



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cecilia@claves.fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

de Medeiros, Soraya Maria; Melo Rocha, Semíramis Melani
Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em
Natal
Ciência & Saúde Coletiva, vol. 9, núm. 2, abril-junio, 2004, pp. 399-409
Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63042999016>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Considerações sobre a terceira revolução industrial e a força de trabalho em saúde em Natal *

Considerations on the third industrial revolution and the health work force in Natal

Soraya Maria de Medeiros ¹
Semíramis Melani Melo Rocha ²

Abstract *The articulation among production mode, social politics and health practices is established as conducting wire of our inquiry press cutting: the work and the workers in health. The Third Industrial Revolution unchained new articulations with the economical, political and social processes in world-wide ratios, the society projects, forms of organization, power and the social actors. This conformation defined by the new world-wide work division keeps a relation of unequal force between developed countries group and developing countries. Brazil lives this transformation process and has been implanting social politics with the neoliberal model characteristics. Such politics have been motivating difficulties, injustices and social instability, constituting challenges to the question of the social rights and unchaining processes that involve the public and the private of the Brazilian citizens, in their objectiveness and subjectiveness, studied here, a press cutting of periphery of the delayed capitalism, which has Brazil as example, and more specifically the Northeast region, that is also underdeveloped in the modern world productive forces viewpoint.*

Key words *Third Industrial Revolution, Work, Health*

Resumo *A articulação entre modo de produção, políticas sociais e práticas de saúde constitui-se o fio condutor desta investigação: trabalho e trabalhadores em saúde. A Terceira Revolução Industrial desencadeou novas articulações de processos econômicos, políticos e sociais, projetos de sociedade, formas de organização de poder e de atores sociais em proporções mundiais. A conformação definida pela nova divisão mundial do trabalho mantém uma relação de força desigual entre o grupo dos países desenvolvidos e em desenvolvimento. O Brasil também vivencia esse processo de transformação e vem implantando políticas sociais com características do modelo neoliberal. Tais políticas têm causado dificuldades, injustiças e instabilidade social, constituindo desafios aos direitos sociais e desencadeando processos que envolvem os âmbitos público e o privado, em termos organizativos e de subjetividade. Este estudo trata de um recorte de periferia do capitalismo tardio, tendo o Brasil como exemplo, e mais especificamente a região Nordeste.*

Palavras-chave *Terceira Revolução Industrial, Trabalho, Saúde*

* Produção extraída da tese apresentada ao Programa de Doutorado Interunidades das Escolas de Enfermagem de Ribeirão Preto e São Paulo, da USP, para obtenção do título de doutor, na linha de pesquisa Trabalho.

¹ Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Centro de Ciências da Saúde. Av. Nilo Peçanha, 690 Petrópolis.

59012-300 Natal RN. sorayamaria@diggi.com.br

² Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo – EERP/USP.

Introdução

No mundo do trabalho, a Terceira Revolução Industrial, sobretudo a globalização, traz como um dos seus desdobramentos mais visíveis as novas tecnologias, o desemprego e as novas formas de organização do trabalho. As propostas neoliberais têm produzido efeitos deletérios no mercado de trabalho, tendo como um dos maiores problemas o aumento do desemprego dos setores produtivos, com os trabalhadores sendo expulsos do mercado de trabalho.

O espectro do desemprego e suas consequências trazem implicações sociais, políticas e culturais, com ressonância no modelo econômico, na estrutura da sociedade, nas relações de produção, nas subjetividades e intersubjetividades e na produção da vida cotidiana, provocando insegurança, intranquilidade e mudando as relações de poder.

A Terceira Revolução Industrial imprime a marca da exclusão, na qual a força de trabalho é dicotomizada em trabalhadores centrais e periféricos, desempregados e excluídos, dividindo também a parcela de apreensão do conhecimento e a utilização de tecnologias, gerando relações desiguais de poder pelo saber e pelo controle econômico, colocando no topo da escala os empregados das grandes empresas, seguidos dos trabalhadores do setor informal, cujo trabalho é precário e parcial. No extremo inferior da escala estão os desempregados, muitos dos quais não mais conseguirão voltar ao mercado de trabalho, por constituírem a classe de desempregados vítimas do denominado “desemprego estrutural” (Joffily, 1994). A condição de desempregado ou a ameaça do desemprego vem provocando estresse, angústia, depressão, baixa auto-estima, agressividade, constituindo-se como uma das causas do aumento da violência na sociedade.

Para Singer (1999) o crescimento do desemprego no mundo globalizado é a ponta de um *iceberg* muito maior que é a deteriorização das relações de trabalho, que por sua vez gera a exclusão social. A exclusão como regra e a ética da individualidade são princípios consentidos pela lógica neoliberal. Nesse contexto, lutar pela inclusão de parcela significativa da população ao acesso às políticas sociais constitui, hoje, um desafio para os movimentos civis organizados e para os profissionais da área da saúde especificamente, utilizando como estratégia de mudança a postura ética e compromisso social com os direitos à saúde, contrapondo, portan-

to, à ética do individualismo, a ética da solidariedade.

Resumindo, a Terceira Revolução Industrial constitui um processo difuso que repercute na dimensão cultural; o chamado pós-modernismo, influencia a arte e os costumes. No que diz respeito à política e à economia gerou o chamado neoliberalismo e a era da globalização. Essa transformação no modo de produção ocorre simultaneamente na organização do Estado e no processo de trabalho nos setores: primário (agropecuária, extração de minérios), secundário (indústria, pesquisa, informática) e terciário (serviços), sendo este último o âmbito do setor saúde.

