor de enfermagem preocupado com os trabalhadores da área<sup>252</sup> e o comparavam com a figura de um político, cujas palavras não poderiam ser escritas, tendo em vista que prometia e não cumpria suas promessas<sup>253</sup>. As ações da Diretoria de Enfermagem evidenciava uma preocupação mais empresarial do que relacionada à área da saúde, o que explicava a aceitação pacífica do código autoritário elaborado pelo Departamento de Pessoal (cap. 7).

---

<sup>251</sup> “*Existem lugares que pagam bem, que dão ajuda, que apoiam em cursos, apoiam qualquer coisa para fazer em relação a desenvolvimento. E aqui não tem nada. Aqui eles não apoiam nada. Você sai para estudar, no caso aqui, algumas meninas estão saindo para estudar, eles descontam aquela hora que você sai mais cedo. Você é descontado todo mês. Além de não apoiarem, ainda descontar todos os minutos, as horas. Tem uma que sai uma hora antes. Eles descontam tudo. Não tem apoio*”. (EF 03-técnica)

<sup>252</sup> 71% declararam que nunca (46%) ou raramente (25%) a diretoria de enfermagem se preocupava com os seus funcionários (P81)

<sup>253</sup> “*Ele (diretor de enfermagem) não é um enfermeiro, ele é um gerente do hospital. Ele quer saber o que é conveniente para o hospital, e não para os funcionários. Ele seria a nossa ponte entre a administração e os funcionários, porque ele também é um enfermeiro, então ele teria que lutar pela categoria da gente. O pessoal até brinca, dizendo ‘você não queria, peça pro (diretor de enfermagem), porque daí você sabe que não vai acontecer mesmo’. Vira piada. Ele é muito político, promete, promete e daí morre o assunto*” (EF 22)

O reconhecimento por parte da Diretoria de Enfermagem e de outras categorias profissionais somente ocorrida quando erros aconteciam<sup>254</sup>. O reconhecimento somente das falhas dos trabalhadores fazia com que estes redobrassem a atenção na execução das tarefas, a fim de não serem punidos<sup>255</sup>. Os trabalhadores evitavam contato com superiores por se sentirem ameaçados, inseguros e rejeitados<sup>256</sup>.

Os instrumentos formais de punição (advertências, suspensões), os quais tinham seu uso estimulado pelo diretor de enfermagem<sup>257</sup>, eram mobilizadores de sentimento de rejeição e de castigo para quem não seguia os padrões estabelecidos pela organização. Uma vez que esses instrumentos eram aplicados, eles eram considerados como marcas permanentes na vida do trabalhador, tendo em vista que eram registrados em seu histórico profissional<sup>258</sup>.

As ameaças (de punição, de demissão<sup>259</sup>) e as relações hostis instauravam a possibilidade de exploração e de controle por criarem um clima de trabalho tenso, no qual os profissionais redobravam a atenção e o cuidado para evitar punições e ameaças de ordens diversas.

Fundados no sentimento de insegurança e rejeição e no isolamento estas estratégias eram capazes de instaurar a repressão dos trabalhadores enquanto sujeitos,

---

<sup>254</sup> “Se você fizer mal feito, todo mundo vê. Se fizer bem feito, nunca ninguém vai te elogiar, ninguém vai dizer que você fez bem. Isso (ser reconhecida) está fora de cogitação. Acho que ninguém nem espera que fiquem elogiando. Eu também não gosto que fiquem me elogiando, mas, ‘puxa’!, poderíamos pelo menos perguntar se você está precisando de alguma coisa ou como está o teu trabalho” (EF 17).

<sup>255</sup> Técnica que trabalhava com pacientes de alto risco declarou (EF 16): “você está aqui mas está morrendo de medo de fazer alguma coisa errada que a supervisora veja. E então você tem que ficar bem atenta no que está fazendo.”

<sup>256</sup> Uma técnica ao tentar esclarecer um conflito entre profissionais, junto à Diretoria de Enfermagem, foi desconsiderada pelo diretor, que, por várias vezes, interrompeu a conversa, saiu da sala, falou em voz alta, ficou foleando revista enquanto ela falava e impôs sua opinião sem escutar o lado dela. (EI 34).

<sup>257</sup> Na reunião com os supervisores de enfermagem, o diretor determinou que as punições fossem utilizadas com mais frequência pelos supervisores.

<sup>258</sup> Uma funcionária que recebeu advertência por discutir com a supervisora, considerava que a advertência “é uma repreensão, é um castigo para que isso não aconteça outras vezes. Dói, dói em mim até hoje. E o pior é que fica registrada em sua pasta, fica marcada pelo resto de sua vida, vai junto com você.” (EF 27 – técnica de enfermagem).

<sup>259</sup> “Eu não, não confio em nada, só confio em Deus. Mas que eu saiba eu nunca fiz nada de errado. Mas, segurança no serviço acho que ninguém tem.” (EF 13).

tornando-os massa de manobra para serem explorados e manipulados à bel prazer dos representantes e donos do capital.

### **9.3. VÍNCULOS ALIENANTES: CONCLUSÃO DO CAPÍTULO**

As relações estabelecidas dentro da organização têm efeito de controle e são capazes de possibilitar a exploração na condição que estas sejam estabelecidas de maneira a mobilizar sentimentos e a manipulá-los em prol da produção.

A interação entre os trabalhadores e a organização apresenta-se como um núcleo poderoso de controle por vínculo, quando a organização encontra-se capaz captar e responder aos receios e aos desejos de seus membros (ENRIQUEZ, 1974).

No HTP a relação imediata entre trabalhadores e a organização apresentava-se com efeito de controle por mobilizar os receios dos trabalhadores. O medo, o isolamento, o sentimento de rejeição e insegurança evidenciavam a falta de reconhecimento, o reconhecimento somente pelos erros, as relações hostilizadas e o uso de ameaças e de punições. A possibilidade de exploração dos trabalhadores, por meio destas estratégias, dava-se pelo aumento da atenção na execução da tarefa a fim de evitar erros e pela apatia e submissão gerada nas relações repressoras.

Se as relações de trabalho forem mobilizadoras apenas de sentimentos geradores de sofrimento psíquico o sistema produtivo está condenado a falência, uma vez que este depende da adesão dos sujeitos à organização.

Apesar da predominância de relações hostis entre a organização e os trabalhadores, o HTP utilizava uma única estratégia de vínculo afetivo, porém com efeito de controle prolongado. Esta estratégia consistia no “feitiço” do primeiro emprego. Muitos trabalhadores que encontravam no HTP o seu primeiro emprego tornavam-se fiéis e se mantinham trabalhando na organização movidos por aspectos afetivos, tolerando as precárias condições de trabalho e do salário.

Entretanto, os vínculos que de fato caracterizavam-se como pilares do controle no HTP consistiam das relações com os pacientes e dos vínculos informais (afetivos e familiares) entre os trabalhadores. A relação entre pacientes e trabalhadores de

enfermagem era mobilizadora de sentimentos capazes de estruturar alianças uma vez que era da parte dos pacientes que estes profissionais encontravam reconhecimento do seu trabalho.

As relações informais, tanto de amizade como familiares, propiciavam a formação de uma aliança, capaz de aumentar o envolvimento com o trabalho e de reforçar atitudes de submissão. Estes vínculos eram também manipulados pela organização para espalhar o medo, o controle e a repressão.

A natureza familiar da organização e a política de contratação de familiares de funcionários possibilitavam que os trabalhadores sentissem o trabalho como uma família. E como tal, com suas vantagens e desvantagens. As protegidas relações familiares ao mesmo tempo que privilegiavam alguns funcionários, levava ao conformismo e a aceitação da submissão, do “trabalho sujo” e da exploração.

Estas estratégias de controle por vínculo colaboram para a sustentação da rede de exploração (quadro 8) ao mobilizarem a vida psíquica e emocional dos trabalhadores em prol do estabelecimento de relações que favorecem a produção e os interesses capitalistas.

A relação entre as diversas formas e estratégias de controle e o papel destas na estruturação de uma rede de exploração dos trabalhadores no HTP serão abordadas no próximo capítulo, a título de conclusão desta dissertação.

**Quadro 8: As estratégias de controle por vínculo e a exploração do trabalhador**

<b>CONTROLE POR VÍNCULO</b>	<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>EXPLORAÇÃO</b>	<b>EVIDÊNCIAS da exploração por meio do controle por vínculo NO HTP</b>
<b>Mobilização do sentimento de reconhecimento, pertença, segurança e aceitação</b>	Refere-se a estratégias que visam suprir as necessidades subjetivas, a fim envolver emocionalmente o indivíduo com o trabalho, com o grupo e/ou com a organização	Utiliza-se dos sentimentos mobilizados para o estabelecimento de alianças e compromissos, conforme os interesses da organização, numa ilusão de envolvimento é espontâneo e voluntário por parte dos trabalhadores	Precário e explorador sistema de recompensas, valendo-se da capacidade do reconhecimento emitido pelos pacientes em envolver os trabalhadores, independentemente das condições de trabalho e do salário Utilização da capacidade dos grupos informais de envolvimento e manutenção do quadro funcional Contratação dos excluídos gerando fidelidade ao primeiro emprego, apesar dos baixos salários e do ritmo intenso de trabalho Utilização das relações informais para realização do “trabalho sujo”, para disseminar as ameaças e reforçar a submissão Contratação de familiares ou amigos com a finalidade de estabelecer controle por meio das relações informais
<b>Mobilização do sentimento e/ou fantasias de rejeição e insegurança</b>	Consiste em dispositivos punitivos e ameaçadores, que mobilizam sentimentos e/ou fantasias de rejeição, insegurança e solidão	Tem capacidade de aumentar a produtividade do trabalhador valendo-se de estratégias mobilizadoras de sentimentos e/ou fantasia de rejeição e desemprego	Reconhecimento dos profissionais se dava somente pelos erros Utilização de ameaças constantes de demissão e de punição Ameaças entre iguais para evitar denuncia do “trabalho sujo” Comparecimento ao trabalho mesmo quando doente para evitar a rejeição do grupo

.....



## CAPÍTULO 10

### **O SISTEMA DE CONTROLE E A REDE DE EXPLORAÇÃO: CONSIDERAÇÕES FINAIS DE UMA HISTÓRIA SEM FIM ...**

“Deve-se admitir que a sociedade possa ser analisada como um conjunto de mecanismos de controle, ao mesmo tempo estimuladores e limitantes, que põem em jogo as iniciativas e os recursos dos indivíduos, as coerções coletivas e as obrigações morais; mas é necessário também ficar atento à extensão deste controle e à natureza dos recursos que ele põe em jogo. Percebe-se que ele nunca é total e que o domínio dos homens sobre a sociedade e o da sociedade sobre os homens são, um e outro, estreitamente e mutuamente limitados.” (BOUDON e BOURRICAUD, 1993:106)

A saúde do ser humano tornou-se foco merecedor da atenção das estruturas sociais a partir do momento em que o corpo constituiu-se como matéria-prima para a reprodução e acumulação de capital e, posteriormente, quando a doença apresentou-se como um objeto passível de ser explorado com finalidades capitalistas.

