

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA E CONTABILIDADE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO E CONTROLADORIA**

ALDENIS DA SILVA MACHADO

**RE-ESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: UM ESTUDO DE CASO EM UM
HOSPITAL DE FORTALEZA-CE**

**FORTALEZA
2010**

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ALDENIS DA SILVA MACHADO

**RE-ESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: UM ESTUDO DE CASO EM UM
HOSPITAL DE FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração e Controladoria da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Administração e Controladoria.

Área de Concentração

Estudos Organizacionais e Gestão de Pessoas

Orientador

Prof.Dr. Augusto César de Aquino Cabral

**FORTALEZA
2010**

ALDENIS DA SILVA MACHADO

**RE-ESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA: UM ESTUDO DE CASO EM UM
HOSPITAL DE FORTALEZA-CE**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Administração e Controladoria da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Administração e Controladoria na área de concentração Estudos Organizacionais e Gestão de Pessoas.

Aprovada em: ____/____/____

Banca examinadora

Prof.Dr. Augusto César de Aquino Cabral
Universidade Federal do Ceará – UFC
(Orientador)

Profa.Dra. Sandra Maria dos Santos
Universidade Federal do Ceará - UFC

Profa.Dra. Ana Vlândia Cabral Sobral
Faculdade Christus

AGRADECIMENTOS

Esta página não seria suficiente se eu fosse listar todas as pessoas que me ajudaram na elaboração, condução e conclusão deste trabalho. Meu agradecimento a todos, e em especial a:

Meu orientador, **Prof.Dr. Augusto César de Aquino Cabral**, pela motivação, pela compreensão, pelos ensinamentos, pela dedicação e pela paciência em me orientar.

Aos **professores, membros da Banca Avaliadora da Dissertação**, por terem aceito o convite de participar deste trabalho.

A todos os **colaboradores do Hospital Cura D'Ars**, pelo tempo e esforço empregados nas entrevistas, no preenchimento dos questionários e na seleção de documentos.

Aos meus **colegas de mestrado, em especial a Socorro Mesquita**, pelas tantas dúvidas e angústias compartilhadas.

Aos meus **colegas de trabalho**, pelo esforço e empenho para suprir minhas intermináveis ausências.

Uma organização social nunca desaparece antes que se desenvolvam todas as forças produtivas que ela é capaz de conter; nunca relações de produção novas e superiores se lhes substituem antes que as condições materiais de existência destas relações se produzam no próprio seio da velha sociedade. É por isso que a humanidade só levanta os problemas que é capaz de resolver e assim, numa observação atenta, descobrir-se-á que o próprio problema só surgiu quando as condições materiais para o resolver já existiam ou estavam, pelo menos, em vias de aparecer. (Karl Marx)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | |
|---|----|
| QUADRO 1 – Novas tecnologias/formas de gestão e seus objetivos | 26 |
| QUADRO 2 – Flexibilização e direitos trabalhistas no Brasil | 33 |
| QUADRO 3 - Informações sobre os instrumentos de coleta e os sujeitos da pesquisa | 53 |
| QUADRO 4 – Relação entre objetivos específicos e as questões dos instrumentos de coleta de dados | 53 |
| QUADRO 5 – Categorias/variáveis-chave da re-estruturação produtiva | 56 |
| QUADRO 6 – Perfil dos participantes das entrevistas | 60 |
| QUADRO 7 – Perfil dos respondentes dos questionários | 60 |
| | |
| GRÁFICO 1 – Evolução do número de cirurgias/ano de 2000-2009 | 74 |
| GRÁFICO 2 – Evolução do número de trabalhadores de 2000-2009 | 78 |
| GRÁFICO 3 – Evolução do resultado econômico anual de 2000-2009 | 80 |
| GRÁFICO 4 – Alteração do perfil da clientela do hospital de 2000-2009 | 80 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| LISTA DE ILUSTRAÇÕES..... | 16 |
| 1 INTRODUÇÃO | 11 |
| 1.1 Delimitação do tema | 12 |
| 1.2 Problema de pesquisa | 14 |
| 1.3 Justificativa | 14 |
| 1.4 Objetivos geral e específicos..... | 15 |
| 1.5 Pressupostos | 16 |
| 1.6 Metodologia e estrutura | 17 |
| 2 RE-ESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA..... | 18 |
| 2.1 Inovações..... | 20 |
| 2.2 Inovações tecnológicas | 21 |
| 2.3 Inovações organizacionais..... | 25 |
| 2.4 Implicações da re-estruturação produtiva..... | 27 |
| 2.4.1 Percepções sobre a qualificação do trabalhador..... | 28 |
| 2.4.2 Flexibilização dos direitos trabalhistas..... | 30 |
| 2.4.3 Reflexos no nível de desemprego | 34 |
| 2.5 Re-estruturação produtiva no setor de serviços..... | 36 |
| 2.6 Um paralelo com o paradigma taylorista/fordista..... | 41 |
| 3 GESTÃO HOSPITALAR | 43 |
| 3.1 Um breve histórico do hospital contemporâneo..... | 43 |
| 3.2 Especificidades da gestão hospitalar..... | 45 |
| 4 METODOLOGIA..... | 48 |
| 4.1 Tipologia da pesquisa | 48 |
| 4.2 Unidade de Análise e Sujeitos da Pesquisa..... | 49 |
| 4.3 Instrumentos e procedimentos de coleta dos dados..... | 52 |
| 4.4 Técnica de análise dos dados | 55 |
| 5 RE-ESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NO HOSPITAL CURA D'ARS | 58 |
| 5.1 Caracterização do hospital pesquisado..... | 58 |
| 5.1.1 Perfil dos participantes da pesquisa | 59 |
| 5.2 Principais mudanças implementadas no campo da inovação tecnológica e organizacional..... | 61 |
| 5.2.1 Principais inovações tecnológicas | 61 |

| | |
|---|-----|
| 5.2.2 Principais inovações organizacionais | 66 |
| 5.3 Adoção das inovações tecnológicas em termos de sua intensidade e repercussões | 73 |
| 5.4 Adoção das inovações organizacionais em termos do seu processo e repercussões | 81 |
| 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 88 |
| REFERÊNCIAS..... | 92 |
| APÊNDICE A – Carta de Apresentação à Empresa..... | 96 |
| APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada | 97 |
| APÊNDICE C - Questionário | 99 |
| ANEXOS | 101 |

RESUMO

O hospital, em sua concepção contemporânea, é uma organização recente, complexa e fundamental para a vida em sociedade. Apesar de suas peculiaridades, seus métodos de produção e organização do trabalho são baseados em modelos desenvolvidos e aplicados em outros setores da economia. Da mesma forma como o modelo taylorista/fordista difundiu-se pelos mais diversos setores da economia a partir do início do século XX, tornando-se hegemônico, as inovações tecnológicas e organizacionais, promovidas inicialmente pelas indústrias japonesas ganharam notoriedade e reconhecimento principalmente a partir da década de 1970, sendo amplamente disseminadas, inclusive nas organizações hospitalares. No Brasil, estas inovações surgiram de forma mais tardia, somente a partir do início da década de 1990, com maior foco nas inovações organizacionais. O objetivo deste trabalho foi investigar de que modo e intensidade a re-estruturação produtiva impactou no processo de gestão em um hospital. Para isto, este trabalho utilizou-se de pesquisa bibliográfica, documental e de campo, realizada mediante um estudo de caso, em um hospital de grande porte de Fortaleza-CE. Os instrumentos de coleta utilizados foram a análise documental, a entrevista semiestruturada e o questionário fechado. A técnica de análise de dados adotada foi a análise de conteúdo. Concluiu-se que inovações tecnológicas mais importantes, como aparelhos de videocirurgia, monitores multiparamétricos, tomógrafo e ultrassom, foram introduzidas com mais intensidade na unidade de terapia intensiva - UTI, no centro cirúrgico e no centro de diagnósticos, respectivamente. As principais inovações organizacionais encontradas foram a gestão participativa, as comissões de controle de qualidade, os protocolos de procedimentos, *just in time* e *kaizen*. As inovações foram introduzidas segundo a lógica da lucratividade e, mais recentemente, de forma mais participativa. As repercussões foram a intensificação da exploração do trabalho, a maior exigência por qualificação dos trabalhadores, o aumento da demanda, da lucratividade e do número de empregados.

Palavras-chave: Re-estruturação produtiva. Inovações organizacionais e tecnológicas. Hospitais.

ABSTRACT

The hospital, in its contemporary design, is a recent organization, complex and essential for life in society. Despite its peculiarities, its production methods and organization of work are based on models developed and applied in other sectors of the economy. Just as the model of Taylor and Ford spread by various sectors of the economy from the early twentieth century, becoming hegemonic, the technological and organizational innovations, initially promoted by the Japanese manufacturers have gained notoriety and recognition mainly from 1970s, being widely disseminated, including in hospitals. In Brazil, these innovations have emerged later, only after the early 1990s, with greater focus on organizational innovations. The aim of this study was to investigate how the intensity and productive restructuring impacted in the management process of a hospital. For this purpose, this study used the research literature, documentary and field research, conducted through a case study in a large hospital in Fortaleza-CE. Were used documentary analysis, semi-structured interview and a self-reported questionnaire as data collection instruments. The technique of data analysis used was content analysis. It was concluded that the most important technological innovations such as laparoscopic equipment, multi-parameter monitors, and ultrasound scanner, were introduced with more intensity in the intensive care unit - the ICU, the surgical center and diagnostic center, respectively. The main organizational innovations found were participatory management, committees of quality control, protocols for procedures, just in time and kaizen. The innovations were introduced following the logic of profitability and, more recently, more participatory. The repercussions were intensified exploitation of labor, bigger demand for qualified workers, increased demand, profitability and number of employees.

Keywords: Productive restructuring. Organizational and technological innovations. Hospitals.

1 INTRODUÇÃO

O hospital contemporâneo é uma instituição relativamente nova. Segundo Foucault (1979), os hospitais que funcionavam na Europa desde a Idade Média não eram concebidos para curar, mas consistiam em instituições, de cunho caritativo, cujo objetivo primordial era a assistência aos pobres, como também a separação e exclusão de certos indivíduos do convívio social. Destinavam-se a hospedar mendigos e peregrinos, e serviam de local para manter os doentes afastados da sociedade.

Somente após a segunda metade do século XVII e início do século XVIII, com a emergência do pensamento positivista e as inúmeras descobertas que se sucederam no campo da microbiologia, da física, da química e das ciências humanas, o hospital contemporâneo começou a se delinear. Passou, então, a concentrar o trabalho dos mais diversos profissionais da saúde e a absorver toda a nova tecnologia desenvolvida a favor da recuperação e da manutenção da vida. Cresceu, também, em complexidade, demandando, assim, uma gestão mais profissionalizada.

Com os intensos avanços da medicina, que se refletiram na incorporação de novos equipamentos de diagnóstico, intervenção e manutenção da vida, bem como na utilização de medicamentos cada vez mais eficazes, os custos destas instituições tornaram-se objeto de preocupação para governos e sociedades. No Brasil, em 2002, segundo La Forgia e Couttolenc (2009, p.39), “o gasto total com atenção hospitalar foi estimado em R\$ 47,3 bilhões (US\$ 16,1 bilhões). Esse montante representou 67% do total gasto com saúde no mesmo ano”.

Como toda organização, o hospital faz uso dos *inputs* (recursos humanos e materiais) para, através de inúmeros processos, transformá-los em *outputs*, que se evidenciam na forma de prestação de serviços de saúde (altas hospitalares, tratamentos e diagnósticos), devendo estar sempre atento à lógica mercadológica de fazer cada vez mais e melhor com cada vez menos, sem, contudo, abrir mão de sua missão.

1.1 Delimitação do tema

Sendo um sistema aberto, o hospital precisa adaptar-se ao meio em que opera, estando, portanto, sujeito às demandas, pressões e influências do ambiente externo. Apesar de suas peculiaridades, seus métodos de produção e organização do trabalho são, em geral, baseados em modelos e padrões desenvolvidos em outros setores da economia, como a indústria. A adequação destes constitui-se, portanto, num grande desafio. É neste sentido, que se pode verificar a adoção da lógica do paradigma taylorista/fordista no setor hospitalar e, mais recentemente, as inovações introduzidas pelo toyotismo.