A força de trabalho em saúde na nova ordem do mundo do trabalho

A saúde encontra-se inserida no setor terciário de trabalho e, constituindo um processo de trabalho, tem um processo de produção, suas relações sociais de trabalho, seus meios e instrumentos. Uma das questões que se pode focalizar na dinâmica do processo de trabalho em saúde, como vem sendo tratado nesse estudo, é a Força de Trabalho em Saúde (FTS).

Nogueira (1986) considera que existem duas formas distintas de abordar a questão dos profissionais empregados no setor saúde: como força de trabalho e como recursos humanos. Embora as duas concepções estejam aparentemente próximas, existem distinções consideráveis em suas aplicações. Força de trabalho é o termo consagrado pela economia política, ligado particularmente à escola clássica dos economistas Smith, Ricardo e Marx. A expressão “recursos humanos”, em contrapartida, é advinda da ciência da administração e se subordina à ótica de quem exerce algum tipo de função gerencial ou de planejamento, seja no âmbito microinstitucional (órgão público ou empresa privada) ou no macroinstitucional (por exemplo, planejamento estratégico nacional). O conceito de recurso humano é usado, portanto, com o propósito explícito de intervir numa situação para produzir e aprimorar, ou ainda para administrar esse recurso específico, que é a capacidade de trabalho das pessoas. Força de trabalho é uma expressão que, ao ser utilizada, nos remete às seguintes questões: produção, emprego/desemprego, renda, divisão de trabalho, setor de emprego, assalariamento, entre outros.

Então, há duas formas de abordar uma mesma realidade: uma a descreve e a interpreta teoricamente à luz do referencial da economia política; a outra tem por objetivo submetê-la a uma ação gerencial (Nogueira, 1983). No presente estudo, adotamos a primeira definição, por escolhermos uma perspectiva de desvelamento das políticas/práticas de saúde.

Segundo Barros *et al.* (1991), os problemas que conformam o cenário atual da força de trabalho em saúde no Brasil não são recentes nem resultam apenas das determinações intrínsecas ao setor. Esses problemas têm raízes na estrutura socioeconômica e política do país, pela adoção de políticas setoriais que privilegiam a dicotomia histórica entre ações curativas individuais e coletivas de saúde pública, a discriminação da oferta de serviços à população em função da sua importância financeira para o setor econômico, a progressiva simplificação de procedimentos nos serviços básicos de saúde, assim como a progressiva diminuição percentual dos recursos financeiros para o setor saúde. Desta forma, o setor privado de saúde se expande, principalmente nos centros urbanos das regiões Sul/Sudeste, absorvendo tecnologia e oferecendo serviços especializados, destinados à clientela que pode custeá-los, uma minoria no país; em contrapartida, o setor público responsável pelo atendimento da parcela maior e mais empobrecida da população, gradativamente enfrenta maior limitação técnico-financeira.

Barros *et al.* (1991) consideram que os problemas enfrentados pela força de trabalho em saúde são: heteronomia salarial; jornada de trabalho diferenciada e desigual; critérios arbitrários para ascensão funcional; ausência de Plano de Cargos, Carreira e Salários (PCCS); falta de avaliação de desempenho ou avaliações realizadas sem critérios explícitos; ausência de diretrizes e princípios técnico-institucionais no processo de contratação por clientelismo; baixos salários; ausência de uma política de educação continuada; polarização nas categorias majoritárias de médicos e pessoal sem formação específica (atendentes, agentes de saúde e similares); sobrecarga de trabalho para alguns profissionais ou ocupacionais, com processo simultâneo de subutilização de outros trabalhadores; excesso de profissionais e/ou ocupacionais na totalidade dos dados quantitativos da força de trabalho, porém, com deficiência em setores básicos e essenciais.

Vale ressaltar que a condição dos trabalhadores em saúde se insere em estruturas concre-

tas de sociedades, no caso da brasileira, agravadas pelo contexto de crise econômica e política, resultando em adoção de medidas de ajuste e cortes financeiros nas políticas sociais, como educação, segurança, transporte, moradia e trabalho, entre outras. Dificultando, ao cidadão individualmente e à população em seu conjunto, a garantia de infra-estrutura básica para sua saúde e educação, prevista na Constituição Brasileira e na Lei Orgânica de Saúde (LOS) n. 8.080/90 (Brasil, 1990).

Considerando-se o percurso histórico transcorrido desde a análise de Barros *et al.* (1991) até o momento, constatamos que a realidade analisada por aquelas autoras continua atual, com o agravante da fragilização dos vínculos empregatícios e a utilização da estratégia de multiemprego por parte da força de trabalho.

O mercado de trabalho dos profissionais de saúde, particularmente nos anos 80, demonstra que a criação de postos de trabalho nos estabelecimentos do setor foram maiores que o incremento da oferta da força de trabalho. Entre 1976 e 1980, a População Economicamente Ativa (PEA) expandiu-se a 4,1% ao ano, período no qual o emprego no setor saúde cresceu 8,6% ao ano, mantendo-se a mesma tendência na primeira metade da década de 1980. Desta forma, a PEA cresceu 3,88% e o emprego no setor expandiu-se a 6,6% ao ano. Considerando-se que esse período correspondeu, no Brasil, a uma grande crise econômica com conseqüente escassez de oferta de trabalho em saúde, pelos dados citados, apresentou-se uma dinâmica razoável de oferta de postos de trabalho.