Os avanços da assistência e do tratamento aos doentes respondem aos interesses do sistema produtivo e não se devem aos valores de solidariedade e à sensibilidade frente ao sofrimento do ser humano.

O hospital moderno surgiu como oficina de recuperação da força de trabalho mantenedora do capitalismo, mas sua finalidade social de tratamento aos enfermos rapidamente foi relegada a segundo plano diante do avanço do capitalismo, que encontrou nos hospitais um espaço fértil para a reprodução de capital.

A assistência à saúde humana permanecerá sendo um setor lucrativo, na mesma medida em que o homem é um ser mortal e finito, que adocece, que sofre e que precisa de atendimento especializado. Sempre existirão pessoas e estruturas sociais dispostas a pagar altos preços pela esperança da recuperação da saúde de seus queridos e de seus participantes. Quem não seria capaz de entregar tudo que tem algum tipo de valor econômico em troca da vida e da saúde de entes queridos? Ao tratar com a vida e a morte, os hospitais encontraram o ponto de sua existência “eterna”, se considerarmos o modelo atual de produção e de sociedade.

As organizações hospitalares tornam-se instituições e referências sociais devido à sua nobre função de cuidados aos enfermos. É exatamente sob esta maquiagem que se esconde e se expande a exploração capitalista nos hospitais. A estabilidade destas “mágicas” organizações encontra-se na articulação de objetivos tão inconciliáveis. À sociedade transparece a imagem dos hospitais como centros de saúde e aos capitalistas, como centros produtivos.

Como cuidar de vidas pensando em dinheiro? Como é possível realizar um tratamento adequado frente às restrições no uso de exames e de medicamentos? Considerando que não se pode ter dois senhores e satisfazê-los igualmente, por vezes faz-se necessário causar desgosto a um para agradar ao outro. Nesta disputa, o hospital reproduz os valores da sociedade e submete a saúde e a vida do ser humano (pacientes e trabalhadores) aos valores econômicos.

Ao priorizar as finalidades capitalistas, a saúde e a doença humana tornam-se matéria-prima na produção hospitalar e os trabalhadores de enfermagem transformam-se em instrumentos da produção e de reprodução do capital. Desta forma, os hospitais se caracterizam, prioritariamente, como empresas acorrentadas à lógica capitalista de produção.

Na qualidade de empresa, o Hospital Tio Patinhas alcançava sua finalidade econômica também valendo-se do consumo máximo da força de trabalho dos profissionais de enfermagem. As formas de controle utilizadas nas relações e nos processos da produção hospitalar se mostraram estruturantes de uma rede de exploração do trabalhador. Partindo deste estudo apresentam-se algumas conclusões e reflexões.

As estratégias de **controle físico** são utilizadas como instrumentos da exploração capitalista valendo-se: (a) da divisão social do trabalho, a qual instaura a relação de submissão da classe trabalhadora; (b) da divisão técnica do trabalho, responsável pelo bloqueio da vida interior do trabalhador e pelo controle do trabalho encontrar-se nas mãos do capitalista; (c) da vigilância e o controle de desempenho que, pelo simples fato de existirem, alavancam a produtividade individual e melhoram o desempenho dos trabalhadores; (d) das tecnologias físicas, as quais aumentam o ritmo

do trabalho e são capazes de criar horas de trabalho não pagas ao trabalhador, mas consumidas pelo capitalista.

Utilizando-se da estrutura hierárquica, da organização do processo produtivo e das normas da conduta, enquanto estratégias de **controle burocrático**, as organizações disseminam o controle e a dominação capitalista, aumentando a produtividade individual ao estabelecer rotinas e padronizar o processo de trabalho. A dominação pode ser reforçada quando a organização utiliza-se de códigos autoritários que legisla em benefício do capital e organiza a rede de exploração do trabalhador.

O **controle político-ideológico** apresenta-se na forma de gestão organizacional, independente de ser de natureza autoritária e repressiva ou participativa e inventiva. As estruturas de gestão possibilitam a exploração do trabalhador por se mostrarem capazes de aumentar a produtividade e garantir o controle e a dominação, seja pelo uso da repressão ou pelo envolvimento dos participantes nas decisões.

As políticas e práticas de recursos humanos apresentam-se como legitimadoras da estrutura organizacional, ocultando o controle, a exploração e as contradições inerentes à organização. Dentre as práticas de Recursos Humanos ,destaca-se a seleção de pessoal, que forma o conjunto dos trabalhadores de uma empresa a partir de um modelo que facilita a realização dos objetivos organizacionais de dominação e exploração.

A contratação de profissionais em precárias condições de vida, em “pobreza generalizada”, tem-se apresentado como uma estratégia possibilitadora da instalação de uma verdadeira indústria de exploração do trabalhador, movida pela “disciplina da fome”. Os trabalhadores encontram-se como escravos de suas próprias necessidades e permanecem no trabalho por uma questão primordial: sobreviver. “Migalhas de capital” são suficientes para que os famintos se submetam à exploração descarada e exacerbada, presente em organizações regidas predominantemente pelos valores econômicos.

O homem passa a ser somente força de trabalho e ter valor enquanto se apresenta produzindo. Todas as relações acabam sendo reduzidas às trocas econômicas

e as organizações acabam por manobrar o ser humano, tanto pacientes como trabalhadores, como matéria-prima para a reprodução de capital. As doenças ocupacionais aparecem neste contextos como denúncias vivas do consumo total dos trabalhadores. Para além da força do trabalho e da saúde, as organizações podem explorar o trabalhador também como consumidor e até como eleitor, não somente indicando os produtos e os desejos que o sujeito deve ter mas também em quem este deve votar.

A exploração das condições de vida dos trabalhadores se faz possível por meio das estratégias de **controle simbólico-imaginário**, as quais utilizam-se das necessidades, dos valores e dos interesses dos trabalhadores para levar a adesão. A linha de exploração do trabalhador encontra-se sustentada num sistema disciplinar, valendo-se de ameaças, punições e recompensas para moldar o comportamento dos seus participantes dentro dos padrões e do interesse da organização.

O **controle por vínculo** caracterizava-se pela mobilização e manipulação de sentimentos em prol da produção, seja por relações formais e informais, entre iguais ou entre diferentes. As relações podem apresentar-se dentro das organizações como um instrumento de exploração quando são capazes de envolver os trabalhadores e criar alianças ou compromissos entre eles e a organização e /ou o trabalho.

A relações hostis e repressoras têm efeito de controle por mobilizarem sentimentos geradores de insegurança, do isolamento e de rejeição, empurrando o trabalhador a responder sempre de acordo com os padrões desejados pela organização, buscando evitar assim a concretização de fantasias de abandono e de solidão.

As diversas formas de controle psicossociais são articuladas na realidade de maneira a constituírem uma estrutura única de dominação, essencial para a existência e a manutenção de uma rede de exploração do trabalhador. Por sua vez, o alcance da rede de exploração do trabalhador está diretamente relacionado com a eficiência do sistema de controle.

O sistema de controle pode ser comparado a uma teia, construída lentamente e cuidadosamente, que aparenta ser fraca, mas resiste a ventos e tempestades, muitas vezes apoiadas em estruturas tão frágeis quanto ela. Quando o sistema de controle é ameaçado constrói-se outra teia visando garantir a sobrevivência da organização, por meio da atualização e da reedição constante da dominação.

Os trabalhadores, por sua vez edificam seus castelos sustentados na teia organizacional, que os consome fazendo crer que os está ajudando. O sistema de controle envolve o indivíduo de maneira a deixá-lo ilhado, acorrentado e cercado de armadilhas que o empurram diretamente à indústria de exploração capitalista.

O sistema de controle é estruturado de forma a encurralar e a induzir o ser humano a se transformar em mera mercadoria, que pode ser comprada, vendida, explorada e descartada a bel prazer dos donos do capital. Os trabalhadores são considerados como instrumentos a serem utilizados da forma e para os objetivos que forem convenientes aos donos do capital.

As organizações consomem seus trabalhadores para além de sua força de produção, massacrando a criatividade, a iniciativa, a saúde, os espaços de ação e participação dos trabalhadores. Ao mesmo tempo, responde aos interesses e às necessidades reais e subjetivas dos trabalhadores em prol da ampliação da dominação e da produção capitalista.

O personagem *Tio Patinhas* foi a representação utilizada por um trabalhador<sup>260</sup> do hospital para expressar o funcionamento “mercenário” desta organização. Tio Patinhas, personagem famoso das histórias em quadrinhos e desenhos animados, surgiu em 1947 como uma sátira ao apego ao dinheiro e “transformou-se no porta-voz das idéias liberais: sua fortuna originou-se do esforço pessoal, da obstinação e dos sacrifícios que fez para obtê-la e mantê-la.” (SANTOS, 2003).

Tendo como ponto comum o apego ao dinheiro, a grande diferença entre este personagem e os donos do capital de organizações semelhantes ao hospital estudado é que a riqueza destes origina-se do esforço, da exploração e do sacrifício da vida alheia.

---

<sup>260</sup> “Eu acho que a figura do Tio Patinhas representa bem este hospital, porque ele é bem mercenário, só quer saber de dinheiro.” (técnico de enfermagem – EF)

De uma forma perversa e desumana, organizações, a exemplo do HTP, exploram a miséria humana evidenciada pela “pobreza generalizada”, ou seja, pela necessidade de trabalhar hoje para comer amanhã; pela falta de informação, de cultura e de uma educação emancipadora; pela despolitização dos dominados e pela corrupção dos que se dizem não dominados; pela aceitação da exploração sem resistências e pela alienação soberana. A rede de exploração do trabalhador é uma roda viva que se retro-alimenta por meio da reprodução da desigualdade social, originária na divisão da sociedade em classes.

Ao aceitar a desigualdade como algo natural, acostuma-se a explorar e a se deixar explorar, a ver e não enxergar. Acostuma-se, por um lado, a comprar sem precisar, a querer sem ter porquê, a desperdiçar, a dominar e a destruir. Por outro lado, aqueles que não podem comprar nem mesmo o que necessitam são forçados a não comerem quando estão com fome, a não vestirem quando estão com frio, a se submeterem quando estão revoltados, a aceitarem quando não concordam, a se comportarem como robôs, burros e fracos quando na verdade são seres humanos, inteligentes, afetivos e poderosos.