O modelo de produção taylorista/fordista, caracterizado por uma estrutura formal, hierarquizada e departamentalizada, com clara separação entre concepção e execução, começou a mostrar seus primeiros sinais de enfraquecimento na década de 70, com o encolhimento da economia mundial provocado pela crise do petróleo. Segundo Ohno (1997, p.23):

[...] a crise do petróleo no outono de 1973, seguida de recessão, afetou governos e sociedades no mundo inteiro [...] quando o rápido crescimento parou, tornou-se bastante óbvio que uma empresa não poderia ser lucrativa usando o sistema convencional de produção em massa americano.

A produção em larga escala, com pouca diferenciação e desenvolvida através de linhas de montagem, com matérias-primas, mão-de-obra e equipamentos também padronizados, era o paradigma adotado. Como decorrência destas práticas ao longo de décadas, o mercado nos países industrializados começou a apresentar sinais de saturação, que combinado à estagnação econômica em alguns países e ao acirramento da competitividade trazida pelo ingresso de novos produtores no cenário mundial, forçou as empresas a buscarem novos padrões de produção.

Neste contexto, frente a um ambiente marcado pela imprevisibilidade e complexidade, fazem-se necessárias, como afirmam Nogueira et al. (1999), não

apenas mudanças tecnológicas, mas também novas formas de organização e gestão do trabalho, na busca de uma empresa mais flexível e integrada, com maior produtividade. Sendo assim, as empresas buscaram formas de entender os novos processos tecnológicos, bem como as novas formas de gerenciá-los, de modo a balancear tecnologia e qualificação.

Leite (1997) argumenta que as empresas líderes ou inovadoras adotaram estratégias que demandavam aprendizagem contínua em dois níveis: *organizacional como um todo*, entendida como capacidade de adaptação, mudança nos produtos, processos, equipamentos, funções, formas de gestão; e *dos agentes produtivos*, desafiados a aprender, desenvolver e renovar-se, por meio de mecanismos formais e não-formais.

As inovações tecnológicas e organizacionais adotadas inicialmente pelas fábricas japonesas migraram para outros países e fizeram escola também em outros setores da economia, não ficando restrito às fábricas, mas também, e talvez de forma ainda mais marcante, no setor de serviços, inclusive na esfera das organizações de saúde, campo em que se situa esta pesquisa.

A introdução de novas tecnologias físicas de base microeletrônica nas organizações hospitalares pode ser constatada através da utilização de equipamentos modernos, como respiradores microprocessados, bombas de infusão de eletrólitos e medicamentos, equipamentos minimamente invasivos e aparelhos sofisticados de diagnóstico, tais como ressonância magnética e tomografia computadorizada. Já a utilização de novas formas de organização do trabalho se materializa com a criação dos CCQ – círculos de controle da qualidade, da terceirização, do *just in time*, *kanban*, *TPM – total productive maintenance*, dentre outras inovações. Este conjunto de mudanças constitui a re-estruturação produtiva, tema central desta pesquisa.

A re-estruturação produtiva nas organizações hospitalares alterou a sua forma de organizar e produzir serviços, que se evidencia na maior rapidez dos diagnósticos, com a utilização de métodos cada vez menos invasivos, com a redução do período de internação e pela maior flexibilidade e envolvimento dos

trabalhadores. Contudo, o modo e a intensidade da introdução destas novas tecnologias, bem como suas repercussões, podem ter ocorrido de maneiras diferentes de outros setores de serviços ou da indústria, devido as suas peculiaridades. Portanto, verificar o modo de adoção, a intensidade e as repercussões dessa re-estruturação produtiva no processo de gestão dos hospitais é o foco desta pesquisa.

A re-estruturação produtiva trouxe mudanças, em maior ou menor grau, a todos os setores da economia. E o setor saúde, sobretudo o hospitalar, também sofreu alterações.

1.2 Problema de pesquisa

A problematização parte da segunda pergunta: como e de que modos o processo de gestão dos hospitais foi modificado pelas transformações geradas pela re-estruturação produtiva?

1.3 Justificativa

A re-estruturação produtiva, caracterizada por um conjunto de mudanças relacionadas à produção flexível e à adoção de novas formas de gestão do trabalho, constitui uma das maiores revoluções do mundo do trabalho desde a Administração Científica, liderada por Taylor no início do século passado.

Os hospitais, instituições de fundamental importância para a sociedade e grandes consumidoras de recursos públicos, também tiveram de adaptar-se às mudanças e implementaram uma série de inovações tecnológicas e organizacionais, como a utilização de equipamentos modernos e a flexibilização do uso dos recursos.

Devido às peculiaridades das organizações hospitalares e das poucas pesquisas a respeito de como as inovações tecnológicas e organizacionais foram introduzidas nestas organizações e das suas repercussões, não se pode fazer uma análise com base nos resultados obtidos em pesquisas realizadas em organizações diferentes.

Compreender as razões que conduziram à determinação dos critérios utilizados nos investimentos em novas tecnologias e na decisão por determinados serviços em detrimento de outros pode contribuir para que o poder público e os planos de saúde adotem novas formas de remuneração pelos serviços prestados, como também pode auxiliar gestores hospitalares na elaboração de seus próximos planejamentos.

Este estudo pode servir de comparativo para ajudar a esclarecer certas similaridades e diferenças existentes na re-estruturação produtiva ocorrida no setor hospitalar e em outros setores da economia, sejam de serviços ou da indústria. Por fim, dada a relativa escassez de pesquisas sob a ótica da re-estruturação produtiva no campo das organizações de saúde, pode-se apontar como legítima a necessidade de avaliar como a re-estruturação produtiva impactou no processo de gestão dos hospitais, bem como a intensidade e a forma de sua adoção, é o que justifica a desenvolvimento desta pesquisa.

1.4 Objetivos geral e específicos

Tendo em vista o cenário delineado acima, esta pesquisa tem por objetivo geral **investigar os impactos da re-estruturação produtiva no processo de gestão dos hospitais, através de um estudo de caso**. Para tal, os seguintes objetivos específicos foram definidos:

- 1) Mapear as principais mudanças implementadas no campo da inovação tecnológica e organizacional;

- 2) Avaliar a adoção das principais inovações tecnológicas em termos de sua intensidade e repercussões;
- 3) Avaliar a adoção das principais inovações organizacionais em termos do seu processo e repercussões;

1.5 Pressupostos

Considerando-se que os hospitais são organizações distintamente peculiares, que possuem uma diversidade profissional pouco encontrada em outras organizações, que oferece resistências à gestão profissional não-médica e que faz uso intenso de novas tecnologias, espera-se que a adoção de novas tecnologias e formas de gestão e produção tenha ocorrido de formas e graus diferentes de outras organizações. Deste modo, este estudo parte do pressuposto de que a reestruturação produtiva intensificou-se mais tardiamente nos hospitais que em outros setores da economia, que as inovações tecnológicas foram introduzidas segundo o critério da maior lucratividade e as inovações organizacionais de forma mais autoritária, buscando redução dos custos operacionais. As repercussões foram a redução dos custos, a melhoria da qualidade dos serviços, o aumento da demanda, a necessidade de contratação de mais trabalhadores e a intensificação da exploração do trabalho.

- 1) As inovações tecnológicas foram introduzidas principalmente nas atividades de diagnóstico, terapias minimamente invasivas e manutenção da vida (UTI), enquanto que as principais inovações organizacionais concentraram-se em Círculos de Controle da Qualidade, *just in time* e terceirização.
- 2) A adoção de inovações tecnológicas, guiada pelo lucro, mostrou-se intensa, repercutindo numa maior demanda de pacientes de planos de saúde e particulares e no aumento do número de trabalhadores.

- 3) A implementação das inovações organizacionais deu-se de forma mais diretiva, com foco na redução dos custos e com participação dos trabalhadores apenas nas decisões de pouca relevância, repercutindo principalmente na maior intensificação da exploração do trabalho.

1.6 Metodologia e estrutura

Em relação à metodologia, trata-se de uma pesquisa de cunho qualitativo, no que se refere à abordagem do problema e à natureza dos dados. Quanto aos fins, a pesquisa é exploratória-descritiva. Quanto aos meios, é uma pesquisa bibliográfica, documental e de campo, realizada mediante um estudo de caso.

Em termos de estrutura, além desta seção de introdução, há cinco outras seções. A segunda e a terceira seções apresentam o referencial teórico acerca dos temas da re-estruturação produtiva e da gestão hospitalar, respectivamente. A quarta seção trata dos aspectos metodológicos utilizados na pesquisa. A seção de número cinco descreve a análise dos dados obtidos. As considerações finais são apresentadas na sexta seção. Por fim, seguem as referências, os apêndices e os anexos.

2 RE-ESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA

A re-estruturação produtiva, vista como um processo de mudanças que surgiu da necessidade de superação das dificuldades encontradas em um cenário em que a utilização do sistema praticado à época não mais conseguia produzir os resultados para a qual fora criado, tem a sua base em dois grandes tipos de inovações: a tecnológica e a organizacional.

Há autores, como Alves (2007, p. 156) que consideram que a re-estruturação produtiva recente teve uma terceira base: as inovações sócio-metabólicas “um aspecto do processo de reestruturação produtiva pouco destacado pela sociologia do trabalho”. As inovações sócio-metabólicas dizem respeito à “captura” da subjetividade do trabalho e sua conseqüente e profunda precarização. Contudo, pelo fato de esta terceira dimensão da re-estruturação produtiva ser ainda pouco estudada e mais direcionada às ciências da sociologia do trabalho, esta pesquisa guia-se pelo conceito já mais discutido e aceito da dupla inovação: a tecnológica e a organizacional.

Conforme explicam Neutzling e Krein (1997), a re-estruturação produtiva caracteriza um conjunto de mudanças que passaram a ocorrer no sistema produtivo, a partir da introdução de um novo padrão tecnológico e organizacional:

- Inovação tecnológica: aspecto baseado principalmente na microeletrônica, informática, telemática (maquinário, introdução de novas tecnologias na produção);
- Inovação organizacional: aspecto baseado nas mudanças da forma de organizar a empresa, a produção e o trabalho; nas parcerias com fornecedores; na relação com os clientes; nos novos *layouts*; na determinação de novo foco organizacional; na busca de atributos profissionais; na flexibilidade, na polivalência, no aprimoramento, no envolvimento. Envolve tecnologias de gestão, tais como a terceirização, o *just in time*, o *kanban* e os círculos de controle de qualidade.

A crise do petróleo da década de 1970, deflagrada por súbitas elevações no preço do petróleo, em virtude de guerras e tensões no Oriente Médio, colocou em evidência o esgotamento do modelo de produção taylorista/fordista. Baseado no crescimento infinito e na extensão das relações mercantis, como ressalta Langer (2004), o fordismo assentava-se, ainda, na produção em larga escala de produtos padronizados, que alcançavam preço final relativamente baixo, acessível à parte considerável da população, propiciando, na outra ponta, o consumo em massa, o que, por sua vez, contribuía para a elevação dos níveis de emprego, em um círculo virtuoso.

Para Coriat (1994), um novo modelo de produção, o toyotismo, originou-se da necessidade de se realizar ganhos de produtividade, sem se ampliar o volume de produção, face à escassez de recursos importantes, e, portanto, sem a exploração das economias de escala, próprias do fordismo. Alves (2007, p. 206) salienta que “enquanto o fordismo-taylorismo surge e se desenvolve numa etapa de ascensão histórica do capital, o toyotismo se compõe no período da crise histórica do capital”.

Para Faria (2007, p. 179), trata-se da introdução de novas tecnologias informacionais e computacionais de base microeletrônica no processo produtivo e de sensíveis alterações nas tecnologias gerenciais ao tentar recuperar os enfoques que tratam do comportamento humano nas organizações.

Desta forma, a atuação gerencial para intensificar o trabalho, diminuir tempos mortos, gerenciar com precisão os estoques e os fluxos de produção, visando aumentar a produtividade do trabalho ou a taxa de exploração, demanda uma forma mais efetiva de envolvimento do trabalhador no processo de produção de valor excedente: comprometimento, participação, autonomia relativa, entre outros, passam a ser procedimentos cada vez mais utilizados.