Vale ressaltar que desse crescimento de postos de trabalho no setor saúde, quase dois terços, segundo Girardi (1990), podem ser traduzidos em empregos com exigência de escolaridade elementar e intermediária, sendo, portanto, de baixa remuneração. Por isso, costuma-se dizer que o setor saúde tem se constituído em importante pólo de geração de postos de trabalho desqualificado e sub-remunerado, absorvendo a força de trabalho não incorporada em setores econômicos mais produtivos. Para os profissionais de nível superior ou em formação universitária, a oferta de empregos também tem crescido mais que a procura por parte dessa força de trabalho. Entre 1980 e 1984, foram gerados, somente nos estabelecimentos de saúde, aproximadamente 50 mil empregos médicos: 48.061 oferta de empregos para 33.227 egressos das escolas de medicina, numa relação de 1,5 empregos para cada profissional, aproximadamente (Girardi, 1990).

As formas de organização sindical e cooperativas dos trabalhadores de saúde têm se caracterizado, segundo Girardi (1990), pela heterogeneidade estrutural. De um lado vem crescendo a presença das formas assalariadas e as formas de organização coletiva típicas do trabalho; do outro lado, tem-se a presença de representações profissionais corporativas, organizando demandas, defendendo privilégios exclusivos, emprego, salários e condições de trabalho. Essa heterogeneidade, através das correlações de forças, vem conformando uma tendência à hegemonia progressiva da forma assalariada, que deverá fortalecer e legitimar as formas de coexistência das organizações mais corporativas, posto que as formas assalariadas buscam formas de representações típicas do trabalho na dinâmica social, como o recurso da greve. As organizações corporativas não típicas do trabalho, principalmente médicos e dentistas, pela oportunidade que têm do exercício autônomo ou sob outras formas, como mistas, combinadas ou cooperadas, também vêm organizando demandas, porém, em defesa do privilégio do exercício exclusivo, entre outros interesses corporativos com tendência ao crescimento e fortalecimento. No aspecto do vínculo empregatício, consideramos que no contexto do mercado de trabalho atual, vem ocorrendo fragilização desses vínculos e a não garantia sequer da forma de assalariamento. Somando-se a isso o enfraquecimento das entidades sindicais, pelo esvaziamento e falta de poder na garantia de seus direitos trabalhistas.

Machado (1996) analisa as profissões na área de saúde em relação à organização dos serviços de saúde no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS), no momento atual. Para a autora, a sociedade contemporânea é uma sociedade alicerçada no trabalho profissional, portanto, é uma sociedade profissionalizada. Define o significado de profissão como sendo um ofício em que os indivíduos praticam uma atividade em tempo integral e no qual existe uma estrutura organizativa corporativa, com componente vocacional, código de ética, saber específico com orientação para serviço e alto grau de autonomia no trabalho.

No entanto, somando-se aos problemas gerados pela estrutura organizacional do SUS, há também as situações trazidas pelo avanço tecnológico na saúde, posto que qualquer inovação tecnológica implica mudanças, tanto na estrutura do conhecimento como na prática da atividade profissional. Embora saibamos que

estes avanços tecnológicos são de difícil acesso para a maioria dos usuários.

No dizer de Machado (1996), com a especialização na medicina hoje, pela absorção de inovações tecnológicas, ocorre um fenômeno chamado de tribalização da profissão médica, já que cada especialidade se constitui em um grupo fechado, competitivo, com linguagem própria. Essas “tribos” têm uma situação de autonomia relativa na produção do conhecimento, prática profissional e mercado de trabalho. Ressalta porém que vêm surgindo profissões ou reorganizando-se novos campos de atuação emergentes como odontologia, fisioterapia, nutrição, psicologia, terapia ocupacional, entre outras, que, por sua vez, geram disputas com a medicina, até então, a profissão hegemônica. Em consonância com a emergência desse fenômeno, os usuários dos serviços se ajustam a essa nova realidade, seguindo o mesmo padrão de exigência tecnológica, organizando-se em pequenas tribos: aidéticos, crônicos renais, safenados, entre outros.

A capitalização progressiva do setor saúde segue a lógica do avanço tecnológico na versão final de século, quando a assistência médica tem se transformado em uma medicina empresarial, visando a lucros e legitimidade social.

Para Machado (1996), essa nova modalidade prestadora de serviços de saúde tem uma dimensão de burocratização do processo de trabalho em saúde. O SUS tenta se adequar a essa nova realidade, posto que precisa se impor no mercado competitivo. Na dinâmica da internacionalização do saber no campo da saúde com as facilidades de comunicação da microeletrônica e a adoção de tecnologia avançada, ocorre simultaneamente uma internacionalização da prática da prestação de serviços de saúde.

Nesse contexto, Machado (1996) chama a atenção para o fenômeno da cooperatização de alguns serviços de saúde. Esse fenômeno surgiu nos anos 90 e tem sido um mecanismo cooperativo utilizado de forma eficiente, sob o ponto de vista político, por essa categoria em defesa dos seus interesses privados. Machado (1996) assinala que esses sindicatos e corporatizações dos profissionais de saúde (*white-collar*s) muitas vezes assumem posições radicais, verdadeiras *cartelizações* dos serviços médicos, desconhecendo que os trabalhadores e os serviços de saúde são um bem público.

Segundo Pires (1996), a partir dos anos 80 ocorre a utilização de novas tecnologias de base microeletrônica no setor saúde, tendo se in-

tensificado nos anos 90. Para essa autora, a incorporação de tecnologia cada vez mais avançada no âmbito da saúde ocorre de forma desigual, pela aquisição das mesmas por instituições públicas e privadas de médio e grande porte, consideradas referência tecnológica de última geração no setor saúde. Somando-se à forma desigual de incorporação de tecnologia avançada, remetemo-nos ao objeto do nosso estudo – a força de trabalho – para pontuar que o uso dessa tecnologia vem exigir um perfil mais qualificado da FTS, para o manuseio dos equipamentos, compreensão e execução da totalidade do trabalho desenvolvido, com mais criatividade, objetividade e racionalidade na relação espaço/tempo.