A desigualdade social apresenta-se como mantenedora do sistema produtivo atual. Independentemente da natureza, sutil ou repressora, das estratégias utilizadas, a manutenção da desigualdade só é possível a partir de uma estrutura de controle, de dominação e de exploração social. O sistema capitalista de produção desenvolve a função de controle, dominação e exploração, mantendo assim tanto a desigualdade como os moldes do sistema produtivo atual.

A exploração é uma evidência e o resultado da eficiência e do alcance do controle e da dominação capitalista. O fim último do controle não é a produção, mas a exploração. Uma vez que a reprodução de capital é a razão da existência das organizações, a produção torna-se apenas o meio para se alcançar tal objetivo. Produzir e simultaneamente explorar alavanca significativamente o processo de acumulação de capital.

Coagido ou seduzido a participar, aderir e colaborar com a indústria de reprodução de capital, o trabalhador está condenado à servidão em troca de “migalhas

de capital” e de um pouco de reconhecimento. Ou então, ele estará “livre” e condenado a morrer de fome.

Até mesmo os sindicatos que se propõem a ser estruturas sociais construtoras da realidade e que reconhecem a possibilidade de ação do coletivo dos trabalhadores, acabam por cair nas armadilhas e colaborar com os donos do capital.

Aos trabalhadores resta se defender com seus próprios recursos. A sua maneira os sujeitos encontram e ocupam espaços por entre as brechas organizacionais, espaços estes mantenedores do sentido do trabalho e da vida. Quando a repressão e a exploração são exageradas, constantes ou intensas o adoecimento aparece como sinal de desgaste do sujeito. Ao mesmo tempo, a doença informa a organização o rompimento do “pacto” de submissão e exploração, por parte do trabalhador. Ao possibilitar o abandono do posto de trabalho, mesmo que temporário, a doença configura-se como um confronto indireto, protegido e permitido por lei. Paga-se o preço da destruição da própria saúde em troca de um lugar na teia, assim como, para dela se libertar.

O hospital estudado é um exemplo da possibilidade de acumulação de capital por meio da exploração de pessoas, acumulação esta mascarada no discurso de ações voltadas para o bem social, para a manutenção da ordem e para superação de crises econômicas.

A desumanização do atendimento, do trabalho e do trabalhador deve-se à submissão dos valores sociais aos valores econômicos, evidenciada na mercantilização da saúde, na corrupção dos sindicatos, na redução dos trabalhadores à mera força de produção e na inversão das relações humanas, tornando os seres humanos (pacientes e trabalhadores) o *meio* e os lucros o *fim* da produção hospitalar .

Os hospitais apresentam-se como empresas lucrativas, que se propõem a tratar da saúde humana sendo desumanos, dedicando-se a curar, mas criando doenças, produzindo riquezas, mas criando a pobreza, tudo às custas do consumo máximo dos trabalhadores e dos pacientes, que no espaço hospitalar nascem, trabalham, sobrevivem, lutam, sofrem e morrem.

O slogan da campanha pública contra a violência - “O que me assusta não é a violência de poucos, mas o silêncio de muitos” – serve como ponto de partida para que a academia, os sindicatos, os administradores, os psicólogos organizacionais e os próprios trabalhadores revejam sua postura de conivência e permissividade com o sistema de produção, controle e exploração denunciado neste texto.

Vozes precisam falar daquilo que faz muitos se calarem. A academia mostra-se como um espaço *ainda* seguro para tais denúncias e reflexões. Nas universidades, principalmente nos Departamentos de Administração, formam-se os conscientes e alienados exploradores. Conscientes ao ponto de articularem o sistema de controle e a rede de exploração. Alienados por concretizá-los e reproduzi-los, sobre si mesmos, sem perceber que estão assinando sua própria condenação.



O que aconteceria se cada ser humano desse a si mesmo a chance de tirar as vendas e limpar os ouvidos da própria consciência, para que cada um pudesse escolher ser livre ou escravo, submeter-se ou revoltar-se, sem no entanto perder a sua dignidade e a sua vida?

“Escapar de uma prisão é possível. Mas para alguém sair de uma prisão, primeiro necessita reconhecer que está numa prisão... A saída é claramente visível para todos os que estão presos, mas ninguém parece vê-la. Todos sabem onde está a saída, mas ninguém se move em direção a ela. Pior ainda, quem quer que faça qualquer movimento em direção à saída, quem quer que a indique, é declarado louco, criminoso, pecador digno de queimar no inferno.”

Wilhen Reich (1986)



**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

ADAM, P. e HERZLICH, C. **Sociologia da doença e da medicina**. Bauru, SP: EDUSC, 2001.

ANTUNES, R. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 1999.

AUBERT, N. e GAULE, J. *Le système psychique organisationnel* in AUBERT, N. e GAULE, J. *Le coût de l' excellence*. Paris: Le Seuil, 1991.

BERGAMINI, C. W. **Desenvolvimento de recursos humanos: uma estratégia de desenvolvimento organizacional**. São Paulo: Atlas, 1980.

BORSOI, I. C. F. e W, CODO. **Enfermagem, trabalho e cuidado**. In CODO, W. e SAMPAIO, J.J.C. **Sofrimento psíquico nas organizações**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.

BOUDON, R. e BOURRICAUD, F. **Dicionário crítico de sociologia**. São Paulo: Ed. Ática, 1993.

BRAVERMAN, H. **Trabalho e capital monopolista**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987.

BRUYNER, P. et al. **Dinâmica da pesquisa em Ciências Sociais**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1991.

CASTORIADIS, C. **A instituição imaginária da sociedade**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

CHANLAT, J **O ser humano, um ser simbólico** In CHANLAT, J.(org) **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1996.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora FGV, 1999.

DEJOURS, C. **A loucura do Trabalho**. São Paulo: Cortez/Obóre, 1992 .

DEJOURS, C. et al. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DURAND, M. **Doença ocupacional: psicanálise e relações de trabalho**. Escuta: São Paulo, 2000.

ENRIQUEZ, E. **A organização em análise**. Petrópolis: Vozes, 1997.

ENRIQUEZ, E. **Da horda ao Estado**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1996.

ENRIQUEZ, E. **Imaginário social, recalçamento e repressão nas organizações**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 36/37: 53-94, jan.-jun. 1974.

ENRIQUEZ, E. **Vida psíquica e organização** in MOTTA, F.C, e FREITAS, M.E. (orgs.) **Vida Psíquica e Organização**. São Paulo: Editora FGV, 2000.

ETZIONI, A. **Organizações Modernas**. São Paulo: Biblioteca Pioneira de Ciências Sociais, 1984.

FARIA, J. H. **Economia Política do Poder: os fundamentos da Teoria Crítica nos estudos das organizações**. Curitiba: UFPR, 2003.

FARIA, J. H. **Educação, trabalho e desenvolvimento tecnológico**. Curitiba: Simpósio Paranaense de Educação e Trabalho, 1993.

FARIA, J. H. **Poder e relações de poder nas organizações**. Curitiba: UFPR, 2002.

FARIA, J.H. **Comissões de Fábrica: poder e trabalho nas unidades produtivas**. Curitiba: Criar, 1987.

FARIA, J.H. **Tecnologia e processo de trabalho**. Curitiba: Editora da UFPR, 1997.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FOUCAULT, M. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2000.

FREITAS, M. E. de. **A questão do imaginário e a fronteira entre a cultura organizacional e a psicanálise**. In MOTTA, F. C. P. e FREITAS M. E. (orgs). **Vida psíquica e organização**. São Paulo: Brasiliense, 2000.

GERGES, M., PROENÇA, R. e CUNHA, C. Estratégias competitivas em organizações públicas: o caso do Hospital Universitário da UFSC. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, n. 29, v. 2: 137-53, abr./jun., 1995.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1991.

HOPFER, K. R. **Organização, poder e controle social**. Curitiba, 2002. Dissertação (Mestrado em Administração) – CEPPAD/UFPR.

KAËS, R. *Sufrimiento y psicopatología de los vínculos institucionales*. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1998.

KASTENBAUM, R. e AISENBERG, R. *Psicologia da Morte*. São Paulo: USP, 1983.

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

KERNBERG, O. F. **Ideologia, conflito e liderança em grupos e organizações**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000

LAURELL, A. C. e NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde: trabalho e desgaste operário**. São Paulo: HUCITEC, 1989.

LEAL, A. e SCHMITT, E. Recursos Humanos e Prática Ideológica . **Anais do XXVI ENANPAD**, 2002

LIMA JR, J. H. V. e ÉSTHER, A. B. Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem. **Revista de Administração de Empresas**, v. 41, n. 3, p. 20-30, jul. /set., 2001.

LIMA JR., J. H. **Trabalhador de enfermagem: de anjo de branco a profissional**. São Paulo, 1998. Tese (Doutorado em Administração). EAESP-FGV.

MARX, K. **Contribuição à crítica da economia política**. São Paulo: martins Fontes, 1983.

MARX, K. **O capital**: capítulo VI (inédito). São Paulo: Ed. Ciências Humanas Ltda, 1978.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro I, vol I, Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1996.

MARX, K. **O capital**: crítica da economia política. Livro I, vol II, Rio de Janeiro: Ed. Bertrand, 1994.

MENZIES, I. *El funcionamiento de los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad : informe de un estudio del Servicio de Enfermeras de um hospital general*. In: MENZIES, I. JAQUES, E. *Los sistemas sociales como defensa contra la ansiedad*. Buenos Aires: Hormé, 1969.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde" São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Anuário estatístico de saúde do Brasil**. 2001.

MOTTA, F. C. P. e PEREIRA, L. C. B. **Introdução à Organização Burocrática**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1980.

MOTTA, F. C. P. O poder disciplinar nas organizações formais. **Revista de Administração de Empresas**. Rio de Janeiro, 21(4): 33- 41, out. /dez., 1981.

MOTTA, F. C. P. **Os pressupostos básicos de Schein e a fronteira entre a psicanálise e a cultura organizacional**. In MOTTA, F. C. P. e FREITAS M. E. (orgs). **Vida psíquica e organização**. São Paulo: Brasiliense, 2000.

NADIR, H. C. **Saúde, trabalho e discurso médico**. São Leopoldo: Ed. da UNISINOS, 1999.

PAGÉS, M. **A vida afetiva dos grupos**. Petrópolis: Vozes, 1982.

PAGÉS, M. et al. **O poder das organizações**. São Paulo: Atlas, 1987.

PALMEIRA, Miriam. **Gestão de pessoas**. In: BULGACOV, Sergio (org). **Manual de gestão empresarial**. São Paulo: Atlas, 1999.