A ideia da introdução e utilização destas novas tecnologias, físicas e organizacionais, como principais formas de alavancar o processo de re-estruturação produtiva é bem aceita no meio acadêmico. Por outro lado, algumas características e consequências, como a qualificação do trabalhador, a intensificação do trabalho e

o desemprego são bastante discutíveis e divergentes, como será apresentado mais adiante.

Diferentemente do sistema taylorista/fordista que procedia pela parcelização e tempo imposto, no novo sistema percebe-se claramente um reagrupamento de tarefas e a noção de tempo partilhado, que somente torna-se possível com a desespecialização e a polivalência do trabalhador. No entanto, um ponto em comum para ambos os sistemas persiste: a busca pela intensificação do trabalho.

Para Faria (2007), a ideia de alongamento e enriquecimento de tarefas baseia-se em confiar ao operário uma série de operações, encadeadas em um ciclo mais longo, ligando ações precedentes e sucessivas. A proposta é aumentar os ciclos de trabalho como forma de superar o trabalho parcelar, mas, ao final, o que as empresas realmente buscam é a maior exploração da força de trabalho.

A re-estruturação produtiva é, portanto, uma histórica estratégia do capital de buscar soluções em tempos de crise e encontrar novas formas de perpetuar-se. Em sua mais recente versão, buscou apoiar-se nos recursos que a nova tecnologia microeletrônica e informacional oferece e nas inovações organizacionais que buscam, sobretudo, flexibilidade, produção enxuta e maior participação dos trabalhadores.

2.1 Inovações

A re-estruturação produtiva emerge, portanto, sobre os pilares das inovações tecnológicas e das inovações organizacionais. Como o termo “inovação” é muito presente nas discussões a respeito da re-estruturação produtiva, faz-se necessária a sua devida conceituação para os fins desta pesquisa.

Para Drucker (1981), inovação não é invenção, nem descoberta e o seu foco não é o conhecimento, mas o desempenho. Hesselbein (2002, apud MATSUZAWA, 2008) corrobora ao afirmar que a inovação é a mudança que cria uma nova

dimensão do desempenho. Já a invenção, segundo Vasconcelos (2004) é uma ideia elaborada ou concepção mental de algo que se apresenta na forma de plano, fórmulas, modelos, protótipos, descrições e outros meios de registrar ideias e que a sua aplicação na prática é que transforma a invenção em uma inovação. Portanto, nota-se que a inovação e a invenção têm conceitos distintos. Apesar de haver uma correlação entre ambas, não necessariamente uma deva preceder ou proceder à outra.

Schumpeter (1975) corrobora que inovação não é sinônimo de invenção. Inovação em geral se origina de uma invenção, mas é possível que essa ocorra sem que haja algo que possa caracterizar uma invenção. O oposto também é possível, ou seja, uma invenção não necessariamente precede uma inovação.

Para que haja uma inovação, é necessária a sua aplicação, a sua efetivação de fato, ou seja, inovar requer mais habilidade gerencial, persistência, objetividade e talento para transformar boas ideias em boas práticas que capacidade criativa. Invenção tem relação com criatividade e conhecimento. Inovação refere-se a mudanças e desempenho.

2.2 Inovações tecnológicas

As inovações tecnológicas presentes na re-estruturação produtiva recente são caracterizadas principalmente pelo seu aspecto microeletrônico, informacional e telemático. Segundo Alves (2007), o novo complexo de re-estruturação produtiva surge no interior da III Revolução Industrial, que impulsionou a revolução tecnológica da microeletrônica e das redes telemáticas e informacionais.

De acordo com Faria (2007), a automação de base microeletrônica torna mais densa e compacta a produção pela integração de diferentes sequências produtivas e pela introdução de maleabilidade e flexibilidade à rapidez das linhas de produção.

Segundo Zuboff (1988), as novas tecnologias são fundamentalmente distintas das tecnologias empregadas anteriormente na produção. Estas últimas visavam, única e exclusivamente, à automação do trabalho físico humano substituindo-o por máquinas capazes de realizar o trabalho de forma repetitiva, mais precisa e mais controlável, de acordo com os princípios racionais. As novas tecnologias têm o potencial de, com o uso de programas, aprimorar ainda mais a automação das atividades humanas através da programação, racionalização e controle.

Para Ferreira (1996), tecnologia é um conjunto de conhecimentos, especialmente princípios científicos, que se aplicam a um determinado ramo de atividade, bem como à totalidade desses conhecimentos. Desta forma, o termo “inovação tecnológica” refere-se à renovação de conhecimento em um determinado ramo. Para que uma ciência básica se transforme em tecnologia, é necessário que esta atravesse a fronteira da ciência aplicada.

Em geral, o termo tecnologia é muito utilizado (ou confundido) para caracterizar um bem ou serviço dela oriundo, como um computador, um automóvel ou outro equipamento. Na verdade, trata-se de produto ou serviço oriundo da aplicação de um conjunto de conhecimentos.

Se for acrescentado ao aspecto informacional das novas tecnologias o recurso da telemática, tem-se a possibilidade de comandar e controlar as atividades da organização de fora dela, a qualquer distância, a qualquer tempo.

Zuboff (1988) corrobora que as novas tecnologias são aquelas capazes de incrementar as habilidades de registrar, armazenar, analisar e transmitir grandes volumes de informações complexas de maneira segura, flexível, confiável, imediata e com independência geográfica.

Em se tratando de tecnologia aplicada à área da saúde, Barbanti (2000, p.10) afirma que:

[...] uma das indústrias com maior velocidade de mudanças é, sem dúvida, a da saúde. O crescimento tecnológico de ponta e a disponibilidade de recursos de maior custo, ao lado do aumento da

demanda, causada tanto pelo aumento da oferta (comportamento próprio da área da saúde) quanto pela maior expectativa de vida, vem aumentando os gastos envolvidos na prestação de serviços de saúde.

A incorporação tecnológica, quer diagnóstica, quer terapêutica, foi uma das áreas da assistência que passou pelas maiores transformações nos últimos anos. A vida útil dos equipamentos foi gradativamente encurtada, dada a velocidade das mudanças, exigindo das organizações da saúde (hospitais, clínicas, laboratórios) uma contínua renovação do parque tecnológico.

Malik e Vecina Neto (2007) corroboram que, a partir da segunda metade do século XX, houve uma busca contínua por novas drogas, equipamentos e soluções. As novidades continuam chegando e gerando sua própria demanda, porque são melhores, mais caras, dão mais lucro, salvam mais vidas, contribuem para aumento da qualidade de vida ou qualquer outra razão, lembrando que, na saúde, a existência da inovação não implica na substituição da tecnologia anterior.

Para Furtado (2001), as indústrias de equipamentos médico-hospitalares visam oferecer aos seus clientes potenciais um produto-serviço que pode ser caracterizado como diversificado e integrado. Ele é formado pelo equipamento propriamente dito, que integra em si funções inteligentes, o elemento físico e um conjunto de programas, capazes de constituir uma ferramenta poderosa de diagnóstico e apoio à decisão médica.

Adotou-se nesta pesquisa a definição de “tecnologia médico-hospitalar” utilizada pela Organização Pan-Americana de Saúde – OPAS (1989 apud SANTINI, 1993), por ser abrangente, e que se refere à:

[...] informação incorporada em elementos tão tangíveis como são os instrumentos, equipamentos, medicamentos e outros insumos materiais; em procedimentos e práticas que configuram a atividade em saúde; em instrumentos normativos que prescrevem condutas e comportamentos, em habilidades e desempenho do pessoal e em base de dados e outras formas de conservação e difusão da informação [...]

A partir desta definição do termo “tecnologia médico-hospitalar”, que atrelado às características das “novas tecnologias” (de base microeletrônica, informacional e telemática) pode-se relacionar uma série de “novas tecnologias médico-hospitalares” que fazem parte deste estudo. Segundo Santini (1993), estas novas tecnologias são divididas em quatro grupos:

1. Novas tecnologias diagnósticas, como: aparelhos de ressonância magnética, tomografia, videoendoscopia, ultrassonografia, mamografia digital, raios-x digital, densitometria óssea, intensificador de imagens via raios-x, ecocardiografia, histeroscopia, laboratoriais, dentre outros equipamentos de diagnóstico de base microeletrônica;
2. Novas tecnologias terapêuticas, como: equipamentos de radioterapia, quimioterapia, a *LASER*, videocirurgia, diálise, fisioterapia, infusores, monitores, respiradores, aparelhos de reabilitação, próteses/órteses, medicamentos, dentre outras.
3. Redes informacionais, como: microcomputadores interligados interna e externamente, com programas integrados entre si;
4. Equipamentos de suporte operacional, como: máquinas de esterilização microprocessadas, lavadoras e secadoras de roupa microprocessadas, máquinas de limpeza automatizadas, dentre outras.

De acordo com a definição utilizada de “tecnologia médico-hospitalar”, existem outras tecnologias médicas desenvolvidas e utilizadas largamente nos hospitais, como novas técnicas cirúrgicas, novos esquemas terapêuticos e novos protocolos de conduta. No entanto, optou-se por não incluí-las nesta pesquisa pelo fato de não se enquadrarem na definição de re-estruturação produtiva, e sim, considerar que estas fazem parte do próprio intenso avanço das ciências médicas.

2.3 Inovações organizacionais

O segundo, e talvez mais importante, pilar da re-estruturação produtiva são as inovações organizacionais. Alves (2007, p.156) defende que o que conhecemos como toyotismo, a princípio, não passa de pura inovação organizacional, que implica na adoção de:

[...] dispositivos organizacionais como, por exemplo, o *just-in-time/kanban* ou o *kaizen*, que pressupõe, por outro lado, comonexo essencial, a fluidez subjetiva da força de trabalho, isto é, envolvimento pró-ativo do operário ou empregado [...] Além disso, o novo empreendimento capitalista implica a *produção flexível* em seus múltiplos aspectos, seja através da contratação salarial, do perfil profissional ou das novas máquinas de base microeletrônica e informacional; e a *produção difusa* significa a adoção ampliada da terceirização e das redes de subcontratação.

Como argumenta Faria (2007), as novas tecnologias de gestão são necessárias diante de novas tecnologias físicas de automação industrial, não porque estejam inseridas nestas, mas porque as antigas tecnologias de gestão já não apresentam a mesma eficácia no controle do processo de trabalho e do processo de acumulação exigida pelas novas tecnologias físicas.

Alves (2007) corrobora a visão de Faria (2007) ao sustentar que, mais do nunca, o capital precisa do envolvimento do trabalhador nas tarefas da produção em equipe ou nos jogos de palpites para aprimorar os procedimentos de produção; e que operário é encorajado a pensar pró-ativamente, a encontrar soluções antes que os problemas aconteçam.

Retomando Neutzling e Krein (1997), além das inovações tecnológicas, a re-estruturação produtiva baseia-se nas inovações organizacionais, que se apresentam sob a forma de organizar a empresa, a produção e o trabalho; nas parcerias com fornecedores; na relação com os clientes; nos novos *layouts*; na determinação de novo foco organizacional; na busca de atributos profissionais; na flexibilidade, na

polivalência, no aprimoramento, no envolvimento. Envolve tecnologias de gestão, tais como a terceirização, o *just in time*, o *kanban* e os círculos de controle de qualidade.

No Quadro 1, pode-se visualizar as novas tecnologias de gestão criadas e como estas podem contribuir para a flexibilidade, eliminação do desperdício e a produção com qualidade.

| NOVA TECNOLOGIA / FORMA DE GESTÃO | OBJETIVO |
|--------------------------------------|---|
| POLIVALÊNCIA OPERÁRIA | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar que o mesmo trabalhador desempenhe diversas tarefas diferentes, em diversas máquinas diferentes; • Reduzir tempos de <i>setup</i> e custos com manutenção e controle externo de qualidade |
| DESESPECIALIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • Prover meios de se alcançar altos níveis de polivalência e multifuncionalidade; • Reduzir o poder de negociação e controle sobre o trabalho por parte dos trabalhadores |
| TERCEIRIZAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • Criar relações interinstitucionais e adquirir novas tecnologias; • Obter flexibilidade de mão de obra |
| <i>KANBAN</i> E <i>JUST IN TIME</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Redução de custos com estoques, matérias-primas e mão de obra |
| FORMAS FLEXÍVEIS DE REMUNERAÇÃO | <ul style="list-style-type: none"> • Flexibilizar custos com mão de obra, estimular a redução de gastos com desperdícios, melhoria da qualidade, maior engajamento. |

Quadro 1 - Novas tecnologias/formas de gestão e seus objetivos.