Chamamos a atenção para o que consideramos uma das questões de fundo do nosso estudo: a maior qualificação dessa FTS tem em seus desdobramentos o aprofundamento da cisão entre os trabalhadores. De um lado, os trabalhadores qualificados, aqueles que atuam na assistência direta, nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, na gerência e na produção de tecnologia. E, do outro lado, os trabalhadores terceirizados e em situações de vínculo empregatício precário. Consideramos esta dimensão do mundo do trabalho no setor saúde semelhante ao processo de transformações do mundo do trabalho em geral. Essa cisão traz em seu encaixe o agravamento da desigualdade e injustiça sociais.

Modo de produção e suas relações com a Força de Trabalho em Saúde

O processo de trabalho, segundo Mendes-Gonçalves (1992), não se constitui apenas em dispêndio de energia, mas é, em essência, a forma caracteristicamente humana de sociabilidade e de construção histórica, nas quais as determinações do passado e as possibilidades do futuro estão presentes na tecnologia em cada momento desse processo. O mesmo desenvolve-se em um determinado modo de produção em sociedades concretas. No modo de produção capitalista de corte neoliberal, o processo de trabalho em geral e, especificamente, do setor saúde desenvolve-se nesse contexto macroestrutural.

Consideramos oportuno aqui abordar as raízes histórico-sociais dos problemas da FTS, relacionadas ao modo de produção.

Segundo Nogueira (1987), o termo neoliberal pode ser usado em relação à organização

da pequena produção de serviços de saúde, em um consultório médico, pois sendo capitalismo monopolista, não pode mais ser considerado classicamente liberal. Então, este pequeno produtor é tão somente um pequeno empresário que emprega outros funcionários, que vai demandar capital para seus investimentos e que contrata e compra serviços de outras empresas. Assim sendo, o neoliberalismo refere-se ao momento da produção dos serviços de saúde, embora a denominação “neoliberais” tenha sido estendida à parcela do movimento médico, que tem como bandeira a defesa desta forma de organização dos serviços de saúde. Estes foram definidos neoliberais, porque tinham um projeto conservador de reforma da assistência de saúde, que privilegiava o pequeno produtor autônomo de serviços de saúde, assim como, uma prática ancorada centralmente na defesa dos interesses desta fração da categoria.

Simultaneamente ao processo de organização dessa parcela da categoria médica de tendência neoliberal, outros segmentos faziam o movimento inverso, com uma perspectiva e projeto político voltados para a sociedade, para os trabalhadores e serviços de saúde, referindo-se à questão da cidadania e justiça social. Os envolvidos nesse projeto eram sanitaristas, professores do departamento de medicina social de escolas de medicina, que, se articulando com associações e entidades da sociedade civil e com uma parcela de funcionários dos serviços de saúde, fundam revistas, jornais, e promovem conferências, simpósios, entre outros. A Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) são instâncias de aglutinação e veiculação dessas lutas que tiveram papel decisivo no embate político em todo o movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Estes iam constituindo-se como intelectuais orgânicos e legítimos interlocutores face ao Estado, na barganha das políticas públicas e, particularmente, nas políticas de saúde. Nesse contexto consideramos pertinente abordar o movimento sanitário brasileiro, situando o contexto histórico/social em que ele foi constituído e denominado de Reforma Sanitária, relacionando-o com as políticas sociais correspondentes aos períodos políticos da sociedade brasileira, durante a crise do regime militar, a transição e a redemocratização do país.

A Reforma Sanitária teve como proposta a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), baseado nos princípios de universalidade, inte-

gralidade, equidade, descentralização e participação social. Até chegarmos a essa proposta de sistema único, ancorado em princípios que têm um cunho eminentemente participativo e democrático, houve um longo caminho de lutas e conquistas, avanços e retrocessos.

O regime militar, no Brasil, entra em crise a partir de meados dos anos 70. Mudanças começavam a ocorrer e a repressão militar já não conseguia desarticular as tentativas de oposição ao regime. Os movimentos sociais e populares que levantavam a bandeira da redemocratização do país ganhavam maior visibilidade e força social.

Nos anos 80, o embate político de interlocução da sociedade com o Estado que emerge desses confrontos origina o processo de transição democrática, no qual o governo militar, na busca de legitimação, acena com a proposta de atender às reivindicações dos movimentos sociais, fazendo concessões, reformas políticas, mais especificamente nas áreas sociais, com impacto e repercussão a curto e médio prazos. A municipalização da administração, em geral, e da saúde, em particular, constituiu-se em um processo de transformação político-organizacional cujo objetivo central era promover a descentralização dos serviços de saúde, dentro da proposta do SUS. A descentralização, um dos instrumentos de democratização, para se desenvolver necessitou de um cenário político de relações democráticas que contou com a participação da sociedade civil organizada, pois a concepção que a orienta é a gestão democrática com redistribuição de poder, competência e recursos em cada município. Portanto, a implantação do SUS foi vista como um aspecto interno do processo político de construção da democracia brasileira, naquele momento histórico e, como tal, abriu precedentes para a participação social e possibilitou alguns avanços no cenário sociopolítico.

Com a aprovação das leis orgânicas da Seguridade Social e da Saúde, em 1990, esperava-se produzir uma política social integrada, com financiamento adequado e regular para o SUS e, também, uma profunda redefinição de papéis e estratégias de atuação das três esferas de governo, no âmbito das ações e serviços de saúde. Desta forma, seria promovida uma crescente descentralização para os Estados e municípios e, conseqüentemente, um positivo enxugamento da máquina federal. A descentralização significava transferência de poder dos níveis centrais de governo para os mais perifé-

cos, gerando, assim, autonomia de gestão para os níveis periféricos, em detrimento do poder centralizado e burocratizado.