PAUCHANT, T. **A psicologia do self na empresa** In CHANLAT, J.(org) **O indivíduo na organização**: dimensões esquecidas. São Paulo: Atlas, 1996.

- PITTA, A. **Hospital: dor e morte como ofício**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1991.
- POULANTZAS, N. **As classes sociais no capitalismo hoje**. Rio de Janeiro: Zahar, 1975
- REICH, W. **O assassinato de Cristo**. São Paulo: Martins Fontes, 1986.
- RIBEIRO, H. P. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Ed. Cortez, 1993.
- RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**. São Paulo: Atlas, 1999.
- ROBAZZI, M.L. do e MARZIALE, C. Alguns problemas ocupacionais decorrentes do trabalho de enfermagem no Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.52, n.4, p.514-519, out/dez, 1999
- SANTOS, R. E. **Quadrinhos Disney: análise e evolução**. Disponível em: <[www.eca.usp.br/nucleos/nphqeca/agaque/ano1/numero3/artigosn3\\_1.htm](http://www.eca.usp.br/nucleos/nphqeca/agaque/ano1/numero3/artigosn3_1.htm)> Acesso em: 11/04/03
- SATO, L. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In: CODO, W.; JAQUES, M. G. **Leituras em saúde mental e trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2002.
- SCHIRATO, M. **O feitiço das organizações**. São Paulo: Atlas, 2000.
- SEGNINI, L. **A liturgia do poder**. São Paulo: EDUC, 1988.
- SENNET, R. **A corrosão do caráter**. Rio de Janeiro: Record, 2002.
- SILVA, C. O. da. Trabalho e subjetividade no hospital geral. **Psicologia Ciência e Profissão**. Conselho Federal de Psicologia, 18 (2), 26-33, 1998.
- SILVA, G.B. da. **Enfermagem Profissional: análise crítica**. São Paulo: Cortez, 1986.
- SILVA, J.B. e KIRSCHBAUM, D. *Mental suffering of nurses who care for cancer patients*. **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 51, n. 2, p. 273-90, 1998.
- SIQUEIRA, M.M. et al. Sofrimento físico e mental de auxiliares de enfermagem: uma abordagem sob o enfoque gerencial. **Anais do XVIII ENANPAD**, 1994.
- SOBOLL, L.A.P. A face oculta da síndrome do burnout nos profissionais de enfermagem: uma leitura a partir da psicodinâmica do trabalho. **Anais do XXIV do ENANPAD**, 2002.
- VERGARA, S.C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 1998.
- YIN, R. **Estudo de Caso**. Porto Alegre: Bookman, 2001.

**ANEXO 01 – PROJETO DA PESQUISA APRESENTADO À ORGANIZAÇÃO ESTUDADA**

---

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
MESTRADO EM



O CONTROLE DO TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE  
ENFERMAGEM

**Responsável:** Lis Andréa Pereira Soboll

Psicóloga, Especialista em Psicologia do Trabalho –  
UFPR (2001) e Mestranda em Administração - UFPR.

**Orientador:** Prof. Dr. José Henrique de Faria

Doutor, professor titular da UFPR.

**Justificativa:** Visando a qualidade do atendimento e o bom funcionamento da organização hospitalar, as atividades ocupacionais dos profissionais de enfermagem são permeadas por estratégias de controle. Dentre elas pode-se citar o cartão-ponto, o livro de registros e a identificação do responsável por cada procedimento. Verificar como as estratégias de controle são utilizadas e como os profissionais percebem e se relacionam com estes controles possibilita repensar a gestão dos profissionais de enfermagem, buscando uma organização do trabalho e um atendimento aos pacientes mais humanizados.

**Objetivo Geral:** Verificar como os profissionais de enfermagem percebem e se relacionam com os mecanismos de controle presentes no desenvolvimento de suas atividades ocupacionais.

**Metodologia:** Inicialmente será identificado como estão organizados e distribuídos os profissionais de enfermagem no hospital. Com estes dados se selecionará a amostra que será estudada. A coleta de dados acontecerá por meio de entrevistas, observações e aplicação de questionário.

**Período da pesquisa:** A pesquisa será realizada no período máximo de 10 meses (abril de 2002 - janeiro de 2003).

**Recursos necessários:** Para desenvolvimento da pesquisa será necessário uma sala para a realização das entrevistas.

**Responsável:** *Lis Andréa Pereira Soboll*

## ANEXO 2 - PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O caminho percorrido e os meios utilizados para o desenvolvimento da pesquisa apresentada nesta dissertação compõem o conteúdo deste anexo. Utilizou-se da metodologia de estudo de caso, com finalidade exploratória, para o desenvolvimento da pesquisa. A coleta e o tratamento dos dados foram realizados por meio de técnicas quantitativas e qualitativas. As questões que orientaram o desenvolvimento da pesquisa foram:

- a) quais os mecanismos de controle social, manifestos e ocultos, infiltrados nas relações e no processo do trabalho de enfermagem no HTP?
- b) de que maneira os mecanismos de controle social colaboram para a estruturação de um sistema de controle organizacional no HTP?
- c) qual a relação entre o sistema de controle de trabalho e a exploração do trabalhador, no hospital em estudo?

A perspectiva deste estudo é transversal (RICHARDSON, 1999), uma vez que a análise da relação entre os mecanismos de controle utilizados no HTP e exploração restringiu-se ao período específico do desenvolvimento da pesquisa de campo, sem ter como foco principal as transformações ocorridas neste período. Aspectos históricos do HTP foram utilizados apenas como dados secundários para compreensão do contexto estudado.

O processo de exploração do trabalhador e os mecanismos de controle presentes nas relações e no processo de produção, configuram-se como categorias de análise principais deste estudo, conforme suas definições constitutivas (DC) e operacionais (DO)<sup>261</sup>, apresentadas a seguir:

- a) Mecanismo de controle psicossocial no trabalho :
  - DC: Consistem em mecanismos de exercício de poder utilizados pela organização do trabalho para dominar os trabalhadores, envolvendo aspectos

---

<sup>261</sup> A definição constitutiva conceitua a categoria de análise e a definição operacional aponta como estas são concretizadas na realidade (KERLINGER, 1980).

manifestos e ocultos que influenciam nos processos e relações de trabalho (BRAVERMAN, 1987; FARIA, 1997; ENRIQUEZ, 1997). Esses mecanismos articulam as instâncias social, organizacional, grupal e individual (FARIA, 2003).

- DO: Os mecanismos de controle social no trabalho são concretizados na organização formal e informal do trabalho (FARIA, 1997) e são abordados nesta pesquisa valendo-se de cinco categorias: controle físico, controle burocrático, controle político-ideológico, controle simbólico-imaginário e controle por vínculo (FARIA, 2003).

b) Processo ou rede de exploração do trabalhador:

- DC: O processo de exploração do trabalhador consiste no consumo máximo da força de trabalho, dobrando os corações e os corpos, raptando a vida do indivíduo, consumindo-a para além das paredes da organização (FARIA, 1997; MOTTA, 2000).

- DO: O desgaste e sofrimento físico e psíquico (DEJOURS, 1992), as doenças ocupacionais (DURAND, 2000), a precarização do trabalho e do salário (ANTUNES, 1999) e a aceitação da submissão com um processo natural (ENRIQUEZ, 1996), são evidências do processo de exploração do trabalhador.

c) O processo de produção:

- DC: O processo de produção refere-se a atividade de trabalho em si e a relação do homem (trabalhador e proprietário) com o objeto e os meios de trabalho (POULANTZAS, 1975).

- DO: A definição das formas de realização do trabalho no processo de produção, ou seja, a organização do processo produtivo e as relações de posse e propriedade constituem-se como indicadores do processo de produção, nos estudos organizacionais (POULANTZAS, 1975).

c) As relações de trabalho:

- DC: consiste na relação estabelecida entre as pessoas no contexto da produção, tanto dos trabalhadores entre si, assim como com os não-trabalhadores (proprietários e consumidores) (POULANTZAS, 1975).

- DO: As relações de produção são evidenciadas nas relações psicossociais estruturadas em decorrência e no contexto da produção, independente de constituírem-se como relações formais ou informais. As relações de produção se fazem presentes desde o processo de contratação da mão-de-obra, nas relações previstas no organograma da organização, nos grupos informais constituídos no ambiente de trabalho e até mesmo na relação com os clientes ou consumidores (MOTTA E PEREIRA, 1980; SATO, 2002).

Considerando as categorias analíticas adotadas e devidamente conceituadas, a pesquisa desenvolvida se restringiu a investigar o controle e a exploração presentes no processo de produção hospitalar e nas relações de trabalho que envolviam os profissionais de enfermagem, conforme a população e amostra apresentadas a seguir.

## 1. POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da qual se ocupou esta pesquisa era composta dos profissionais de enfermagem vinculados à diretoria de enfermagem da organização HTP, independentemente da formação (básica, técnica ou superior), que atuavam no período diurno e noturno.

A amostra para a realização das diferentes etapas da pesquisa foi definida não intencionalmente, mas por adesão dos trabalhadores. Portanto, a amostra se caracterizou como não probabilística, definida por critério de acessibilidade, não configurando-se como estratificada ou intencional. Por constituir-se como um estudo qualitativo e exploratório, a amostra por acessibilidade foi mais adequada para o aprofundamento necessário a este tipo de investigação científica, apesar de diminuir a precisão dos dados (GIL, 1991).



A população era composta por todos os profissionais de enfermagem vinculados à diretoria de enfermagem do HTP, os quais somam 220 funcionários. Os trabalhadores do período diurno representam 138 pessoas e do período noturno somam 82 profissionais. O quadro 10 apresenta as informações, absolutas e relativas, de cargo, turno e formação tendo como referência a população foco deste estudo.

**Quadro 9 – Caracterização da população foco de estudo**

VALOR		ABSOLUTO	RELATIVO
CARACTERÍSTICA			
<b>População</b>		220	100%
<b>Turno</b>	<b>Diurno</b>	138	62%
	<b>Noturno</b>	32	38%
<b>Formação</b>	<b>Enfermeiros</b>	10	4%
	<b>Técnicos</b>	50	23%
	<b>Auxiliares</b>	160	73%
<b>Formação e cargo</b>	<b>Supervisores</b> 22 = 10%	17	8% superior completo ou em formação
		5	2% técnicos ou auxiliares
	<b>Não- supervisores</b> 198 = 90%	41	19% técnicos/ não supervisores
		157	71% auxiliares / não supervisores

Em relação ao cargo, 22 eram supervisores, dos quais 10 eram enfermeiros com curso superior. Dentre outros supervisores, 4 tinham formação técnica e estavam realizando os estudos do ensino superior e 05 técnicos e 03 auxiliares ocupavam o cargo de supervisores, sem nenhuma outra formação em andamento.