Fonte: Elaborado pelo autor a partir de Coriat (1994), Ohno (1997) e Alves (2007)

Importante destacar que para atingir plenamente os resultados almejados através do reagrupamento de tarefas, que apoia-se na multifuncionalidade e polivalência dos trabalhadores, é necessário encontrar novas formas de implantação das máquinas e reorganização dos trabalhadores que permitam a adaptação às variações qualitativas e quantitativas da demanda. Para isso, segundo Monden (1983 apud CORIAT, 1994, p. 61), três séries de dispositivos são requeridas:

- conceber instalações em forma de “U”, permitindo a linearização das linhas de produção;
- mobilizar trabalhadores pluriespecializados (*multifuncional-worker*: trabalhadores multifuncionais), diz Monden;

- recalcular permanentemente os padrões de operação alocados aos trabalhadores.

A mudança dos *layouts* das máquinas, e por consequência dos trabalhadores, objetiva colocar frente a frente as entradas e as saídas dos produtos e tornar possível que um único trabalhador multifuncional manuseie e controle diferentes máquinas simultaneamente, de acordo com as diferentes demandas. Os Anexos de 1 a 6 ilustram como os *layouts* das máquinas foram modificados e como as mudanças propostas pretendem atingir seus objetivos. Estas são, portanto, as novas tecnologias de gestão surgidas através re-estruturação produtiva recente e que foram alvo de investigação desta pesquisa.

2.4 Implicações da re-estruturação produtiva

A introdução das novas tecnologias, sejam elas físicas ou organizacionais, tem sido objeto de estudo de diversos trabalhos, sobretudo quanto a sua necessidade de adoção e aos seus benefícios, como a flexibilidade, produção enxuta, qualidade total, dentre outros. No entanto, as suas implicações, principalmente relacionadas ao mundo do trabalho, poderiam ter um maior destaque, sobretudo devido às profundas modificações por ela causadas, como corrobora Faria (2007, p. 205):

Os impactos das tecnologias sobre o trabalhador, forjados no espaço do trabalho e nas relações dele com o mundo do trabalho, que produzem processos objetivos e subjetivos, que produzem, enfim, o modo de ser do trabalhador, tem merecido menos atenção do que poderiam.

Mattoso (1996, p. 70) argumenta que estas novas mudanças alterariam o processo produtivo, criando novas, porém restritas, relações de trabalho, mas também acentuando as características de exclusão econômica e social do sistema

capitalista e recriando condições aparentemente superadas. Segundo o autor, a visão virtuosa do novo padrão produtivo não dá relevância para a ampliação do desemprego, intensificação do trabalho, mudanças na forma e conteúdo da contratação e a redução do poder dos sindicatos, entre outras repercussões. Portanto, alguns dos impactos causados pela utilização destas tecnologias sobre o trabalho e o trabalhador são apresentados e discutidos a seguir.

2.4.1 Percepções sobre a qualificação do trabalhador

Com as alterações sofridas na estrutura de organização do trabalho, surge uma nova exigência nas suas relações: o trabalhador precisa estar disponível e querer ser “capacitado”, “treinado”, “qualificado”. Pfeilsticker (2004) afirma que o funcionário passou a ser autogestor do seu desenvolvimento, sendo necessário aderir aos novos valores da empresa, adequar-se ao novo perfil do funcionário, investir na capacitação profissional sob forma continuada e permanente, ter foco em resultado e perseguir a constante sintonia com um mercado altamente competitivo e com elevado grau de incerteza.

As discussões em torno da re-estruturação produtiva e da qualificação do trabalhador são bastante divergentes e multipolarizadas, abrangendo conceitos como qualificação idealizada, qualificação requerida, treinamento, capacitação, educação, saber de ofício, saber instrumental, dentre outros.

Para Faria (2007, p. 207), ficou evidente que a percepção do trabalhador em relação à tecnologia foi a de que esta representava uma ameaça ao emprego e às qualificações: até hoje os debates quanto à questão da qualificação admitem opiniões favoráveis (“a tecnologia é qualificadora”) e desfavoráveis (“a tecnologia desqualifica o trabalhador”).

Acerca dos impactos da tecnologia, Braverman (1987) é taxativo quanto à desqualificação do trabalhador. O autor cita como exemplo os metalúrgicos de uma linha de montagem de automóveis que, se vão para o trabalho dirigindo, já terão, no

trajeto, executado suas tarefas mais complexas do dia. Em sua concepção, as novas tecnologias tornam as tarefas menos complexas, mais automatizadas. Do trabalhador, exige-se cada vez menos conhecimento e mais apertos de botão, ao mesmo tempo em que mais controle é repassado para a gestão.

Para Zuboff (1988), as novas tecnologias, diferentemente das tecnologias da automação, têm o potencial de reverter o processo de alienação do trabalhador na fábrica. No entanto, salienta que o processo de aprendizado do trabalhador deixa de depender de sensações físicas para depender do reconhecimento de símbolos abstratos, o que exige dos trabalhadores uma sólida base de habilidades intelectuais.

Acerca dessa discussão sobre tecnologia e qualificação, Peliano (1998, p. 7) defende que existem três tipos de qualificação:

A qualificação **idealizada ou planejada**, concebida pelos técnicos e engenheiros das empresas produtoras dos instrumentos, equipamentos e máquinas, isto é, aquela exigida pelos requisitos técnicos da nova tecnologia e pelos procedimentos necessários às novas formas de gestão do trabalho – *kanban*, *just in time*, círculo de controle da qualidade (CCQ), entre outros. A qualificação **utilizada ou requerida**, aquela que é, de fato, operacionalizada pela empresa usuária, segundo os critérios elaborados, via de regra, pela seção de planejamento de produção da empresa. A qualificação **efetiva ou experienciada**, aquela absorvida e desempenhada de fato pelo trabalhador na execução do seu trabalho.

Nesse sentido, pode-se concluir que quem estabelece as exigências de “qualificação” são as novas tecnologias e novas formas de gestão, que serão utilizadas em maior ou menor grau de acordo com o tipo de mercado em que a empresa estiver inserida.

A empresa encara o treinamento e qualificação de forma utilitarista. Primeiro, em razão das necessidades concretas, uma vez que as novas máquinas e novas formas de gestão precisam funcionar. Segundo, o treinamento é prioridade daquela mão-de-obra que pode permanecer por mais tempo na empresa. E por fim, a empresa passou a encarar o treinamento como investimento, ou seja, precisa dar

retorno em termos de melhoria do produto ou do processo, redução do desperdício e do retrabalho, menos acidentes, o que certamente leva a mais lucros.

Segue-se com a observação de Peliano (1998, p. 8) sobre o que ele entende como a qualificação a ser buscada pelas empresas e pelos trabalhadores:

A qualificação correta é aquela que requer, de fato, conhecimentos e habilidades novos em complementação ao que já foi acumulado pelo trabalhador [...] a verdadeira qualificação deve ser vista como aquela que necessariamente altera para melhor a qualificação (efetiva) do trabalhador. Caso contrário, é mero treinamento para operar uma máquina ou equipamento ou mera instrução para os propósitos da organização do trabalho da empresa.

O que realmente caracteriza a aspecto “qualificador” ou “desqualificador” das novas tecnologias e das novas formas de gestão é a distinção entre o que Peliano (1998) chama de “mero treinamento” e de “qualificação efetiva”.

2.4.2 Flexibilização dos direitos trabalhistas

Com as empresas investindo em tecnologia e automação de processos e em novas formas de organização do trabalho, a necessidade de alterar as rígidas regras trabalhistas estabelecidas ainda na década de 1940 tornou-se premente. A flexibilização da mão-de-obra, seja através de alterações na carga horária, do não-pagamento de horas extras, da contratação por tempo determinado, dentre outras formas, não podia mais ser adiada.

Para Proscurcin (2001, p. 98), “a flexibilidade ou adaptabilidade jurídico laboral entrou para a agenda do Direito do Trabalho a partir da consciência da globalização econômica”. Os grandes empresários, bandeirantes da re-estruturação produtiva no Brasil e que estiveram à frente de instituições ligadas ao setor bancário e ao setor automotivo, foram os que deram início às negociações junto ao governo

para que as leis fossem alteradas adequadamente de acordo com os seus interesses.

A maioria das alterações na legislação trabalhista ocorreu durante o primeiro mandato do governo de Fernando Henrique Cardoso - FHC, de 1994 a 1997, período em que a re-estruturação produtiva no Brasil mais provocou mudanças no cenário do trabalho. Krein (2001) argumenta que especialmente na era FHC foram promovidas uma série de reformas estruturais, que redesenha o Estado e seu papel na economia e na sociedade; são as chamadas reformas constitucionais.

Krein (2001) afirma ainda que a flexibilização foi defendida como elemento importante para a adaptação das relações de trabalho à reorganização econômica e produtiva em curso nas empresas na década de 1990.

As principais alterações na legislação trabalhista ocorridas a partir deste período, influenciadas diretamente pelas pressões da re-estruturação produtiva no Brasil, são apresentadas no Quadro 2, alocado a seguir.

De acordo com Busnello (2000), após quase quatro décadas da re-estruturação produtiva nos países capitalistas de industrialização avançada, onde as mudanças produtivas e organizacionais ainda se fazem sentir com certa intensidade, observa-se a deteriorização crescente das condições institucionais do mercado de trabalho. Acentuou-se a tendência ao desemprego estrutural, ao desemprego de longa duração, ao aprofundamento das desigualdades sociais e à precariedade do emprego (trabalho sem carteira assinada, em tempo parcial, em tempo determinado, elevada rotatividade, grande instabilidade, poucos direitos, dentre outros).

Para Krein (2001), em certa medida, o que prevaleceu nos anos 1990 foi uma flexibilização predatória do trabalho, ditada pelo mercado, que é anônimo e guiado pelo lucro. Como confirma Busnello (2000, p. 28), a desregulamentação, que objetivava preservar e criar novos empregos, mostrou-se ineficiente em longo prazo:

A experiência recente de alguns países que buscaram a maior flexibilização e desregulamentação dos direitos trabalhistas, rompendo, portanto, com o caráter heterônimo, isto é, estatal, do

sistema nacional de relações de trabalho, não aponta resultados positivos quanto à geração de empregos.

Apesar da mudança na regulamentação trabalhista mostrar-se necessária cotidianamente, uma vez que é necessário acompanhar o dinamismo dos mercados e das empresas, apostar nestas medidas como solução para o desemprego é ter uma visão míope e micro do problema. Tais medidas atendem às empresas apenas em curto prazo, surgindo novas necessidades de mudança logo adiante.