A integralidade é o princípio doutrinário central do SUS, pois se constitui na indissociabilidade entre prevenção e atenção curativa. Constatase, no entanto, que o SUS vem se afastando desse princípio, mostrando tendência à regressão, pois podemos constatar que a prioridade orçamentária federal está voltada para assistência médico-hospitalar, em detrimento de ações de promoção e proteção da saúde. Segundo a proposta de reforma do Ministério da Administração e Reforma do Estado (Mare), esses dois tipos de ação estão separados logisticamente (Campos, 1997).

No entanto, as transformações do modo de produção capitalista neoliberal, somadas ao avanço da ciência e tecnologia em saúde assim como a reorientação do paradigma no *processo-saúde-doença-cuidado*, têm repercussão no setor saúde. Uma das mudanças significativas vem sendo a redução do uso de hospitais, como instituição que centraliza a aplicação das tecnologias visando à recuperação da saúde, com maior utilização dos serviços ambulatoriais, pelos doentes crônicos.

Segundo Oguisso (2000), em futuro muito próximo estarão sendo transferidos para as residências tanto os doentes crônicos, como determinados tipos de casos agudos, como já vem ocorrendo em todo o continente europeu, tanto por opção, pelos benefícios terapêuticos comprovados em pesquisas, como por economia de recursos. Os avanços tecnológicos atuais possibilitam a realização de procedimentos complementares fora do hospital (transfusões sanguíneas e quimioterapia em domicílio), com acompanhamento feito por enfermeiro. Desta forma, equipamentos tecnológicos, que podem ser alugados pelo tempo necessário de sua utilização, estão sendo produzidos adaptando-se a sua utilização também em ambientes domiciliares.

Consideramos que o processo de saúde é parte do processo de produção dos bens materiais e simbólicos em cada sociedade. Desta forma, ao analisarmos as repercussões desses processos, optamos pelo exercício de superação da aparência imediata dos fenômenos e buscamos o seu desvelamento. No caso específico do nosso estudo, procuramos entender as contradições internas entre os interesses dos trabalhadores do setor saúde, os serviços e instituições deste setor e a sociedade em sua totalidade, assim como os indícios de mudanças na

FTS e o impacto nas suas condições de trabalho, particularmente sobre a égide das novas formas de organização do trabalho, como a flexibilização do mercado, na realidade da cidade de Natal (RN), no Nordeste brasileiro.

Portanto, não basta para nós que a ciência e a tecnologia acenem com a possibilidade de formas mais ágeis e eficazes de terapêutica e cuidados de saúde, para afirmarmos correspondente mudança nas condições de trabalho da FTS. Antes precisamos olhar com atenção em que condições são realizados estes trabalhos do ponto de vista da segurança no trabalho, da saúde e risco do trabalhador.

A desconstrução de conceitos como elaboração de pressupostos

Consideramos ser pertinente trabalhar a questão da força de trabalho no âmbito do processo de trabalho em saúde sob a ótica da Terceira Revolução Industrial, com o recorte de periferia do capitalismo tardio, que tem o Brasil como exemplo, e mais especificamente a região Nordeste, que também é subdesenvolvida do ponto de vista das forças produtivas do mundo moderno.

Então, considerando que a orientação política neoliberal prevê o Estado Mínimo e, conseqüentemente, o corte de recursos para as políticas públicas e sociais, perguntamos: como a região Nordeste poderá sair de uma situação de exclusão social, segregação, marginalização dos processos produtivos e atrasos tecnológicos? Quais as alternativas possíveis para sair dessa situação, já que não aceitamos a inexorabilidade dos fatos de maneira conformista? Como vêm ocorrendo as transformações no setor saúde e na dinâmica das relações sociais de trabalho na rede pública de serviços em Natal (RN)? A flexibilização da força de trabalho já é uma realidade instituída? Qual a lógica que orienta a organização dos serviços de saúde e a disposição da sua força de trabalho? Como o mercado de trabalho em saúde movimenta-se nessa dialética? Quais as tensões existentes que dão conta dos confrontos antagônicos entre capital e trabalho? E os interesses dos atores sociais nas micro e macrorrelações? E quais as novas tecnologias introduzidas no setor saúde em Natal (RN)? Na tentativa de entendermos e buscarmos respostas para essas perguntas, sabemos que, certamente, não as encontraremos em apenas um estudo. Entretanto, procuramos

aqui levantar questões que servirão para outras investigações.

O processo de trabalho em saúde como processo articulado às demais práticas em cada momento histórico, em cuja práxis se constrói dinamicamente, deve contemplar as necessidades sociais do coletivo em sua totalidade e singularidade, superando a concepção de assistência natural e universal, ideologicamente preconizada.

Há também, a necessidade de investigarmos as possibilidades e limites da Terceira Revolução Industrial, como potencialização de desenvolvimento das forças produtivas, materiais e simbólicas, da tecnologia e das relações sociais. É necessário, ainda, analisarmos o seu impacto, particularmente, no que diz respeito à divisão e apropriação da riqueza, produzida coletivamente por uma minoria que detém o controle econômico e tecnológico, agora não mais de um país, mas do mundo em escala globalizada. Há que se ampliar a discussão das repercussões da Terceira Revolução Industrial no trabalho em saúde, principalmente no que diz respeito à análise das avaliações do impacto e das tendências dos modelos de intervenções em saúde, suas formas de inserção e de conformação no processo da produção do trabalho e na construção coletiva da cultura.