Os técnicos e auxiliares que compunham o quadro de trabalhadores operacionais de enfermagem (e sem cargo de supervisão) somavam 198 profissionais, dos quais 157 eram auxiliares de enfermagem. Os auxiliares de enfermagem representam 70% dos profissionais de enfermagem do hospital em estudo.

## 2. DELINEAMENTO DA PESQUISA

A pesquisa realizada configura-se como um estudo exploratório (VERGARA, 1998), considerando que teve como propósito a explicação da relação entre o processo de exploração do trabalhador e as formas de controle psicossociais presentes nas relações e no processo de produção.

A estratégia de estudo de caso foi escolhida por ser uma estratégia que possibilita a reunião de um número significativo de informações com o maior nível de detalhamento possível, a fim de compreender o máximo de uma determinada realidade (YIN, 2001).

O estudo de caso, aqui proposto, se restringiu a abordar apenas um caso. Tendo em vista a escassez de pesquisas empíricas sobre a relação entre controle do trabalho e a exploração do trabalhador, este projeto caracteriza-se como um teste das preposições teóricas e uma oportunidade de desenvolvimento, reformulação e ampliação de teorias já existentes, o que justifica este estudo como um estudo de um caso único (YIN, 2001:63).

A estratégia de estudo de caso se mostrou adequada nesta pesquisa, uma vez que o fenômeno ‘controle social’ é complexo e exige uma ampla variedade de evidências para sua compreensão, o que não é facilmente articulado em outros métodos. A triangulação de evidências, por meio da utilização de diversas técnicas e fontes para coleta de dados, aumenta a confiabilidade do estudo de caso (YIN, 2001:33). Bruyner et al. (1991) considera como grande vantagem da estratégia de pesquisa de estudo de caso a possibilidade de utilizar variadas formas de coleta de dados.

A triangulação de dados deu-se pela utilização de observações não participantes, entrevistas informais e formais, aplicação de questionário e consulta a documentos oficiais da organização, conforme as etapas da pesquisa, detalhadas no próximo tópico.

### 3. OS DADOS DA REALIDADE: FONTE, COLETA E TRATAMENTO

Várias metodologias foram utilizadas nas diferentes fases da pesquisa, com o objetivo de aumentar a confiabilidade e de amenizar as lacunas inerentes a cada técnica. Os métodos que foram utilizados estão apresentados no quadro 11, elaborado com base em Bruyner e colaboradores (1991), quadro este que expõe também os critérios para as escolhas técnicas, os obstáculos potenciais e as vantagens relativas de cada método, conforme a avaliação dos autores.

**Quadro 10 - Técnicas de coleta de dados utilizadas na pesquisa**

<i>Modos de coleta</i>	<i>Tipos de informação</i>	<i>Escolhas técnicas</i>	<i>Obstáculos potenciais*</i>	<i>Vantagens relativas*</i>
<b>ENTREVISTA</b> Formal e Informal Semi-estruturada Em profundidade	Conteúdo latente Fatos observados Atitudes e fenômenos	Informantes aptos e disponíveis <u>Tipos de perguntas:</u> fechadas, abertas e pré-formadas	Barreiras na comunicação Mecanismos de defesa Subjetividade Dificuldade de linguagem Disparidade entre declarações e comportamentos	Quantidade e qualidade aumentadas das informações Flexibilidade Instigações a responder
<b>QUESTIONÁRIO</b>	Conteúdo latente Fatos observados Atitudes e fenômenos	Informantes aptos e disponíveis  Perguntas fechadas	(idem aos da entrevista) Desvios devido à rigidez Exame e ordenação mais difíceis Interpretação delicada Custo mais elevado	Economia Uniformidade Anonimato Facilidade de exame Filtragem de perguntas Respostas mais complexas
<b>OBSERVAÇÃO</b> Direta e sistemática Não participante	Características e propriedades de acontecimentos e situações Ações, explicações e significações constatadas Fatos recorrentes	Definição dos objetos a serem estudados Seleção dos dados Necessidade de sistematização das anotações	Manifestações a serem interpretadas Diversidade de objetivos e níveis da observação Alteração do comportamento do sujeito devido observação Imprecisão e acúmulo inútil de dados	Intervenção mínima do pesquisador
<b>ANÁLISE DOCUMENTAL</b>	Fatos Atributos Comportamentos Evoluções	Análise qualitativa do conteúdo	Dificuldade de acesso e de interpretação Disparidade entre o documentado e o real	Instrumentos “não reativos” Economia de tempo e dinheiro

\* Os obstáculos e as vantagens foram aqui expostos como limitantes potenciais na coleta dos dados, sem no entanto significar que estes foram encontrados durante a realização desta pesquisa na totalidade e na forma descrita pelos autores.

FONTE: Elaborado a partir de Bruyner e colaboradores (1991).

Os instrumentos metodológicos foram aplicados conforme as diferentes fases da pesquisa: a) aproximação primária e coleta inicial de dados; b) realização de entrevistas formais; e c) levantamento por questionário.

### 3.1. As observações e as entrevistas informais: adentrando no mundo organizacional

A pesquisa de campo teve seu início em abril de 2002, com uma aproximação primária da realidade, antes mesmo da conclusão do projeto da pesquisa (junho 2002). Esta aproximação inicial teve a duração de três meses e teve por finalidade: a) a inserção da pesquisa e da pesquisadora no contexto organizacional, esclarecendo o objetivo da pesquisa e estabelecendo relações facilitadoras para a realização das fases posteriores; b) a realização de uma caracterização geral do hospital e do seu processo produtivo; c) a definição dos objetivos específicos da pesquisa; d) a coleta de dados iniciais, os quais fundamentaram as demais fases da pesquisa.

Inicialmente os profissionais, foco do estudo, se mostraram um pouco resistentes e desconfiados diante da proposta da pesquisa. Estas resistências foram amenizadas com a apresentação da pesquisadora e do objetivo da pesquisa. Foi de fundamental importância esclarecer que a pesquisadora não era familiar de proprietários ou dirigentes da organização e que a finalidade da pesquisa era exclusivamente acadêmica, com total sigilo das informações. Com o passar dos dias e os contatos constantes, a confiança foi se estabelecendo e a cooperação tornou-se muito além do que o esperado.

Foram realizadas visitas a todos os setores da organização, no total de 14, com o objetivo de coletar informações sobre o funcionamento de cada unidade, em particular, e do hospital, de maneira geral. No decorrer dessas visitas, observações e entrevistas informais no estilo de conversas ou reportagens, individuais e em pequenos grupos espontâneos, foram realizadas com os profissionais de enfermagem que se mostraram disponíveis, no próprio ambiente de trabalho, conforme a oportunidade. Algumas dessas entrevistas foram registradas eletronicamente, com o devido consentimento dos trabalhadores.

Muitos trabalhadores se mostraram interessados e estabeleceram diálogos com a pesquisadora, voluntariamente e espontaneamente. A colaboração também foi significativa por parte dos supervisores, diretores e de um representante do departamento pessoal. Algumas conversas entre a diretoria de enfermagem e os supervisores puderam ser presenciadas, inclusive uma reunião entre os supervisores e a diretoria de enfermagem, tendo em vista a abertura destes para com a pesquisadora e a pesquisa.

Observações e entrevistas informais foram realizadas também no refeitório e nos arredores da organização. As observações e entrevistas informais foram utilizadas para a coleta de dados no decorrer de todas as fases da pesquisa e a análise desses dados deu-se pela análise de conteúdo e de discurso proposta por Minayo (1993).

### 3.2. As entrevistas formais: o discurso coletivo na voz do indivíduo

Entrevistas individuais semi-estruturadas constituíram a próxima etapa da pesquisa. O roteiro de referência para a realização das entrevistas (anexo 6) foi formulado a partir dos dados coletados na fase inicial da pesquisa. As entrevistas foram realizadas em ambiente reservado e foram registradas eletronicamente, com a devida autorização dos participantes. Para o tratamento destes dados utilizou-se a técnica de análise de discurso, proposta por Minayo (1993). Como resultado desta etapa obteve-se a sistematização das principais estratégias de controle social e dos indicadores de exploração do trabalhador presentes na realidade dos profissionais de enfermagem do HTP.

Realizaram-se 37 entrevistas formais, incluindo trabalhadores operacionais técnicos e auxiliares (29 entrevistas), supervisores e integrante da diretoria de enfermagem (6 entrevistas) e um representante do departamento pessoal (1 entrevista). As entrevistas tiveram caráter voluntário e foram realizadas dentro do horário de trabalho e no horário de intervalos, conforme a disponibilidade dos profissionais e o ritmo de cada setor.

A duração média das entrevistas foi de 40 minutos, podendo estender-se até duas horas, conforme a disponibilidade do profissional e as informações oferecidas.

Supervisores, diretores e profissionais administrativos permaneceram em entrevista por até duas horas. Trabalhadores operacionais dificilmente ultrapassaram uma hora de entrevista. A dispensa destes profissionais para a entrevista era combinada com o supervisor do setor e o tempo médio solicitado pela pesquisadora era de no máximo 40 minutos para cada profissional.

Evitou-se realizar mais de uma entrevista no mesmo setor por dia, para não prejudicar o seu andamento, amenizando resistências para as etapas seguintes da pesquisa. Por vezes, ao ter anunciada a possibilidade da realização da entrevista, vários trabalhadores se colocavam disponíveis. Em outros momentos, conforme o ritmo de trabalho do dia, nenhum profissional podia se ausentar do setor, prolongando essa fase da pesquisa. A dinâmica instável e de emergência própria do ambiente hospitalar foi considerada para a realização de cada etapa da pesquisa, garantindo sua viabilidade.

### 3.3. O questionário: a expressão anônima do coletivo

Após a sistematização das formas de controle, foi elaborado e aplicado um questionário fechado (anexo 3), com 83 itens, dos quais 79 eram questões e 4 eram itens identificadores do perfil dos respondentes. O questionário foi estruturado com uma escala do tipo Likert, com 4 pontos, que avaliava a frequência em que determinadas situações aconteciam na organização, segundo a percepção dos trabalhadores de enfermagem. O questionário avaliou os indicadores dos mecanismos de controle organizacional e as evidências de exploração do trabalhador de enfermagem no HTP. A aplicação desse instrumento metodológico teve a finalidade de completar a triangulação dos dados, apresentando-se como um verificador dos dados coletados por meio de outras metodologias.

Assim como as demais fases, a aplicação dos questionários ocorreu no ambiente e no horário de trabalho, conforme a disponibilidade dos trabalhadores. A aplicação, feita por adesão, teve retorno de 136 questionários válidos, número este que representa 62% da população alvo.