| REGULAMENTAÇÃO | FLEXIBILIZAÇÃO DOS DIREITOS TRABALHISTAS |
|--|---|
| Lei 8.949, de 9/12/1994 | Estabelece que “[...] qualquer que seja o ramo de sociedade cooperativa, não existe vínculo empregatício entre ela e seus associados, nem entre estes e os tomadores de serviços daquela.” Dessa forma, a constituição de sociedade cooperativa de trabalho transformou-se em uma via para fugir à proteção da legislação trabalhista. |
| MP 794, de dezembro/1994 | Institui a PLR – participação nos lucros e resultados. Este instrumento permitiu às empresas variar os seus custos em função dos resultados obtidos. “Desse modo, em momentos de bons resultados, esses custos aumentariam, mas as empresas teriam condições de suportá-los [...]” |
| MP 1.053/95 | Proíbe a indexação salarial. Com isso, fica proibido indexar os salários a qualquer índice nas convenções coletivas, incentivando a livre negociação. |
| Portaria MT 865/95 | Limita a ação fiscalizadora do Ministério do Trabalho. Com essa medida, os fiscais devem apenas notificar a empresa e comunicar ao Ministério do Trabalho, não podendo multar a empresa direta e automaticamente. |
| Portaria 2 do MT, de 29/06/96 | Possibilita a generalização do contrato temporário, via agência de emprego, por um longo período do ano, fazendo com que as empresas possam operar com uma quantidade relativamente grande de empregados nesta modalidade de contratação. |
| Lei 9.300, de 29/08/1996 | Reduz os custos da mão-de-obra no campo, uma vez que altera o escopo da definição de remuneração do trabalhador rural. Através desse instrumento, a moradia e sua infra-estrutura básica, bem como os bens destinados à produção para sua subsistência e de sua família, cedidos pelo empregador, não integram o salário. “[...] reduzindo-se a base, reduz-se também o valor das contribuições previdenciárias que incidem sobre os salários.” |
| MP 1.906/97 | Desindexação do salário mínimo. O Governo Federal fica responsável pelo anúncio do salário mínimo, sem a exigência de atender a algum indexador. |
| Lei 9.601, de 21/01/1998 | Institui o contrato de trabalho com prazo determinado, isentando as empresas de pagar a multa de 40% sobre os depósitos no FGTS, redução do percentual do FGTS de 8% para 2% e liberação da empresa do pagamento do aviso prévio. Esta lei “[...] se destinou a ampliar a oferta de empregos mediante o sacrifício de certos direitos dos trabalhadores, em vez de colocar em prática uma política de efetivo desenvolvimento econômico sustentável.” |
| Medida Provisória 1.779-5, de 14/12/1998 | Amplia o prazo de compensação das horas extras de 120 dias para um ano. Com isso, as empresas podem “[...] redefinir seus níveis de produção sem que isso implique despesas adicionais com o pagamento de horas extras ou a contratação de novos trabalhadores”. |
| MP 1.709/98 | Institui o trabalho em tempo parcial (menos de 25 horas semanais) – regulamenta o trabalho parcial, isto é, uma jornada de até 25 horas semanais, em que o regime de tempo parcial será feito mediante opção dos atuais trabalhadores, manifestada perante a empresa ou na contratação de novos empregados. O salário e os demais direitos são determinados em conformidade com a duração da jornada semanal trabalhada. |
| MP 1.726/98 | Suspensão temporária do contrato de trabalho para que o trabalhador possa buscar qualificação. O trabalhador terá uma “bolsa qualificação” e a empresa a redução de uma série de gastos. |
| MP 1.878-64/99 | Autoriza os trabalhos aos domingos para comércio varejista. |
| Lei 8.959/2000 | Prevê a criação de CCP – Comissões de Conciliação Prévia, que deve ter composição paritária (trabalhadores e empregados). Depois de constituída em uma determinada categoria ou empresa, todos os processos trabalhistas individuais somente poderão ser ajuizados depois de prévia tentativa de conciliação entre as partes litigantes. |

Quadro 2 – Flexibilização e direitos trabalhistas no Brasil.

Fonte: Elaborado pelo autor baseado em Krein (2001) e Busnello (2000).

2.4.3 Reflexos no nível de desemprego

A revolução tecnológica do final do século passado, se por um lado é estimulante e dinamizadora, dada a diversidade de produtos, eficiência e eficácia produtivas, por outro, o da demanda, é perturbadora, pelo aumento do desemprego, má distribuição de renda e conseqüente desigualdade social. “Não há dúvida de que as novas tecnologias informacionais de base microeletrônica desalojam ocupações tradicionais e diminuem postos de trabalho, inclusive os postos criados pela sua introdução no processo produtivo” (FARIA, 2007, p. 215).

A re-estruturação produtiva da chamada “década neoliberal” destruiu milhares de carreiras profissionais, seja através de demissões sumárias ou via programas de demissão voluntária. Conforme Alves (2007, p. 204), “A década de 1990 no Brasil foi a *década da precarização do trabalho e da nova precariedade*”.

É interessante observar que alguns setores da economia reagem de forma diferente ao fenômeno da re-estruturação produtiva. Segundo Costa (2001), o setor bancário, por exemplo, em janeiro de 1991 contava com 754 mil trabalhadores no território nacional. Em outubro de 2000, o número de funcionários do setor girava em torno de 394.500.

Já no setor da saúde, em relação aos níveis de emprego, nota-se um comportamento diferente, que pode ter suas explicações talvez distantes do campo da re-estruturação produtiva e mais próximas das reformas sanitárias, implementadas a partir dos anos 70, que promoveram uma grande ampliação da assistência e do movimento de qualidade iniciado pelos hospitais.

No estudo realizado por Pires (2008, p.226) em dois hospitais das regiões sul e sudeste do Brasil, um público e outro privado, a pesquisadora constatou que de 1998 a 2008 o uso de tecnologia de ponta foi intensificado, e no mesmo período, a força de trabalho aumentou em número e em qualificação. A autora afirma ainda que já entre 1970 e 1980 o total da força de trabalho em saúde no Brasil quase duplicou.

Segundo Braverman (1987, p.240), os processos de trabalho incorporados pelas funções criadas no setor de serviço são menos suscetíveis de mudança tecnológica do que os processos da maioria das indústrias produtoras de bens. “Assim, enquanto o trabalho tende a estagnar ou encolher no setor fabril, ele aumenta nos serviços e encontra uma renovação das formas tradicionais de concorrência”.

Diferentemente de outros setores, a introdução de tecnologias de base microeletrônica na área da saúde pode não ter causado desemprego, pelo menos não de uma forma generalizada. Certamente que algumas áreas, como as administrativas, de comunicação, arquivamento, podem ter sofrido redução, mas as áreas assistenciais como enfermagem, medicina, nutrição, diagnóstico, dentre outras, compensaram essas possíveis perdas.

A utilização de novas tecnologias nos hospitais exige a contratação de novos profissionais, inexistentes há até pouco tempo, como operador de ressonância magnética, operador de tomógrafo, técnico em manutenção de ventiladores, dentre outros. As novas tecnologias empregadas melhoram o prognóstico do paciente e tornaram possível uma série de outros cuidados e intervenções impraticáveis antes do seu uso, implicando desta forma na necessidade de um número cada vez maior de trabalhadores.

Portanto, a inserção de novas tecnologias no setor saúde, sobretudo no âmbito hospitalar, não impactou de forma negativa nos níveis de emprego, conforme Pires (2008). Contudo, é importante ressaltar que nesse mesmo período os hospitais passaram por mudanças relacionadas à melhoria da qualidade da assistência, ao aumento da burocratização e dos controles visando o atendimento às exigências das agências e dos órgãos acreditadores, o surgimento de novas profissões, além do aumento da demanda provocada pela mudança do perfil epidemiológico da população e da implementação de políticas de bem-estar social.

Todas estas mudanças podem ter contribuído para disfarçar a extinção e/ou redução de alguns postos de trabalho, como auxiliares de revelação de filmes, coletores de dados estatísticos, atendentes de enfermagem, dentre outros.

2.5 Re-estruturação produtiva no setor de serviços

Um dos aspectos sempre presente nas discussões dos autores que se dedicam aos estudos da sociedade humana, sobretudo no que se refere ao trabalho, é quanto ao processo de migração dos trabalhadores da área rural para a indústria, que teve seu auge com a Revolução Industrial, e mais recentemente, a partir do final do século XIX, da migração dos trabalhadores da indústria para o novo setor de serviços.

Já na primeira metade do século passado, Clark (1940 apud BRAVERMAN, 1987, p. 308) avaliava que “o mais importante acompanhamento do progresso econômico é o movimento da população trabalhadora transitando da agricultura para a indústria e da indústria para o comércio e serviços”.

A re-estruturação produtiva levada a cabo inicialmente na indústria acarretou profundas modificações na estrutura de empregos em diversos países e no Brasil. À medida que postos de trabalho eram eliminados na indústria cada vez mais “lifoilizada”, grande parte era deslocada e absorvida pela demanda crescente por serviços. Como corrobora Antunes (2003, p.22), “entre as décadas de 1970 e 1990, os serviços aumentaram, em média, 50% sua participação relativa na estrutura ocupacional”.

O Brasil, de acordo com Pochmann (2000), se durante a década de 1970 chegou a possuir cerca de 20% do total de empregos na indústria de transformação, 20 anos depois esta mesma indústria absorvia menos de 13% do total da ocupação nacional. Ainda segundo o autor, entre as décadas de 1980 e 1990, a economia brasileira perdeu aproximadamente 1,5 milhão de empregos no setor de manufatura.

Segundo Pires (2008, p. 61), “no início da década de 70, apenas os EUA e o Canadá superavam o nível de 60% do emprego em serviços e, no final dos anos 80, o fenômeno já ocorria em 12 países”.

Segundo o DIEESE (2007), de 1992 a 2001 a participação do setor agrícola na estrutura de empregos do Brasil encolheu de 28,3% para 20,6%, enquanto a do setor de serviços subiu de 49,2% para 57,6%.

Em menos de uma década o percentual de trabalhadores no campo decresceu 8 pontos percentuais, que praticamente foram absorvidos pelo setor de serviços, enquanto a indústria sofreu leve baixa de 0,5 ponto percentual. Pode parecer pouco, mas quando se analisa as alterações dentro de cada setor, conclui-se que os 8 pontos percentuais de queda observados no setor agrícola, por exemplo, correspondem a quase 30% de migração dos seus trabalhadores.

O fenômeno de migração da força de trabalho dos setores agrícola e industrial para o setor de serviços deveu-se principalmente aos processos de mecanização e automatização, intensamente aplicados nestes dois primeiros setores, explica Antunes (2003). No campo, a mecanização feita através de tratores, plantadeiras e colheitadeiras, assim como a utilização de modernas técnicas de manejo, proporcionaram ganhos de produção dificilmente alcançados por um produtor familiar. Na indústria, além do uso das novas tecnologias físicas (de base microeletrônica), inclui-se a utilização de novas formas de organização do trabalho, visando à produção flexível e enxuta, conforme já mencionado anteriormente.

Com isso, é inevitável que os trabalhadores excedentes busquem outras formas de aplicar a sua força de trabalho, indo encontrar então uma solução no surgimento e no crescimento do setor de serviços.

Para Braverman (1987), as condições para o surgimento e rápido crescimento do setor de serviços devem-se principalmente à completa conquista das atividades industriais (correspondendo à acumulação de capital e trabalho) e ao “inexorável” crescimento das necessidades de serviços à medida que a nova forma de sociedade destrói as antigas formas de cooperação mútua social, comunitária e familiar.

À medida em que os membros da família, muitos deles agora trabalhando longe do lar, tornam-se cada vez menos aptos a cuidar uns dos outros em caso de necessidade, e à medida que os vínculos de vizinhança, comunidade e amizade são reinterpretados em uma escala mais estreita para excluir responsabilidades onerosas, o

cuidado dos seres humanos uns para com os outros torna-se cada vez mais institucionalizado (BRAVERMAN, 1987, p. 238).

As pessoas passam então a perceber que no modo de vida capitalista, tudo pode (ou deve) ser comprado e vendido. A cada dia surgem novos serviços especializados para tudo o que se deseja. O mercado capitalista vai além e busca meios de criar (ou despertar) necessidades que as pessoas jamais haviam imaginado que as tivesse, sempre com o propósito de reproduzir o capital.

Para Mills (1979), o surgimento dessas novas especialidades deu-se pela revolução tecnológica e a crescente aplicação da ciência nos diversos setores da vida econômica; pelo aumento da complexidade das instituições e dos problemas técnicos, demandando cada vez mais especialistas; a interdependência e influência mútua entre os setores geram novas necessidades e novas profissões e/ou subprofissões.

Braverman (1987) esclarece que esta fase do capitalismo monopolista constitui-se de três fases: 1. conquista de toda forma de produção de bens sob a forma de mercadoria; 2. conversão dos serviços em mercadorias; e 3. invenção de novos produtos e serviços, que ele chama de “ciclo de produto”.

Como os trabalhadores passaram a dedicar a maior parte do seu tempo às tarefas dentro das empresas, o pouco tempo livre do qual dispunham passou a ser investido no lazer e nas tarefas de casa. Com o mercado oferecendo todo e qualquer tipo de produto ou serviço através de especialistas, as pessoas começaram a sofrer do que Braverman (1987) chamou de “atrofia da competência”. Segundo o autor, a população acha-se “na situação de incapacidade de fazer qualquer coisa que facilmente não possa ser feito mediante salário no mercado” (BRAVERMAN, 1987, p. 239).

Para Braverman (1987), à medida que estes avanços industriais e de serviços aliviam o trabalho da família, aumentam a futilidade da vida familiar, esvaziam-na de sentimentos, despem-na dos vestígios da comunidade e deixam em seu lugar apenas um vínculo monetário.