Segundo Minayo (1997), faz-se necessário perceber essas mudanças que afetam o campo das políticas públicas e do trabalho no mundo atual, inclusive na sua conotação positiva e propositiva, partindo da premissa de que o fenômeno que está posto, embora confuso e mal delineado, não pode ser apenas repellido e demonizado, mas ao contrário, exige uma prática de desvelamento.

A realidade da saúde em geral, cujo mercado de trabalho tem propiciado a expansão do multiemprego, como forma de compensar as perdas salariais, tornando o trabalho polivalente, desgastante, intenso e estressante, é característica das mudanças tecnológicas ocorridas com a Terceira Revolução Industrial. O setor saúde, na busca de qualidade, incorpora um novo instrumental no processo de diagnóstico e terapêutica, introduzindo, assim, tecnologias referentes à informática, à biotecnologia, às máquinas de comando numérico computadorizado e sistemas integrados.

Há, portanto, uma necessidade de enfrentamento das inovações e diversificações tecnológicas adotadas pelo mundo do trabalho globalizado, que por sua vez definem um novo pa-

drão de produtividade de bens e serviços, provocando mudanças nas relações de trabalho e na organização produtiva. Assim, a morbidade da população sofre o impacto dessas mudanças, e estas, por sua vez, determinam demandas profissionais, bem como a elaboração de novas propostas assistenciais e paradigmas técnico-científicos.

Concordamos com Ianni (1998), quando questiona o “fim da geografia”, o “fim da história” ou a “inexorabilidade” da nova ordem mundial, uma vez que, dialeticamente, a “inexorabilidade” do global traz consigo, *inexoravelmente*, a multiplicidade das diversidades que tendem à convergência global. Sobre esse aspecto, o autor cita o exemplo da hegemonia do idioma inglês, que não significa, necessariamente, a sua homogeneização, assim como os demais componentes da vida dos sujeitos sociais. Assim, sua universalização não significa automaticamente a homogeneização dos modos de falar, escrever e pensar, ou ser, agir, sentir, imaginar e fabular, assim como, as diversas e plurais modalidades de organizar a vida e o trabalho, as diferenças e as polifonias.

Sendo o Brasil considerado periferia no chamado capitalismo tardio, como percebermos e analisarmos essas diferenças e diversidades? Como devemos proceder se existe um contexto de diversidades e desigualdades internas díspares, com realidades características de Primeiro Mundo, em pleno desenvolvimento tecnológico e processo produtivo, convivendo com outras realidades em estágios anteriores a esse processo? Essas questões desafiadoras e instigantes servem de parâmetros norteadores, indicando que sempre teremos de (re)indagar a respeito dessa realidade, como a esfinge na porta da cidade: – *Decifra-me ou te devoro!* Essas questões refletem-se na organização dos serviços de saúde, assim como no perfil epidemiológico, quadro bastante evidenciado no Brasil com a transição demográfica, através do qual notamos o impacto da convivência entre as doenças degenerativas, características de sociedades desenvolvidas, e as doenças epidêmicas transmissíveis, associadas às sociedades subdesenvolvidas.

A desigualdade se dá no acesso aos serviços de saúde e na oferta geral de bens de consumo coletivo e individual. Embora se considere que no nosso país tenha ocorrido uma melhoria nas últimas décadas em setores como a oferta de infra-estrutura urbana básica, não mudou a forte concentração de renda, uma das maiores

do mundo. Há, no Brasil, uma heterogeneidade de oferta de serviços de saúde, públicos e privados. Por um lado, temos serviços de alta tecnologia, acessíveis a uma pequena parcela da população; enquanto do outro lado, uma grande maioria enfrenta problemas de acesso aos serviços de atenção primária. Essa grande parcela, geralmente, não tem acesso aos bens de consumo coletivo e individual, como saneamento, transporte, segurança, serviços públicos, telefônicos, entre outros.

O conceito de capitalismo tardio, analisado por Paiva & Rattner (1985) e Behring (1998), é trabalhado a partir dos estudos de Ernest Mandel, revolucionário socialista. Para Mandel, a chamada Terceira Revolução Tecnológica foi propiciada em grande parte pelo estímulo às invenções decorrentes da guerra. Portanto, está ligada à aplicação de capitais entesourados entre a crise de 1929 e a Segunda Guerra Mundial, facilitada pela intervenção do Estado, com a finalidade de estimular e garantir a viabilização do capital privado, tendo como meta prioritária vencer a guerra e superar a crise das economias capitalistas, que, naquele contexto, entraram numa nova fase. Nos países centrais, a partir da Segunda Guerra Mundial, setores econômicos inteiros foram industrializados, com automação da indústria e forte elevação da composição orgânica do capital, tendo como consequência uma maciça concentração e centralização de capitais. Este capitalismo penetrou em todas as esferas: na indústria, na agricultura, no comércio e nos serviços em geral.

As condições de produção no capitalismo tardio geram profundas transformações nas relações sociais de trabalho, afetando, consequentemente, a força de trabalho. A utilização da energia atômica e a difusão das máquinas eletrônicas criaram condições para a reprodução ampliada, que conduziu a superprodução dos meios de produção, promovendo pressões que modificaram a nova fase da exportação de capitais. Este fato gerou a obtenção de taxas mais elevadas de lucro e também a abertura do mercado para os meios de produção superproduzidos nos países centrais. A dinâmica do crescimento econômico produz a pobreza, principalmente nas grandes metrópoles, assim como a distância entre o Primeiro Mundo e os “outros mundos”.