O questionário não tinha campo de identificação pessoal, somente de setor, turno, formação, cargo e tempo de trabalho. O item especificador do cargo (supervisor

ou não-supervisor) foi inadequadamente apresentado graficamente na estrutura do questionário, de forma a induzir a omissão da resposta por falta de percepção do mesmo. Como resultado, apenas 10% dos sujeitos que participaram desta etapa responderam este item, fato inviabilizador da análise do mesmo.

Quanto ao turno, à formação, ao setor e ao tempo de serviço no HTP, tendo como referência a análise da estatística descritiva<sup>262</sup> obtida por meio do programa de tratamento estatístico SPSS, obteve-se o perfil da amostra composta pelos respondentes dos questionários válidos (quadro 12).

Dos que responderam ao questionário 57% trabalhavam durante o dia e 43% no período noturno. Quanto à formação, 56% eram auxiliares de enfermagem, 38% eram técnicos e 6% eram enfermeiros. Em relação ao tempo de serviço no HTP tinha-se predominância de profissionais com até 3 anos de trabalho, conforme os intervalos de tempo definido no tratamento dos dados, expressos no quadro 11. Todos os 14 setores do hospital apresentaram questionários válidos.

**Quadro 11 – O perfil dos respondentes do questionário e o perfil da população**

Grupo	POPULAÇÃO	AMOSTRA
Características		
<b>Número de sujeitos</b>	220 =100%	136 = 62% da população
<b>Turno de trabalho</b>	63% diurno 37% noturno	57% diurno 43% noturno
<b>Formação</b>	4% enfermeiros 23% técnicos 73% auxiliares	6% enfermeiros 38% técnicos 56% auxiliares
<b>Tempo de trabalho no HTP</b>	<i>Sem informação anterior</i>	28% até um ano 27% 1-3 anos 14,5% 3-5 anos 24,5% 5-10 anos 6% mais de 10 anos

Conforme o tratamento estatístico realizado, quanto ao turno de trabalho e a formação, a amostra responde ao padrão da população do estudo em relação a predominância dos grupos. Entretanto, proporcionalmente, os dados da população e da amostra apresentam disparidades variantes entre 2% e 15%. Estas diferenças não são

<sup>262</sup> O tratamento estatístico destes dados foi realizado com a colaboração do prof. Pedro Steiner (UFPR).

significativas ao ponto de impossibilitar que os dados coletados por meio do questionários sejam considerados representativos da população em estudo.

Os resultados da análise estatística das questões do questionário estão apresentados no anexo 4 e são discutidos no decorrer da dissertação. A relação entre as características da amostra e as respostas do questionário não foram apresentadas e analisadas, tendo em vista que estas não se constituem como foco desta pesquisa. Os itens especificadores do perfil dos respondentes do questionário foram incluídos como uma estratégia possibilitadora da identificação do perfil dos participantes dessa fase da pesquisa, para fins de comparação com a população alvo. A organização estudada não ofereceu as informações relativas ao tempo de trabalho dos funcionários, ficando este item sem referência para comparações.

A análise de documentos da organização foi utilizada como dado secundário e como uma estratégia complementar de pesquisa. A maioria dos documentos consultados não era passíveis de serem fotocopiados, dificultando a coleta destas informações. Partes destes documentos foram reproduzidos e discutidos, quando se fizeram úteis, tendo em vista os objetivos da pesquisa desenvolvida.

As técnicas metodológicas e as fases da pesquisa abordadas neste anexo são esclarecedoras do processo realizado e indicam as origens dos dados e das conclusões apresentadas no decorrer desta dissertação.



## ANEXO 3 – QUESTIONÁRIO APLICADO

PESQUISA SOBRE OS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM – Mestrado em Administração – UFPR

*A participação é voluntária. Não é necessário colocar o seu nome. Este questionário será utilizado exclusivamente para fins desta pesquisa. Responda as questões de acordo com a sua opinião, em relação ao seu trabalho. **Muito obrigada!** Lis Andréa Soboll*

1. Período de trabalho: Dia ( ) Noite ( ) Data: \_\_\_\_\_  
 2. Qual setor do hospital você trabalha? \_\_\_\_\_  
 3. Qual o cargo que você ocupa: ( ) auxiliar ( ) técnico ( ) enfermeiro ( ) supervisor ( ) não supervisor  
 4. Há quanto tempo você trabalha neste hospital? \_\_\_\_\_

**Responda as seguintes questões considerando a realidade dos profissionais de enfermagem do hospital, marcando o número que indica a frequência com que as situações acontecem, conforme a escala:**

1 – SEMPRE	2 – GERALMENTE, DEPENDENDO DA SITUAÇÃO	3 – RARAMENTE, DEPENDENDO DA SITUAÇÃO	4 – NUNCA
5. A proximidade entre local de trabalho e da residência é um dos fatores que mantém os funcionários trabalhando neste hospital?			1 2 3 4
6. Os funcionários apresentam alterações emocionais devido ao trabalho?			1 2 3 4
7. Os pacientes fazem muitas solicitações aos profissionais de enfermagem?			1 2 3 4
8. O salário motiva os funcionários a continuarem trabalhando neste hospital?			1 2 3 4
9. O trabalho dividido em tarefas aumenta o controle do supervisor sobre o trabalho de cada um?			1 2 3 4
10. Os profissionais fazem brincadeiras e piadas para amenizar a tensão do trabalho?			1 2 3 4
11. Os funcionários podem falar abertamente o que pensam sobre o seu trabalho, sem medo?			1 2 3 4
12. Os profissionais se sentem ansiosos diante das várias demandas do trabalho?			1 2 3 4
13. Há várias pessoas da mesma família trabalhando neste hospital?			1 2 3 4
14. Para os funcionários terem sucesso no hospital precisam agir como o hospital deseja?			1 2 3 4
15. Os funcionários sentem o ambiente de trabalho como uma família?			1 2 3 4
16. O hospital oferece oportunidade de trabalho para quem tem pouca experiência?			1 2 3 4
17. Os profissionais de enfermagem são estimulados a trabalhar em equipe?			1 2 3 4
18. O hospital oferece as condições necessárias para a realização do trabalho de enfermagem da melhor forma possível?			1 2 3 4
19. Quando os funcionários realizam um bom trabalho eles são reconhecidos?			1 2 3 4
20. Os funcionários se ausentam do setor para fumar, fora dos horários de intervalo?			1 2 3 4
21. A fofoca é utilizada pelos funcionários para falar o que não pode ser dito diretamente?			1 2 3 4
22. A jornada extra de trabalho é uma alternativa para o funcionário não precisar de outro trabalho fora do hospital?			1 2 3 4
23. A divisão das tarefas (cuidados, medicação) dificulta a realização do trabalho em equipe?			1 2 3 4
24. Os funcionários têm liberdade para desenvolver seu trabalho como gostariam?			1 2 3 4
25. Os profissionais de enfermagem fazem jornada extra de trabalho para aumentar a renda?			1 2 3 4
26. A dedicação ao trabalho é recompensada?			1 2 3 4
27. Os colegas de trabalho cobram se alguém atrasa para voltar do horário do intervalo?			1 2 3 4
28. Os funcionários gostam de trabalhar neste hospital?			1 2 3 4
29. Os funcionários acham importante ter um supervisor que diga o que é certo e errado?			1 2 3 4
30. Os funcionários seguem às normas, sem questioná-las?			1 2 3 4
31. Procedimentos de enfermagem precisam ser prescritos pela equipe médica?			1 2 3 4
32. Quando um funcionário reclama, dizem que há várias pessoas querendo trabalhar no lugar dele?			1 2 3 4
33. As pessoas têm medo de serem perseguidas se falarem o que pensam do trabalho?			1 2 3 4
34. Os profissionais não conseguem tratar dos pacientes da maneira como gostariam, devido ao número de pacientes que precisam atender?			1 2 3 4
35. Ao final do plantão os funcionários se sentem esgotados?			1 2 3 4
36. Os funcionários participam da elaboração das regras feitas pelo departamento de pessoal?			1 2 3 4
37. Os profissionais seguem a rotina pré-estabelecida no desenvolvimento das tarefas?			1 2 3 4
38. Os funcionários fazem troca de plantão para descansar?			1 2 3 4
39. Cada profissional sabe qual tarefa (cuidados, medicação) deve desenvolver sem precisar consultar a escala de tarefas?			1 2 3 4

40. Quando há alguma situação de trabalho que os funcionários não concordam eles se reúnem e lutam pelo que querem?	1	2	3	4
41. Advertências ou suspensões são maneiras que o hospital tem de punir os funcionários que não obedecem às regras?	1	2	3	4
42. Os funcionários tentam prolongar os intervalos, atrasando para retornar ao setor?	1	2	3	4
43. Os funcionários falam o que pensam sobre o trabalho apenas com os colegas que confiam?	1	2	3	4
44. Os supervisores atuam como apoio nas situações mais difíceis?	1	2	3	4
45. O hospital oferece estrutura adequada para que os funcionários possam usufruir os momentos de intervalo (das refeições, de descanso) no trabalho?	1	2	3	4
46. O hospital ajuda financeiramente os funcionários por meio de empréstimos e/ou pagamento de contas a serem descontadas em parcelas mensais?	1	2	3	4
47. Os funcionários voltam ao trabalho antes do término do seu horário de intervalo?	1	2	3	4
48. Há reunião entre supervisores e funcionários para discutir situações de trabalho?	1	2	3	4
49. Os funcionários podem escolher qual tarefa querem desenvolver?	1	2	3	4
50. Os funcionários são livres para escolher se querem participar dos treinamentos fora do horário de trabalho, sem ameaças?	1	2	3	4
51. As regras de funcionamento do setor são impostas independente da opinião dos funcionários?	1	2	3	4
52. Percebem-se alterações no humor e no desempenho dos funcionários que estão em jornada extra de trabalho?	1	2	3	4
53. A presença do supervisor faz com que os funcionários trabalhem melhor?	1	2	3	4
54. Quando algo errado acontece, os funcionários são corrigidos?	1	2	3	4
55. Os profissionais faltam por não poderem fazer mais do que uma troca de plantão?	1	2	3	4
56. Os profissionais que pedem demissão se arrependem e voltam a trabalhar neste hospital?	1	2	3	4
57. A escala 12/36 é suficiente para que os profissionais descansem e voltem dispostos ao trabalho?	1	2	3	4
58. Alguns funcionários fazem jornada extra, mesmo quando não querem, para agradar o supervisor?	1	2	3	4
59. Profissionais que não estão com bom desempenho são transferidos de setor?	1	2	3	4
60. Alguns funcionários vão trabalhar mesmo quando estão doentes?	1	2	3	4
61. O hospital pode demitir o funcionário que ele quiser, a qualquer momento?	1	2	3	4
62. As idéias dos funcionários para melhorar o trabalho são consideradas pelos superiores?	1	2	3	4
63. Os funcionários fazem jornada extra muitos meses seguidos, sem intervalo?	1	2	3	4
64. É necessário realizar as tarefas mais rápido do que o normal para o funcionário conseguir dar conta do trabalho do dia?	1	2	3	4
65. O seu trabalho é repetitivo?	1	2	3	4
66. Os supervisores determinam quem irá fazer a jornada extra, conforme seus próprios critérios?	1	2	3	4
67. Os supervisores confiam no trabalho dos seus funcionários?	1	2	3	4
68. Todos são tratados de igual maneira pelos supervisores?	1	2	3	4
69. Os funcionários respondem questionários como este, conforme a organização quer e não conforme sua própria opinião?	1	2	3	4
70. Os treinamentos possibilitam a integração dos funcionários?	1	2	3	4
71. A escala 12/36 adotada por este hospital dificulta o trabalho em paralelo em outro hospital?	1	2	3	4
72. A jornada extra significa vantagem tanto para os funcionários quanto para o hospital?	1	2	3	4
73. Há possibilidade de fazer jornada extra quando o funcionário quer?	1	2	3	4
74. As pessoas acreditam que a melhor maneira de enfrentar as situações de trabalho é aceitar e não confrontar?	1	2	3	4
75. Na hora de desenvolver sua tarefa cada profissional faz como acha melhor?	1	2	3	4
76. O salário que você ganha é compatível com seu desempenho?	1	2	3	4
77. Os funcionários trabalham neste hospital porque foi o único trabalho que conseguiram?	1	2	3	4
78. Os funcionários se sentem sozinhos no trabalho, "cada um por si"?	1	2	3	4
79. Para ter sucesso os funcionários precisam ter boas relações pessoais com os superiores?	1	2	3	4
80. Reuniões só acontecem para resolver problemas?	1	2	3	4
81. A diretoria de enfermagem se preocupa com os funcionários de enfermagem?	1	2	3	4
82. As boas relações pessoais motivam os funcionários a permanecerem neste hospital?	1	2	3	4
83. Os pacientes são bem atendidos independente do salário dos profissionais de enfermagem ?	1	2	3	4
84. Alterações na saúde física e/ou mental dos funcionários estão relacionadas ao trabalho?	1	2	3	4