É o que se constata, quando se vê pais transferindo toda a responsabilidade pela educação de seus filhos às escolas e quando se vê um número cada vez maior de pessoas procurando apoio terapêutico ou especializado, por exemplo, junto aos mais diversos profissionais, podendo dispor cada vez menos da ajuda de amigos e familiares.

Offe (1991, p. 15) percebe os serviços como necessários à manutenção da estrutura formal e produtiva de uma sociedade. O setor de serviços seria então responsável pela “manutenção das condições físicas da vida social, dos sistemas de normas culturais e legais, a transmissão e o desenvolvimento do acervo de conhecimentos de uma sociedade, seus sistemas de informação e circulação”.

As mudanças na forma de vida em sociedade institucionalizaram e contribuíram para o aumento no volume dos serviços, que pôde ser percebido através do surgimento e da ampliação de organizações como restaurantes, hotéis, motéis, hospitais, escolas, transportadoras, salões de beleza, segurança, transporte, oficinas e outras.

Segundo Offe (1991), o aumento do setor de serviços pode ser explicado por três possibilidades: 1) os serviços aumentam como estratégia empresarial de absorver e manejar os riscos da luta competitiva entre as empresas (serviços de proteção ao trabalhador, serviços de atendimento ao cliente, serviço de vendas); 2) como reação estratégica de socialização dos custos crescentes da reprodução dos trabalhadores e suas exigências pelo conflito de classes; 3) para fazer frente às tendências de estagnação econômica do setor industrial e para compensar os estrangulamentos decorrentes da superindustrialização.

No que se refere ao trabalho em saúde, sobretudo àquele desenvolvido nos hospitais, as transformações relacionadas ao local da assistência, dos meios empregados e do propósito foram bastante profundas.

O local prioritário de atendimento, tanto dos religiosos quanto dos médicos e práticos, era o domicílio do paciente. Havia ainda aqueles que atendiam em uma espécie de consultório montado na residência de quem prestava o serviço ou nas corporações de artífices. O trabalho quase sempre era integral e geralmente

envolvia o diagnóstico, a decisão sobre a terapêutica e a prestação de alguns cuidados.

Segundo Pires (2008, p. 84), “os hospitais e enfermarias dos religiosos, até o século XVIII, eram instituições de caráter essencialmente religioso, nos quais os doentes das camadas pobres eram atendidos”. Tanto para quem prestava o atendimento para quem o recebia, o caráter espiritual da assistência era sempre destacado. Todos os envolvidos viam este momento como uma oportunidade de redenção de seus pecados e de salvação da sua alma.

A população que dispunha de melhores condições financeiras jamais se dirigia até os hospitais, e corriqueiramente era tratada em suas próprias casas. Tudo o que o médico necessitava para o diagnóstico do paciente cabia em sua maleta, e a medicação e os cuidados prescritos eram administrados pela própria família.

Somente a partir da segunda metade do século XVIII, com a decadência da hegemonia da metafísica e a emergência do positivismo como concepção de ciência, que ocorre um grande avanço nos conhecimentos relativos à saúde. Foucault (1979, p. 109) explica que a partir do momento em que o hospital é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar. A partir deste momento, o hospital, local escolhido para concentrar os pacientes e todos os profissionais da saúde, bem como os diversos equipamentos que surgiriam, tornou-se uma importante instituição na sociedade, detentora de grande *status* e também de crescente complexidade.

Com a ruptura do modelo médico-assistencialista, que substitui a figura dos religiosos pela dos médicos e transforma o hospital num centro de ciência e tecnologia, e com as mudanças nas formas de organização do trabalho trazidas pela re-estruturação produtiva, torna-se necessário e enriquecedor o resgate dos conceitos do taylorismo-fordismo para fins de se traçar um paralelo entre os modelos.

2.6 Um paralelo com o paradigma taylorista/fordista

O sistema de produção e organização do trabalho utilizado pelas empresas até os anos de 1970 era hegemonicamente taylorista/fordista. O taylorismo busca resolver o problema da dependência do capital frente à habilidade do trabalho vivo, sobretudo através da separação entre concepção e execução, da parcelização do trabalho, do controle de tempos e movimentos e da superespecialização do trabalhador. Para Braverman (1987, p. 70), “o mais antigo princípio inovador do modo capitalista de produção foi a divisão manufatureira do trabalho.”

O trabalho é dividido em parcelas cada vez menores, que devem ser cumpridas em tempos e movimentos prévios e “cientificamente” estabelecidos. Os empregados especializam-se cada vez mais em fragmentos cada vez menores de tarefas e o seu tempo deve ser totalmente voltado para o “fazer”. Pensar não é o seu trabalho. Braverman (1987, p. 98) resume e caracteriza o taylorismo como o “controle do trabalho (pelo capital) através do controle das *decisões que são tomadas no curso do trabalho*”.

Segundo Moraes Neto (1991, p. 34), “pela via taylorista, busca-se *objetivar o fator subjetivo*, o trabalho vivo”. Para Taylor, somente com a “administração científica” seria possível superar os obstáculos criados pelo antagonismo de interesses entre empregados e empregadores. Como corroboram Pugh e Hickson (2004, p. 102):

Isso poderia ser conseguido por meio de um estudo sistemático do trabalho para descobrir o método mais eficiente de executar cada tarefa, combinado com um estudo sistemático de administração de forma a se chegar a métodos mais eficientes de controlar os trabalhadores.

Taylor foi o primeiro a dedicar-se aos estudos a respeito das formas de produção e organização do trabalho dentro das empresas pós-capitalistas. De acordo com Pugh e Hickson (2004), Taylor logo percebeu que as empresas valiam-se de sistemas falhos e ineficientes de controle sobre o trabalho e a produção e que

existia um grande distanciamento entre os interesses dos empregados e empregadores, sendo necessário aproximá-los.

Anos mais tarde, Ford, e com ele, métodos e estudos mais avançados e, até certo ponto, considerando-se a divisão do trabalho, baseada na hierarquização, na cronometria, na departamentalização, na normatização e na centralização do poder, voltou-se para a linha de produção, reorganizando a planta industrial e criando o conceito de produção em massa. A principal introdução feita por Ford no sistema de produção foi a criação do conceito de “linha de montagem”, que consistia numa esteira que transportava tudo o que era necessário até o alcance dos braços do trabalhador. Ford partia do princípio de que era necessário “trazer o trabalho ao operário em vez de levar o operário ao trabalho” (MORAES NETO, 1991, p. 47).

A noção de *tempo alocado*, aplicada por Taylor para a realização de cada tarefa, ganha agora um caráter ainda mais perverso, a noção de *tempo imposto*, uma vez que o ritmo do trabalho passou a ser totalmente determinado pelo planejador, que controla a esteira. Ford adota os princípios do taylorismo e os coloca mais efetivamente em prática, para obter uma intensificação ainda maior do trabalho.

Antes de tratar especificamente das inovações trazidas pela re-estruturação produtiva, é importante relatar, juntamente com as características do taylorismo/fordismo, as contribuições de Fayol para o sistema de produção conhecido como o modelo norte-americano. Por que não denominá-lo, então, de taylorismo/fordismo/fayolismo?

Da mesma forma com que Taylor dividiu o trabalho em tarefas, Fayol dividiu o trabalho em funções e departamentos. Segundo Coriat (1994, p. 75), “com a criação de seu mais conhecido ícone, o organograma”, Fayol contribuiu principalmente para o estabelecimento da autoridade, da separação estrita de funções e da parcelização das tarefas. No que se refere ao fayolismo, o que é colocado em xeque pela re-estruturação produtiva é, principalmente, a dependência que o sistema possui de que as inovações venham sempre de cima para baixo e a rigidificação da separação funcional.

3 GESTÃO HOSPITALAR

Esta seção apresenta parte do referencial teórico que serve de suporte para esta dissertação. Resgata um breve histórico das instituições hospitalares, desde o século XVII , quando eram conduzidas por religiosos e voluntários que privilegiavam o aspecto espiritual, até os dias atuais, em que os hospitais constituem grandes centros de tecnologia, em que o aspecto científico e multiprofissional é marcante. Elenca ainda, no item 3.2, as peculiaridades presentes nestas instituições, que as tornam únicas e de complexa gestão.

3.1 Um breve histórico do hospital contemporâneo

O hospital contemporâneo, da forma como é conhecido hoje, é uma instituição relativamente muito recente. Durante a idade média, estes estabelecimentos destinavam-se ao atendimento de pessoas carentes, que viam estas instituições como o seu último refúgio; um local para buscar a paz espiritual e se livrar de seus pecados. O caráter espiritual dos hospitais não era fruto do acaso, uma vez que estas instituições não eram até então o local de trabalho dos médicos e eram conduzidos por religiosos. “Estas instituições funcionavam como verdadeiros isolamentos sociais, destinados ao recolhimento de mendigos e peregrinos (RIBEIRO FILHO, 2005, p.16).

De acordo com Foucault (1979), os hospitais que funcionavam na Europa desde a Idade Média não eram concebidos para curar, mas consistiam em instituições, de cunho caritativo, cujo objetivo primordial era a assistência aos pobres, como também separar e excluir indivíduos do convívio social. Ressalta que a medicina dos séculos XVII e XVIII era profundamente individualista e a experiência hospitalar estava excluída da formação ritual do médico. Até meados do século XVIII, Hospital e Medicina permaneceram independentes e o grande médico não aparecia no hospital.

Segundo Ribeiro Filho (2005), a necessidade de mão-de-obra saudável e em condições de trabalho exigida pela Revolução Industrial acelerou o processo de mudança dos hospitais, que passaram a tratar também dos trabalhadores que tinham a sua saúde prejudicada pelas precárias condições de trabalho das fábricas.

Os profissionais médicos passaram a reunir-se e a trabalhar nestas instituições, que também passou a concentrar toda a forma de conhecimento, de pesquisas e de incorporação de novas tecnologias. O embate entre a ciência e a religião foi inevitável. Os religiosos deixaram estas instituições e o poder migrou então para as mãos dos médicos, que passaram a conduzi-las de maneira a privilegiar o aspecto científico em detrimento do espiritual e do religioso.

O hospital dá início, então, a um processo de profundas modificações, transformando-se numa instituição dinâmica, multiprofissional e complexa, como confirma Ruthes e Cunha (2007, p. 94):

O hospital moderno é uma organização completa e complexa. O hospital moderno exhibe um conjunto de finalidades: a assistência ao doente, o ensino, a pesquisa. Desempenha ao mesmo tempo o papel de hotel, centro de tratamento, laboratório e universidade, onde, além de se aplicar os conhecimentos existentes para a cura dos enfermos, se transmite a experiência passada a novos elementos e se olha o futuro através da experimentação ativa ou da observação passiva, contribuindo para o progresso da ciência.

Com essa mudança, houve uma crescente e incessante incorporação tecnológica e de recursos humanos e um aumento do domínio da indústria farmacêutica, que, somados à mudança do perfil epidemiológico da população, provocaram um aumento da complexidade e dos gastos com procedimentos nestas instituições.

3.2 Especificidades da gestão hospitalar

Em toda empresa que presta serviços existe a peculiaridade da realização num mesmo espaço e tempo da unidade entre produção e consumo e entre profissional e clientela, o que já se constitui num fator complicador. No entanto, os hospitais apresentam um maior grau de complexidade devido a algumas características e especificidades, conforme Rivera (1995, p. 147):

- [...] hipertrofia e grande autonomia dos centros operados, identificados com o trabalho técnico assistencial;
- imprecisão dos produtos e dos critérios de eficácia;
- coordenação do trabalho a partir de saberes, normas e práticas adquiridas fora das organizações prestadoras de serviço, em nível dos centros formadores e das associações profissionais;
- difícil e desaconselhável normatização ou padronização dos processos de trabalho específicos, devido à diversidade dos cuidados, à imprevisibilidade da demanda, à falta de critérios claros que permitam equacionar estes processos em termos de uma relação de custo-benefício, e finalmente, devido ao componente interativo e comunicacional de todo ato de produção individual;
- problemas centrados na coordenação das categorias profissionais que formariam a equipe de saúde e na inexistência de critérios claros de avaliação e de imputabilidade de responsabilidades.