Embora essa exportação de capitais seja ainda hoje um elemento importante na superação das crises das economias capitalistas, com a inovação tecnológica ela ganha novo valor,

como fonte de obtenção de uma sobretaxa de lucros nos países centrais. Uma vez monopolizada, essa inovação tecnológica vai permitir a captação da sobretaxa de lucro; porém essa sobretaxa vai desaparecer na medida em que, com a utilização dessa mesma tecnologia por capitais concorrentes, ela se generaliza equalizando essa taxa de lucros, gerando uma pressão permanente na busca de novas tecnologias e descobertas científicas que possibilitem inovações tecnológicas para a obtenção da sobretaxa de lucros nos países centrais. Esse processo leva à crescente automação dos diversos setores econômicos, obrigando-os à elevação do montante dedicado ao capital fixo, isto é, à maquinaria, promovendo, com isso, uma centralização de capital que permitirá a formação de firmas gigantescas, representadas pelas multi e transnacionais. Essa pressão pela inovação tecnológica, geradora de lucro suplementar, reduz o tempo de vida do capital fixo, fazendo com que os produtos tornem-se obsoletos, quando sua produção deixa de proporcionar uma sobretaxa de lucro para os capitais investidos em sua reprodução. Desta forma, alteram-se as relações sociais de trabalho e, conseqüentemente, a própria força de trabalho, devido às sérias conseqüências que a automação traz para o trabalho humano e para a sua qualificação (Paiva & Rattner, 1985).

A máquina, ao elevar a produtividade do trabalho, promove a substituição do trabalho vivo (humano) pelo trabalho mecânico e, com isso, a força de trabalho do homem vai sendo progressivamente deslocada da produção direta para a manutenção e para as tarefas de direção e vigilância. Modifica-se, com isso, a qualificação da força de trabalho necessária a essa produção. A obsolescência vertiginosa dos produtos e das maquinarias, em conseqüência das inovações tecnológicas constantes, obriga a reciclagem periódica da força de trabalho. Assim, a própria especificidade do processo de acumulação do capitalismo tardio, correspondendo às exigências impostas por suas instâncias mais modernas dentro dessa lógica da economia capitalista, traz à tona a questão da qualificação da força de trabalho, tema que nos interessou investigar neste estudo. Contudo, as transformações no processo de trabalho, nesta perspectiva, têm sido estudadas somente no que se refere à produção de bens, tanto que o setor de serviços, que inclui transporte, comunicações, educação e saúde, tem tido pouca atenção como processo de trabalho socialmente determinado.

O processo de trabalho em saúde é, particularmente, complexo porque ainda guarda, em alguns momentos, características do trabalho artesão (como ocorre em procedimentos cirúrgicos); em outros, apresenta a sistematização taylorista (*screenings* de populações, campanhas de vacinação) e, em outros, a automação eletrônica (diagnósticos por imagem e som). O avanço da tecnologia, particularmente com o advento da informática e das novas tecnologias da comunicação, possibilita aos profissionais de saúde atuarem com o computador tanto para o uso interno nas instituições, quanto no atendimento de usuários dos serviços, em seus domicílios. Por exemplo, com o uso de um *laptop*, o profissional pode assistir um doente em sua residência, trocando informações e imagens *on line* com a gerência na instituição e vice-versa. A máquina funciona agilizando os procedimentos, fornecendo informações complementares sobre o doente aos profissionais, durante os procedimentos, possibilitando além disso, o contato instantâneo com a gerência na instituição, agilizando ainda os registros das informações. Este é o modelo vislumbrado pela sociedade informacional ou do conhecimento, como vem sendo denominada a sociedade atual. Mas para estes processos serem possíveis faz-se necessário o investimento financeiro e a capacitação da força de trabalho envolvida.

No momento, no Brasil, esta realidade está muito longe de se concretizar para a maioria da população, a mais empobrecida; porém, uma pequena minoria tem acesso a padrões de saúde similares aos do Primeiro Mundo. Mas é importante salientar que a globalização, o avanço da tecnologia, quando não democratizados, aprofundam as desigualdades internas e externas de uma localidade.

Segundo Singer (1999), nos países de economia globalizada, grandes parcelas da população são marginalizadas da vida econômica, pelo desemprego e pela degradação profissional. Esta degradação ocorre em parte pelo desaparecimento de algumas atividades produtivas, motivado pela competição e suplantação da indústria local pelos importados, extinguindo qualificações profissionais, obrigando seus portadores a procurar novos lugares no mercado de trabalho, em condição de trabalhador não qualificado, gerando insegurança, ansiedade e estresse nos trabalhadores e provocando instabilidade social. Vale ressaltar porém que esta situação tem a característica de ser volátil, ou seja, pode existir em determinado momen-

to, pela adoção da importação de produtos na economia, mas pode mudar rapidamente em seguida, com a retomada do crescimento econômico.

Com a expansão dos serviços e a penetração do capital no setor saúde, houve elevação dos salários dos trabalhadores, à medida que aumentou a produtividade do trabalho. Com isso, os salários passaram a se constituir fonte de demanda crescente para a ampliação da produção de bens de consumo, promovendo, conseqüentemente, a rápida circulação das mercadorias. Paralelamente, aumentou o tempo livre do trabalhador, na medida em que a automação reduziu o tempo socialmente necessário à produção. Há que se levar em conta, no entanto, que essa automação somente vem ocorrendo em uma parcela da indústria. No capitalismo atual, convive-se simultaneamente com formas mais antigas e formas sofisticadas de produção de bens e serviços.