## ANEXO 4 – ESTATÍSTICA DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO

A tabela abaixo (01) expõe a estatística descritiva de cada questão do questionário, conforme proporção de cada resposta, considerando os questionários válidos. Em negrito, encontram-se as proporções que justificam a análise da resposta como confirmatória ou não confirmatória da situação colocada em avaliação, conforme a escala utilizada no questionário.

As questões com respostas predominantemente 1 e 2 (sempre e geralmente) foram consideradas confirmatórias da ocorrência da situação explicitada na questão, enquanto que as situações avaliadas com respostas predominantemente 3 e 4 (raramente e nunca) foram consideradas com baixa ou nula ocorrência na realidade estudada.

**Tabela 1 – Estatística descritiva das respostas do questionário**

<i>1 – SEMPRE</i>	<i>2 – GERALMENTE, DEPENDENDO DA SITUAÇÃO</i>	<i>3 – RARAMENTE, DEPENDENDO DA SITUAÇÃO</i>	<i>4 – NUNCA</i>			
<i>PERGUNTAS</i>		<b>RESPOSTAS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
5. A proximidade entre local de trabalho e da residência é um dos fatores que mantém os funcionários trabalhando neste hospital?		<b>29%</b>	<b>44%</b>	16%	10%	
6. Os funcionários apresentam alterações emocionais devido ao trabalho?		<b>29%</b>	<b>42%</b>	22%	7%	
7. Os pacientes fazem muitas solicitações aos profissionais de enfermagem?		<b>65%</b>	27%	6%	2%	
8. O salário motiva os funcionários a continuarem trabalhando neste hospital?		5%	7%	22%	<b>66%</b>	
9. O trabalho dividido em tarefas aumenta o controle do supervisor sobre o trabalho de cada um?		<b>33%</b>	<b>27%</b>	27%	13%	
10. Os profissionais fazem brincadeiras e piadas para amenizar a tensão do trabalho?		<b>55%</b>	23%	16%	6%	
11. Os funcionários podem falar abertamente o que pensam sobre o seu trabalho, sem medo?		20%	16%	<b>37%</b>	<b>27%</b>	
12. Os profissionais se sentem ansiosos diante das várias demandas do trabalho?		<b>29%</b>	<b>41%</b>	20%	10%	
13. Há várias pessoas da mesma família trabalhando neste hospital?		<b>73%</b>	11%	2%	14%	
14. Para os funcionários terem sucesso no hospital precisam agir como o hospital deseja?		<b>64%</b>	19%	9%	8%	
15. Os funcionários sentem o ambiente de trabalho como uma família?		<b>29%</b>	<b>26%</b>	28%	17%	
16. O hospital oferece oportunidade de trabalho para quem tem pouca experiência?		<b>69%</b>	20%	6%	5%	
17. Os profissionais de enfermagem são estimulados a trabalhar em equipe?		<b>50%</b>	<b>24%</b>	16%	10%	

<i>1 – SEMPRE</i>	<i>2 – GERALMENTE, DEPENDENDO DA SITUAÇÃO</i>	<i>3 – RARAMENTE, DEPENDENDO DA SITUAÇÃO</i>	<i>4 – NUNCA</i>		
<i>PERGUNTAS</i>		<b>RESPOSTAS</b>			
		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
18. O hospital oferece as condições necessárias para a realização do trabalho de enfermagem da melhor forma possível?		<b>28%</b>	<b>39%</b>	22%	11%
19. Quando os funcionários realizam um bom trabalho eles são reconhecidos?		8%	10%	<b>35%</b>	<b>47%</b>
20. Os funcionários se ausentam do setor para fumar, fora dos horários de intervalo?		<b>47%</b>	<b>16%</b>	23%	14%
21. A fofoca é utilizada pelos funcionários para falar o que não pode ser dito diretamente?		<b>56%</b>	21%	16%	7%
22. A jornada extra de trabalho é uma alternativa para o funcionário não precisar de outro trabalho fora do hospital?		<b>58%</b>	19%	11%	12%
23. A divisão das tarefas (cuidados, medicação) dificulta a realização do trabalho em equipe?		10%	13%	19%	<b>58%</b>
24. Os funcionários têm liberdade para desenvolver seu trabalho como gostariam?		<b>17%</b>	<b>30%</b>	<b>30%</b>	<b>23%</b>
25. Os profissionais de enfermagem fazem jornada extra de trabalho para aumentar a renda?		<b>90%</b>	6%	2%	2%
26. A dedicação ao trabalho é recompensada?		10%	13%	25%	<b>52%</b>
27. Os colegas de trabalho cobram se alguém atrasa para voltar do horário do intervalo?		<b>58%</b>	20%	13%	9%
28. Os funcionários gostam de trabalhar neste hospital?		<b>40%</b>	<b>42%</b>	16%	2%
29. Os funcionários acham importante ter um supervisor que diga o que é certo e errado?		<b>67%</b>	18%	12%	3%
30. Os funcionários seguem às normas, sem questioná-las?		<b>24%</b>	<b>39%</b>	22%	15%
31. Procedimentos de enfermagem precisam ser prescritos pela equipe médica?		<b>54%</b>	16%	13%	17%
32. Quando um funcionário reclama, dizem que há várias pessoas querendo trabalhar no lugar dele?		<b>63%</b>	15%	16%	6%
33. As pessoas têm medo de serem perseguidas se falarem o que pensam do trabalho?		<b>57%</b>	20%	12%	11%
34. Os profissionais não conseguem tratar dos pacientes da maneira como gostariam, devido ao número de pacientes que precisam atender?		<b>62%</b>	24%	9%	5%
35. Ao final do plantão os funcionários se sentem esgotados?		<b>73%</b>	16%	9%	2%
36. Os funcionários participam da elaboração das regras feitas pelo departamento pessoal?		16%	2%	5%	<b>77%</b>
37. Os profissionais seguem a rotina pré-estabelecida no desenvolvimento das tarefas?		<b>58%</b>	30%	9%	3%
38. Os funcionários fazem troca de plantão para descansar?		<b>57%</b>	27%	14%	2%
39. Cada profissional sabe qual tarefa (cuidados, medicação) deve desenvolver sem precisar consultar a escala de tarefas?		<b>77%</b>	16%	5%	2%
40. Quando há alguma situação de trabalho que os funcionários não concordam eles se reúnem e lutam pelo que querem?		8%	18%	23%	<b>51%</b>
41. Advertências ou suspensões são maneiras que o hospital tem de punir os funcionários que não obedecem às regras?		<b>65%</b>	22%	12%	1%
42. Os funcionários tentam prolongar os intervalos, atrasando para retornar ao setor?		19%	22%	<b>41%</b>	<b>18%</b>
43. Os funcionários falam o que pensam sobre o trabalho apenas com os colegas que confiam?		<b>57%</b>	29%	12%	2%