Apesar das instituições hospitalares possuírem uma estrutura administrativa burocrática, o poder e a autonomia dos médicos caracterizam uma peculiaridade muito marcante. Os médicos constituem mais que um poder paralelo dentro destas instituições, seja pela detenção do conhecimento específico, seja pela responsabilidade legal e moral que tem sobre a vida dos pacientes, seja pela especificidade argumentada de cada caso.

Como confirma Jorge (2002), a grande especificidade reside na predominância do poder e autonomia dos médicos, apesar da existência de uma estrutura administrativa burocrática. Nesse sentido, a gestão e as políticas

hospitalares desenvolvidas estão, de uma forma ou de outra, amarradas aos interesses dos grupos médicos.

Gurgel Júnior e Vieira (2002, p. 326) em estudo sobre a implantação de programas de qualidade nos hospitais apontam ainda que existem nestas organizações algumas especificidades de natureza econômica e organizacional que podem se colocar como possíveis obstáculos à introdução desses programas.

- a) as leis de mercado não se aplicam bem ao setor em face das necessidades humanas e prioridades não-mercantis, que se impõem independentemente dos custos de produção, valor de mercado e preços praticados;
- b) a concorrência não é um elemento forte no ambiente destas organizações, pois este é um segmento cronicamente carente em alguns países;
- c) a variabilidade da assistência demandada é enorme e cada paciente se comporta subjetivamente de maneira diferente, o que dificulta uma rígida padronização do processo de trabalho em saúde e a racionalização da oferta de serviços;
- d) não há simetria de informação neste mercado, pois os clientes são geralmente leigos e não têm capacidade de julgar seu tratamento, nem suas necessidades, o que dificulta o exercício das suas opções de consumo;
- e) o consumo do serviço é imediato à produção e, portanto, não há tempo para o controle prévio da qualidade, nem estoque para inspeção final;
- g) a produção do serviço é executada por uma grande variedade de profissionais de diversos níveis de escolaridade e formação, com interesses corporativos distintos;
- h) a categoria médica apresenta forte resistência aos programas por sentir-se fiscalizada e tolhida na conduta clínica dos pacientes ante o controle externo;

Percebe-se, portanto, que a instituição hospitalar, além de complexa, por sua missão estar diretamente ligada aos cuidados com a vida humana, é repleta de especificidades que a fazem uma empresa única, diferente de qualquer outra. O elevado grau de autonomia profissional e a multiplicidade de categorias, coordenadas segundo uma “prescrição” médica, se constitui em uma de suas características mais marcantes.

Para finalizar, deve-se acrescentar que os hospitais que se destinam ao ensino e à pesquisa, os chamados hospitais universitários ou hospitais-escola, têm ainda uma peculiaridade que contribui para o aumento da sua complexidade. Jorge (2002, p. 32) avalia que:

(...) a instituição escola médica sobrepõe-se à instituição hospitalar trazendo sua lógica adocrática, a da disciplinarização, e os vários poderes e saberes existentes em seu interior que trabalham no sentido da formação do profissional médico. Como organização de especialidades, com cultura e autonomia próprias, o hospital universitário tem que dar conta de uma diversidade de núcleos de especialistas que tendem a se apoderar do espaço público. E assim, está sempre na ordem do dia dos professores, os temas da superespecialização e incorporação de tecnologia, a definição de clientela e o perfil a serem atendidos em nome do ensino e da pesquisa. Ainda que isso, algumas vezes, signifique restrição e diferenciação da assistência, redução na produção assistencial, custos muito elevados, discriminação e seleção de clientela.

Além de todas as outras especificidades apresentadas, bem como seus múltiplos atores, o hospital-escola tem ainda de lidar com a formação profissional, que traz consigo a figura do médico professor. Nestas instituições, a preocupação com a formação sobrepõe-se muitas vezes sobre a assistência, e cuidados com custos de exames e tempo de permanência, por exemplo, são muitas vezes negligenciados.

Há ainda a questão da integralidade do cuidado e do trabalho multidisciplinar, essencial na atividade hospitalar, onde segundo Malik e Vecina Neto (2007), cada profissional quer garantir o seu saber específico, sem considerar o de outros, potencialmente complementares.

O gestor hospitalar tem, portanto, de lidar com uma grande diversidade de profissionais, com elevado grau de autonomia e múltiplos interesses que se constituem em variadas formas de resistência.

4 METODOLOGIA

Esta seção apresenta a caracterização da pesquisa e o percurso metodológico utilizado, detalhando, também, os instrumentos e procedimentos de coleta e análise dos dados.

4.1 Tipologia da pesquisa

Quanto à natureza dos dados e à abordagem do problema, trata-se de uma pesquisa qualitativa, uma vez que não empregará um instrumental estatístico como base do processo de análise do problema (RICHARDSON et al., 2008). Segundo o autor, os estudos que empregam uma metodologia qualitativa podem descrever a complexidade de determinado problema, analisar a interação de certas variáveis, compreender e classificar processos dinâmicos vividos por grupos sociais.

Quanto aos meios, a pesquisa é bibliográfica, documental e de campo, realizada mediante um estudo de caso. É bibliográfica, porque busca o embasamento teórico a respeito do tema em obras de diversos autores, publicadas em forma de livros, artigos, teses e dissertações. É documental, pois faz uso de dados encontrados em diversos documentos, tais como escalas de trabalho, manuais de normas e rotinas, livros de ata, artigos de jornal e revistas, portarias, avisos e fotos. E é de campo, já que coleta dados primários no contexto real da organização em estudo, mediante entrevistas semiestruturadas e questionários fechados.

Como trata-se de um tema contemporâneo e complexo e que exige aprofundamento e reflexões subjetivas acerca de suas transformações e dimensão, a estratégia de estudo de caso é apropriada, pois segundo Yin (2005, p. 34), esta oferece condições de:

[...] *explicar* os supostos vínculos causais em intervenções da vida real que são complexos demais para as estratégias experimentais ou aquelas utilizadas em levantamentos [...] *descrever* uma intervenção e o contexto na vida real em que ela ocorre [...] *explorar* aquelas situações nas quais a intervenção que está sendo avaliada não apresenta um conjunto simples e claro de resultados.

Ainda de acordo com Yin (2005), a estratégia de estudo de caso é recomendada quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e quando o foco se dirige a um fenômeno contemporâneo em um contexto natural.

De acordo com os fundamentos lógicos de um estudo de caso descritos por Yin (2005), esta pesquisa enquadra-se como um estudo de caso representativo ou típico, já que a organização selecionada apresenta características comuns de diversos hospitais, e revelador, pois são raros os estudos sobre a re-estruturação produtiva nestas organizações.

Quanto aos fins, a pesquisa é de caráter exploratório, por tratar de um tema relativamente pouco explorado: a re-estruturação produtiva no contexto das organizações de saúde. É, ainda, descritiva, por abordar os aspectos organizacionais e tecnológicos do processo estudado, descrevendo seus significados, impactos e abrangência, ao mesmo tempo em que busca estabelecer relações entre as variáveis e temas subjacentes a esta questão. Yin (2005) explica que, quanto aos fins, a primeira e mais importante condição para diferenciar as várias estratégias de pesquisa é identificar o tipo de questão de pesquisa que está sendo apresentada.

4.2 Unidade de Análise e Sujeitos da Pesquisa

A organização foco desta pesquisa é um hospital filantrópico, de grande porte, com 166 leitos e quase 600 funcionários, localizado na cidade de Fortaleza -CE. A escolha justifica-se por tratar-se de uma instituição com quase 40 anos de

funcionamento, que vivenciou, portanto, o período pré re-estruturação produtiva e por apresentar outras características destacadas adiante.

Por tratar-se de uma instituição filantrópica, o hospital mantém convênio com o Sistema Único de Saúde - SUS, atendendo a pacientes de classes econômicas menos favorecidas e também prestando serviços a pacientes particulares e de planos de saúde, sendo esta uma clientela mais exigente e que dispõe de condições para escolher o hospital de sua preferência.

Sobretudo pelo atendimento à clientela do Sistema Único de Saúde – SUS e pela dependência parcial de recursos públicos, o hospital filantrópico guarda algumas semelhanças com os hospitais públicos. Com as instituições privadas, além da clientela de planos de saúde e particulares, o hospital filantrópico tem semelhanças quanto à inexigibilidade do cumprimento das normas de licitações, concursos públicos, estabilidade de emprego e etc., mantendo desta forma a sua agilidade e flexibilidade nas tomadas de decisão e na execução. Portanto, conclui-se que, dos três principais tipos de arranjos organizacionais de hospitais existentes no Brasil (público, privado e filantrópico), o tipo “filantrópico” é o que reúne o maior número de características dos outros dois tipos, podendo melhor representá-los.

Ressalta-se ainda, que o hospital escolhido apresenta sinais evidentes de re-estruturação, como a introdução maciça de inovações tecnológicas e organizacionais para superar uma grave crise econômica instalada no final da década de 1990.

As entrevistas foram realizadas com o diretor geral, o gerente de recursos humanos, a gerente da Unidade de Terapia Intensiva - UTI, a gerente do Centro Cirúrgico e a gerente do Centro de Diagnósticos, totalizando cinco entrevistados.

A escolha do diretor geral deveu-se ao fato de tratar-se do indivíduo que ocupa a posição que tem as melhores condições de ter uma visão mais completa, mais abrangente sobre a organização como um todo, além de ser o profissional que tem acesso a todas as informações e que toma as decisões estratégicas. A escolha do gerente de recursos humanos foi baseada no argumento de que é o indivíduo que está mais intimamente ligado às questões relacionadas aos trabalhadores,

como flexibilidade das relações de trabalho, qualificação, terceirização e desemprego. Já a escolha dos gerentes das unidades de UTI, Centro Cirúrgico e Centro de Diagnóstico justificou-se por tratar-se dos indivíduos que dispõem das informações a respeito do comportamento dos membros de suas equipes e da dimensão da introdução das novas tecnologias físicas e organizacionais, uma vez que têm acesso aos dados relacionados a todos os turnos de trabalho, regimentos, normas e rotinas e devem possuir conhecimento mínimo sobre grande parte das tarefas desenvolvidas e dos equipamentos disponíveis.

As unidades de UTI, Centro Cirúrgico e Centro de Diagnóstico foram selecionadas como alvo do estudo por serem consideradas as que mais são afetadas com a introdução de novas tecnologias de base microeletrônica, como equipamentos de monitoramento automático, de controle de infusão de soluções, de procedimentos minimamente invasivos e de diagnósticos cada vez mais precisos e diversificados. Segundo Pires (2008, p.207) “As unidades básicas (clínica e clínico-cirúrgica), praticamente, não usam equipamentos de tecnologia de ponta na prática assistencial”.

A distribuição dos questionários foi feita entre todos os profissionais médicos, enfermeiros, técnicos em enfermagem, instrumentadores cirúrgicos, fisioterapeutas e técnicos em radiologia das mesmas unidades estudadas (UTI, centro cirúrgico e centro de diagnósticos), por estes constituírem o grupo de trabalhadores que faz uso mais intenso das novas tecnologias físicas e que estão, portanto, mais expostos aos seus efeitos, como a (des) qualificação, terceirização, desemprego e sobrecarga de trabalho. Foram distribuídos 96 (noventa e seis) questionários, cuja forma de distribuição e quantidade retornada é apresentada no Quadro3, alocado no item 4.3.

4.3 Instrumentos e procedimentos de coleta dos dados

Os instrumentos de coleta de dados adotados foram a análise documental, para os dados secundários, e um roteiro de entrevista semiestruturada e o questionário fechado, para os dados primários.

Segundo Bardin (1995), a análise documental é uma fase preliminar da constituição de um serviço de documentação ou de um banco de dados e permite passar de documento primário para um documento secundário, visando facilitar a sua consulta e referência.

Na análise documental, foram utilizados relatórios administrativos, regimentos, escalas de trabalho, manuais de normas e rotinas, portarias, protocolos de atendimento, fotos e relatórios de comissões do período delimitado.

A entrevista e o questionário, segundo Fachin (2001), têm como função a explicação sistemática das coisas (fatos) que ocorrem no contexto social e geralmente se relacionam com uma multiplicidade de variáveis. Daí a grande dificuldade em se criar modelos econométricos que as representem. Nesses casos, os dados devem ser representados sob a forma de tabelas, quadros, gráficos estatísticos e por meio de uma análise descritiva que os caracterizem.