No setor saúde, analisamos que o trabalho humano será sempre necessário e até o presente momento não houve desemprego estrutural. Com o avanço da tecnologia, porém, vem mudando a forma de se organizarem os serviços, assim como os procedimentos, individuais e coletivos das práticas, baseados na transformação do paradigma orientador do modelo assistencial, com a incorporação de outras áreas de conhecimento como a antropologia, a sociologia, e a ecologia, entre outras, assim como a tendência à atuação inter e transdisciplinar. Entretanto, investigamos se há simultaneidade entre os processos que emergem das relações atuais com o processo produtivo direto da realidade do setor saúde em Natal (RN):

a) a flexibilidade da força de trabalho em saúde se dá pela necessidade das mudanças no processo produtivo, ao qual os trabalhadores se submetem para garantir seus empregos, apesar das perdas de direitos trabalhistas gerarem tensão e insegurança no trabalhador;

b) para compensar as perdas salariais e promover uma aparente segurança nas barganhas entre demissões, reestruturação e enxugamentos, o trabalhador da saúde assume um projeto de vida de multiemprego, com risco de prejudicar a qualidade do produto e de trazer para si estresse, fadiga, tornando-se vulnerável aos acidentes de trabalho. Essa situação traz o signo das ambigüidades características do mundo do trabalho precarizado atual, no tocante ao setor saúde, no qual, trabalhadores são ao mesmo tempo “cuidadores” da saúde de outros e tam-

bém “cuidados” ou “carentes de cuidados” de saúde e de melhores condições de vida;

c) considerando ainda que a força de trabalho em saúde vem passando por um processo de feminilização, isto é, o aumento da participação das mulheres em sua composição, trazendo consigo as determinações histórico-sociais e econômicas desse fenômeno, como a dupla jornada de trabalho, a desigualdade salarial, entre outros, vale ressaltar que essa característica potencializa o quadro já referido de vulnerabilidade dessa força de trabalho;

d) o tempo livre ou folga remunerada desse trabalhador é utilizado, obrigatoriamente, em outra ocupação rentável ou investido em sua qualificação profissional, sendo esta financiada, muitas vezes, com seus próprios recursos, em busca de uma colocação melhor ou prevenindo-se contra futuras demissões. Desta forma, esse tempo livre não coincide com a definição de tempo de lazer.

À guisa de conclusão, sugerimos que para se aumentarem as oportunidades de requalificação da Força de Trabalho em Saúde em Natal (RN), devem ser abertos cursos de aperfeiçoamento, de pós-graduação *lato e stricto sensu* e, de reeducação da força de trabalho. Com isso visa-se à garantia de recolocação no mercado, adaptando os profissionais e qualificando-os para enfrentarem as transformações do mundo do trabalho. Para que estas mudanças ocorram oferecendo-lhes mais qualidade de vida, necessário se faz que os governos invistam em políticas sociais básicas como: educação, saúde, trabalho e emprego justo, habitação, saneamento básico e urbanização. No entanto, percebemos a dificuldade na implantação dessas políticas, com o modelo econômico adotado no Brasil e, especificamente, na região Nordeste. O que tem restado a esses trabalhadores é a adoção de políticas de assistência social que os colocam na condição de cidadãos de segunda classe, expostos à doença, à degradação pessoal e social e às chamadas situações de risco.

Todas essas questões precisam ser reavaliadas no âmbito do setor saúde, levando-se em consideração seu processo produtivo no mundo do trabalho atual, as suas contradições, continuidades, rupturas e formas de superação na dinâmica das realidades concretas, por ser essa força de trabalho composta por cidadãos inseridos no contexto socioeconômico e político da sociedade onde vivem e trabalham.

Referências bibliográficas

- Barros SMPF, Silva NF & Christóforo MAC 1991. Recursos humanos de saúde: um desafio estratégico para a qualidade da assistência de saúde e para a organização do SUS com ênfase na enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem* 44(1):7-9.
- Behring ER 1998. *Política social no capitalismo tardio*. Cortez, São Paulo.
- Brasil 1990. *Lei Orgânica de Saúde n. 8.080*. Conasens. (Publicação técnica, n.8).
- Campos GWS 1997. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. Hucitec, São Paulo.
- Girardi SN 1990. *A estrutura ocupacional da saúde no Brasil*. Ministério da Saúde, Brasília. (Mimeo).
- Ianni O 1998. *Teorias da globalização*. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.
- Joffily B 1994. *De Fato – a Revista da CUT* 1(2):14-25.
- Machado MH 1996. As profissões e o SUS: arenas conflitivas. *Divulgação* 14:44-47.
- Mendes-Gonçalves RB 1992. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. *Cadernos Cefor* 1.
- Minayo MCS 1997. *Os efeitos da globalização no mundo do trabalho e políticas públicas*. Apresentado ao II SENADEN, Rio de Janeiro. (Mimeo).
- Nogueira RP 1983. A força de trabalho em saúde. *Revista Administração Pública* 17:61-70.
- Nogueira RP 1986. Dinâmica do mercado de trabalho em saúde no Brasil 1970-1983. *Educación Medica y Salud* 20(3):335-349.
- Nogueira RP 1987. A força de trabalho em saúde no contexto da Reforma Sanitária, pp.153-159. In AC Médici (Org.). *Textos de apoio-planejamento I*. PEC-Abrasco, Rio de Janeiro.
- Oguisso T 2000. A educação continuada como fator de mudanças: visão mundial. *Nursing Revista Técnica de Enfermagem* 20(3):22-29.
- Paiva V & Rattner H 1985. *Educação permanente e capitalismo tardio*. Cortez, São Paulo.
- Pires D 1996. *Processo de trabalho em saúde, no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas*. Tese de doutorado. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas.
- Singer P 1999. *Globalização e desemprego*. Contexto, São Paulo.

Artigo apresentado em 28/2/2002

Aprovado em 20/12/2002

Versão final apresentada em 26/7/2003