<i>1 – SEMPRE</i>	<i>2 – GERALMENTE, DEPENDENDO DA SITUAÇÃO</i>	<i>3 – RARAMENTE, DEPENDENDO DA SITUAÇÃO</i>	<i>4 – NUNCA</i>			
<i>PERGUNTAS</i>		<b>RESPOSTAS</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
44. Os supervisores atuam como apoio nas situações mais difíceis?		<b>45%</b>	<b>19%</b>	24%	12%	
45. O hospital oferece estrutura adequada para que os funcionários possam usufruir os momentos de intervalo (das refeições, de descanso) no trabalho?		7%	6%	11%	<b>76%</b>	
46. O hospital ajuda financeiramente os funcionários por meio de empréstimos e/ou pagamento de contas a serem descontadas em parcelas mensais?		24%	20%	<b>30%</b>	<b>26%</b>	
47. Os funcionários voltam ao trabalho antes do término do seu horário de intervalo?		17%	21%	<b>37%</b>	<b>25%</b>	
48. Há reunião entre supervisores e funcionários para discutir situações de trabalho?		18%	21%	<b>29%</b>	<b>32%</b>	
49. Os funcionários podem escolher qual tarefa querem desenvolver?		4%	13%	22%	<b>61%</b>	
50. Os funcionários são livres para escolher se querem participar dos treinamentos fora do horário de trabalho, sem ameaças?		8%	12%	6%	<b>74%</b>	
51. As regras de funcionamento do setor são impostas independente da opinião dos funcionários?		<b>47%</b>	<b>25%</b>	11%	17%	
52. Percebem-se alterações no humor e no desempenho dos funcionários que estão em (jornada extra de trabalho)?		<b>57%</b>	23%	14%	6%	
53. A presença do supervisor faz com que os funcionários trabalhem melhor?		24%	24%	<b>29%</b>	<b>23%</b>	
54. Quando algo errado acontece, os funcionários são corrigidos?		<b>53%</b>	31%	14%	2%	
55. Os profissionais faltam por não poderem fazer mais do que uma troca de plantão?		<b>56%</b>	24%	11%	9%	
56. Os profissionais que pedem demissão se arrependem e voltam a trabalhar neste hospital?		<b>31%</b>	<b>22%</b>	<b>39%</b>	8%	
57. A escala 12/36 é suficiente para que os profissionais descansem e voltem dispostos ao trabalho?		<b>36%</b>	<b>23%</b>	14%	27%	
58. Alguns funcionários fazem jornada extra de trabalho mesmo quando não querem, para agradar o supervisor?		13%	14%	<b>26%</b>	<b>47%</b>	
59. Profissionais que não estão com bom desempenho são transferidos de setor?		<b>42%</b>	<b>31%</b>	19%	8%	
60. Alguns funcionários vão trabalhar mesmo quando estão doentes?		<b>47%</b>	<b>30%</b>	17%	6%	
61. O hospital pode demitir o funcionário que ele quiser, a qualquer momento?		<b>58%</b>	21%	12%	9%	
62. As idéias dos funcionários para melhorar o trabalho são consideradas pelos superiores?		20%	20%	<b>29%</b>	<b>30%</b>	
63. Os funcionários fazem jornada extra muitos meses seguidos, sem intervalo?		<b>64%</b>	22%	7%	7%	
64. É necessário realizar as tarefas mais rápido do que o normal para o funcionário conseguir dar conta do trabalho do dia?		<b>58%</b>	30%	8%	4%	
65. O seu trabalho é repetitivo?		<b>54%</b>	25%	14%	7%	
66. Os supervisores determinam quem irá fazer a jornada extra conforme seus próprios critérios?		<b>54%</b>	23%	14%	9%	
67. Os supervisores confiam no trabalho dos seus funcionários?		<b>46%</b>	<b>40%</b>	12%	2%	
68. Todos são tratados de igual maneira pelos supervisores?		<b>31%</b>	<b>22%</b>	<b>23%</b>	<b>24%</b>	

<i>1 – SEMPRE</i>	<i>2 – GERALMENTE, DEPENDENDO DA SITUAÇÃO</i>	<i>3 – RARAMENTE, DEPENDENDO DA SITUAÇÃO</i>	<i>4 – NUNCA</i>		
<i>PERGUNTAS</i>		<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>
69. Os funcionários respondem questionários como este conforme a organização quer e não conforme sua própria opinião?		20%	15%	12%	<b>53%</b>
70. Os treinamentos possibilitam a integração dos funcionários?		<b>33%</b>	<b>30%</b>	18%	19%
71. A escala 12/36 adotada por este hospital dificulta o trabalho em paralelo em outro hospital?		<b>33%</b>	<b>23%</b>	<b>20%</b>	<b>24%</b>
72. A jornada extra significa vantagem tanto para os funcionários quanto para o hospital?		<b>44%</b>	24%	23%	9%
73. Há possibilidade de fazer jornada extra quando o funcionário quer?		16%	25%	<b>25%</b>	<b>34%</b>
74. As pessoas acreditam que a melhor maneira de enfrentar as situações de trabalho é aceitar e não confrontar?		<b>50%</b>	<b>31%</b>	11%	8%
75. Na hora de desenvolver sua tarefa cada profissional faz como acha melhor?		<b>22%</b>	<b>34%</b>	<b>24%</b>	<b>20%</b>
76. O salário que você ganha é compatível com seu desempenho?		3%	6%	13%	<b>78%</b>
77. Os funcionários trabalham neste hospital porque foi o único trabalho que conseguiram?		<b>15%</b>	<b>34%</b>	<b>28%</b>	<b>23%</b>
78. Os funcionários se sentem sozinhos no trabalho, “cada um por si”?		<b>22%</b>	<b>23%</b>	<b>32%</b>	<b>23%</b>
79. Para ter sucesso os funcionários precisam ter boas relações pessoais com os superiores?		<b>59%</b>	21%	12%	8%
80. Reuniões só acontecem para resolver problemas?		<b>56%</b>	20%	13%	12%
81. A diretoria de enfermagem se preocupa com os funcionários de enfermagem?		13%	16%	<b>25%</b>	<b>46%</b>
82. Boas relações pessoais é um dos fatores que motiva os funcionários a permanecerem neste hospital?		<b>41%</b>	<b>27%</b>	19%	13%
83. Os pacientes são bem atendidos independente do salário dos profissionais de enfermagem ?		<b>72%</b>	<b>22%</b>	2%	4%
84. Alterações na saúde física e/ou mental dos funcionários estão relacionadas ao trabalho?		<b>54%</b>	<b>28%</b>	12%	6%

## ANEXO 5 - AS ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987 (Fonte: COFEN)

“**Art. 8º - Ao enfermeiro incumbe:**

### **I - privativamente:**

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços da assistência de Enfermagem;
- d) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- e) consulta de Enfermagem;
- f) prescrição da assistência de Enfermagem;
- g) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- h) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos científicos adequados e capacidade de tomar decisões imediatas;

### **II - como integrante da equipe de saúde:**

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar, inclusive como membro das respectivas comissões;
- f) participação na elaboração de medidas de prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados aos pacientes durante a assistência de Enfermagem;
- g) participação na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral e nos programas de vigilância epidemiológica;
- h) prestação de assistência de enfermagem à gestante, parturiente, puérpera e ao recém-nascido;
- i) participação nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles prioritários e de alto risco;
- j) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- l) execução e assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distocia;
- m) participação em programas e atividades de educação sanitária, visando à melhoria de saúde do indivíduo, da família e da população em geral;
- n) participação nos programas de treinamento e aprimoramento de pessoal de saúde, particularmente nos programas de educação continuada;
- o) participação nos programas de higiene e segurança do trabalho e de prevenção de acidentes e de doenças profissionais e do trabalho;
- p) participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde;
- q) participação no desenvolvimento de tecnologia apropriada à assistência de saúde;
- r) participação em bancas examinadoras, em matérias específicas de Enfermagem, nos concursos para provimento de cargo ou contratação de Enfermeiro ou pessoal Técnico e Auxiliar de Enfermagem. (...)

**Art. 10 - O Técnico de Enfermagem exerce as atividades auxiliares, de nível médio técnico, atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:**

**I - assistir ao Enfermeiro:**

- a) no planejamento, programação, orientação e supervisão das atividades de assistência de Enfermagem;
- b) na prestação de cuidados diretos de Enfermagem a pacientes em estado grave;
- c) na prevenção e controle das doenças transmissíveis em geral em programas de vigilância epidemiológica;
- d) na prevenção e controle sistemático da infecção hospitalar;
- e) na prevenção e controle sistemático de danos físicos que possam ser causados a pacientes durante a assistência de saúde;
- f) na execução dos programas referidos nas letras "i" e "o" do item II do Art. 8º.

II - executar atividades de assistência de Enfermagem, excetuadas as privativas do Enfermeiro e as referidas no Art. 9º deste Decreto;

III - integrar a equipe de saúde.

**Art. 11 - O Auxiliar de Enfermagem executa as atividades auxiliares, de nível médio atribuídas à equipe de Enfermagem, cabendo-lhe:**

I - preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;

II - observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;

III - executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de Enfermagem, tais como:

- a) administrar medicamentos por via oral e parenteral;
- b) realizar controle hídrico;
- c) fazer curativos;
- d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio;
- e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
- f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- g) realizar testes e proceder a sua leitura, para subsídio de diagnóstico;
- h) colher material para exames laboratoriais;
- i) prestar cuidados de Enfermagem pré e pós-operatórios;
- j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
- l) executar atividades de desinfecção e esterilização;

**IV - prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:**

- a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
- b) zelar pela limpeza e ordem do material, de equipamentos e de dependência de unidades de saúde;

V - integrar a equipe de saúde;

VI - participar de atividades de educação em saúde, inclusive:

- a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de Enfermagem e médicas;
- b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde;

VII - executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes;

VIII - participar dos procedimentos pós-morte.”



## ANEXO 6 - ROTEIRO DAS ENTREVISTAS SEMI-ESTRUTURADAS

Identificação:

nome, setor, cargo, formação, tempo de trabalho, história dentro do hospital

1. Qual a sua opinião em relação à divisão das tarefas?
2. Os funcionários têm liberdade de trocar de tarefa ou organizar o seu próprio trabalho?
3. Você executa tarefas que exigem a utilização da criatividade, da iniciativa e de habilidades mentais (raciocínio, memória)?
4. O que você pensa sobre a dependência da prática de enfermagem em relação à equipe médica?
5. Qual a função dos supervisores no ambiente de trabalho?
6. Como os trabalhadores se sentem no ambiente de trabalho?
7. Como você se sente ao final de um dia de trabalho?
8. O que motiva os profissionais para a realização da jornada extra de trabalho?
9. Por que existe a jornada extra de trabalho neste hospital?
10. Os profissionais apresentam alterações físicas ou emocionais em decorrência do trabalho e/ou da jornada extra de trabalho?
11. Você se sente reconhecido no seu trabalho?
12. O salário que você recebe é recompensador?
13. Como você avalia os descontos no salário?
14. O que acontece quando um funcionário desobedece alguma norma?
15. Em que situações os funcionários levam advertência ou suspensão?
16. O que significa para você levar advertência ou suspensão?
17. Como são as condições e o ritmo de trabalho?
18. As pessoas podem falar o que pensam sobre o trabalho?
19. O que acontece com os funcionários que fazem algum tipo de reivindicação ou reclamação?
20. O que você acha do hospital oferecer trabalho para quem tem pouca experiência?

21. O que faz os funcionários faltarem ao trabalho?
22. O que faz alguns funcionários comparecerem ao trabalho mesmo doentes?
23. Em que situações os funcionários trocam de plantão?
24. Como é a relação entre os supervisores e os funcionários? E entre os funcionários e a diretoria de enfermagem? E entre a diretoria de enfermagem e os supervisores?
25. Os funcionários participam da elaboração das regras ou da organização do processo de trabalho?
26. Como os funcionários se relacionam com as normas e as regras?
27. O que os funcionários fazem quando não concordam com as normas e as regras?
28. O que faz os trabalhadores permanecerem trabalhando neste hospital?
29. Você gosta de trabalhar neste hospital?
30. Você se sente realizado no seu trabalho?
31. Se o hospital fosse uma pessoa, que tipo de pessoa seria?