O roteiro utilizado para a entrevista semiestruturada, apresentado na íntegra no Apêndice B, é composto por nove questões-chave, que permitiram ao entrevistador buscar as respostas de forma previamente categorizada e a manter o foco nas questões de interesse.

O modelo do questionário é apresentado de forma completa no Apêndice C. É composto de dez questões, sendo as duas primeiras voltadas para o levantamento do perfil profissional dos respondentes. Cada uma das oito questões seguintes oferece quatro opções de resposta, que variam em termos de grau, de modo que o respondente possa escolher a resposta que melhor exprime sua visão sobre o tema em foco. Estas questões foram agrupadas em blocos, tendo por base os objetivos específicos 2 e 3 da pesquisa. O objetivo específico 1, que trata das principais

inovações tecnológicas e organizacionais, não pôde ser contemplado no questionário, por tratar-se de uma questão estritamente descritiva.

O Quadro 3 consolida as informações sobre os instrumentos de coleta e os sujeitos/respondentes da pesquisa do hospital.

| Instrumento de Coleta | Sujeitos / Respondentes da Pesquisa | |
|-----------------------|--|------------|
| | Cargo/Função | Quantidade |
| Entrevistas | Diretor Geral | 1 |
| | Gerente de Recursos Humanos | 1 |
| | Gerente do centro cirúrgico | 1 |
| | Gerente da UTI | 1 |
| | Gerente do centro de diagnósticos | 1 |
| | Total | 5 |
| Questionários | Enfermeiro do centro cirúrgico | 03 |
| | Técnico em enfermagem do centro cirúrgico | 35 |
| | Instrumentador cirúrgico | 15 |
| | Médico do centro cirúrgico | 05 |
| | Fisioterapeuta da UTI adulto | 02 |
| | Enfermeiro da UTI adulto | 05 |
| | Técnico em enfermagem da UTI adulto | 14 |
| | Médico da UTI adulto | 09 |
| | Técnico em Radiologia do centro de diagnóstico | 07 |
| | Médico do centro de diagnóstico | 01 |
| | Total | 96 |

Quadro 3 - Informações sobre os instrumentos de coleta e os sujeitos da pesquisa.
Fonte: Dados da pesquisa de campo (2010).

Do total de 96 questionários distribuídos, 88 (92%) retornaram devidamente preenchidos.

A relação entre as questões das entrevistas e dos questionários e os objetivos específicos da pesquisa é apresentada no Quadro 4.

| Objetivos específicos | Temas / variáveis do referencial teórico | Questões dos Instrumentos de coleta | |
|-----------------------|---|-------------------------------------|-----------------|
| | | Roteiro Entrevista | Questionário |
| 1 | Mapear as principais mudanças implementadas no campo da inovação tecnológica e organizacional | 2.1 e 2.2 | Não contemplado |
| 2 | Avaliar a adoção das principais inovações tecnológicas em termos de sua intensidade e repercussões | 3.1 a 3.3 | 2.1 a 2.4 |
| 3 | Avaliar a adoção das principais inovações organizacionais em termos do seu processo e repercussões; | 4.1 a 4.4 | 3.1 a 3.4 |

Quadro 4 – Relação entre objetivos específicos e as questões dos instrumentos de coleta de dados.
Fonte: Elaborado pelo autor (2010).

4.3.2 Procedimentos de coleta dos dados

Marconi e Lakatos (2007) alertam que é necessário delimitar temporalmente o problema pesquisado, podendo ser um dado momento, ou ao longo de certo período. Como o fenômeno pesquisado apresentou-se de forma mais intensa no Brasil a partir do início dos anos 1990, adotou-se como marco temporal o período de 1990 a 2010 para a coleta dos dados.

Pochmann (2000) corrobora a escolha deste período ao afirmar que somente posteriormente (em referência à década de 1990) foi possível identificar que a problemática da re-estruturação produtiva no Brasil seria mais complexa, envolvendo razões bem mais amplas, como a estagnação econômica das duas últimas décadas e o novo modelo econômico de inserção internacional implementado a partir de 1990 no país.

O processo de coleta de dados foi cumprido em dois momentos. Primeiramente foi realizada uma visita inicial para a apresentação do projeto de pesquisa ao público das entrevistas. Esta etapa demandou cerca de 8 horas e neste período foram apresentados os Apêndices B e C e a necessidade de acesso aos documentos elencados no item anterior. O segundo momento, que compreendeu as entrevistas, a aplicação dos questionários e a pesquisa documental, foi executado no período de 26/4 a 21/5/2010, demandando cerca de 64 horas.

Todas as cinco entrevistas, previamente agendadas na visita inicial, foram realizadas nos horários mais convenientes para os entrevistados. Cada entrevista teve duração média de 30 minutos. Todas foram gravadas e transcritas.

A distribuição dos questionários foi realizada em diversos turnos, uma vez que os trabalhadores das unidades pesquisadas cumprem escalas diurnas ou noturnas, de 6h e 12h. Esta fase da pesquisa contou com o apoio dos gerentes das unidades, que auxiliaram na distribuição e recolhimento de parte dos questionários. O questionário era entregue ao trabalhador e a este era solicitado o seu preenchimento durante o intervalo para descanso. Como não havia um horário estabelecido para o

descanso, nem sempre foi possível aguardar o preenchimento de todos os questionários.

A análise documental foi realizada principalmente nos relatórios administrativos, que continham informações sobre a evolução do número de atendimentos, de cirurgias, de trabalhadores, da receita e das despesas, de atendimentos pelo SUS, dentre outras. A pesquisa buscou também informações contidas em manuais de normas e rotinas, em escalas de trabalho, em fotos e em portarias. Esta fase da pesquisa também contou com o apoio de trabalhadores da contabilidade, da secretaria e do arquivo do hospital. A análise documental do período de 1990 a 2000 ficou prejudicada devido à insuficiência de documentos da época.

4.4 Técnica de análise dos dados

A técnica de análise dos dados adotada foi a de análise de conteúdo, que de acordo com Laville e Dionne (1999), consiste em desmontar a estrutura e os elementos desse conteúdo para esclarecer suas diferentes características e extrair sua significação. Para Collis e Hussey (2005), a análise de conteúdo é uma maneira de converter sistematicamente texto em variáveis numéricas para a análise quantitativa de dados.

Para Richardson et al. (2008) esta técnica de pesquisa busca obter, por meio da sistematização objetiva de procedimentos, a descrição dos conteúdos das entrevistas, tentando compreender e aprofundar suas características, fundamentando-se em teorias relevantes que esclareçam as descobertas do pesquisador.

Para análise da primeira etapa da pesquisa, em relação aos questionários aplicados, foi utilizada estatística descritiva, para demonstração dos dados coletados. Adicionalmente, utilizou-se programas e aplicativos da informática, como

o **software Excel** para a elaboração de quadros e tabelas, apresentando sínteses de aspectos relevantes da situação estudada.

Na segunda etapa, com o propósito de organizar os dados coletados nas entrevistas, estas foram transcritas de forma a permitir a análise qualitativa das respostas de cada entrevistado e do grupo como um todo. Ao longo da descrição, da análise e da discussão do caso pesquisado, apresentam-se fragmentos das entrevistas realizadas, como forma de se registrar a visão e a opinião dos entrevistados acerca das questões investigadas.

Neste estudo, foi utilizada como técnica principal a categorização, que faz parte da análise de conteúdo. Conforme Cabral (2001), a técnica de categorização requer que o material coletado seja organizado e classificado conforme critérios ou variáveis flexíveis, mas previamente definidos, de acordo com os objetivos da pesquisa. As variáveis-chave a serem consideradas estão relacionadas à temática da re-estruturação produtiva, conforme sintetizado no Quadro 5.

| Elementos da Re-estruturação Produtiva | Categorias/Variáveis-Chave | |
|--|----------------------------|--|
| Inovações Tecnológicas | Exemplos | Aparelho de videocirurgia / monitor multiparamétrico / bisturi ultrassônico / tomógrafo / ultrassom |
| | Intensidade | Muito intensa / Intensa / Média / Reduzida |
| | Repercussões | Aumento da demanda de pacientes planos de saúde e particulares / aumento no número de trabalhadores |
| Inovações Organizacionais | Exemplos | Gestão participativa / 5 "S" / CCQ / <i>kaizen</i> / <i>just in time</i> / protocolos de atendimento / parcerias |
| | Processo de adoção | Participativo / autoritário / delegado |
| | Repercussões | Redução dos custos / intensificação do trabalho |

Quadro 5 – Categorias/variáveis-chave da re-estruturação produtiva.

Fonte: Elaborado pelo autor (2010).

Ressalta-se que este é um árduo processo de construção, que pressupõe tanto uma intensa e recorrente atividade manual, quanto à capacidade analítica e afinidade com a literatura pertinente. A qualidade das interpretações a serem construídas depende do conhecimento, da sensibilidade e da capacidade do analista de operar conceitos e construtos do referencial teórico, estabelecendo e

desocultando vínculos. A análise requer reflexão crítica, mas também pressupõe uma longa imersão no material de leitura.

5 RE-ESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA NO HOSPITAL CURA D'ARS

Esta seção dedica-se à apresentação, análise e discussão dos dados obtidos na pesquisa de campo. As questões apresentadas nos objetivos específicos são retomadas e utilizadas como orientadoras das discussões que se seguem. Todos os trechos em que constam falas e discursos foram retirados das entrevistas, conforme APÊNDICE B. Já os trechos que trazem valores percentuais e avaliações de intensidade, repercussões e participação foram obtidos através da análise dos questionários, conforme APÊNDICE C.

Mas antes, a seção apresenta uma caracterização e um histórico do hospital pesquisado.

5.1 Caracterização do hospital pesquisado

A construção do Hospital Cura d'Ars teve início no ano de 1956, sob o comando de seus idealizadores, Monsenhores José Mourão Pinheiro e André Viana Camurça, com a finalidade de garantir recursos para sacerdotes idosos. Com a dificuldade na obtenção de recursos, sua inauguração aconteceu somente 16 anos depois, em 1972.

O nome Cura d'Ars vem da homenagem feita ao padre João Maria Batista Vianney, sacerdote simples, humilde e de vida dedicada como vigário da pequena cidade de ARS, na França. Após sua morte, a Igreja o canonizou, dando-lhe o nome de Santo Cura d'Ars, considerado pelo mundo inteiro como patrono dos padres diocesanos. (PESQUISA DOCUMENTAL, 2010)

O nome *CURA* tem todo um significado religioso: *CURA* em latim significa aquele que cuida, remetendo à figura de um cuidador, pastor, protetor, guardião. (PESQUISA DOCUMENTAL, 2010)

Localizado no bairro Aldeota, em Fortaleza – CE, é classificado como hospital geral e maternidade. Em dezembro de 2009 disponibilizava 166 leitos para internação, sendo, portanto, reconhecido como hospital de grande porte. Conta com um quadro de 585 funcionários, cerca de 40 médicos plantonistas, além de 150 médicos que frequentam regularmente o hospital. Dos 166 leitos, cerca de 100 (60%) são disponibilizados para os pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde - SUS. Os demais leitos são disponibilizados para pacientes particulares e de planos de saúde. (PESQUISA DOCUMENTAL, 2010)

O Hospital oferece serviços nas seguintes especialidades: clínica médica, cirúrgica, obstétrica e ginecológica. Na cirurgia atende nos seguintes segmentos: neurológica, urológica, plástica e reparadora, traumatológica, buco-maxilo-facial, proctológica, vascular, oncológica, gástrica, ginecológica, pediátrica e geral. Dispõe de 9 leitos de UTI adulto, 9 leitos de UTI neonatal e 10 leitos de berçário de médio risco.

O hospital Cura d’Ars é credenciado como unidade de alta complexidade em oncologia, realizando tratamento quimioterápico através do Sistema Único de Saúde – SUS. Foi reconhecido pelo Ministério da Saúde com o título de “Hospital Amigo da Criança”. (PESQUISA DOCUMENTAL, 2010)

5.1.1 Perfil dos participantes da pesquisa

As entrevistas foram realizadas com 5 (cinco) gestores, cujos perfis são apresentados no Quadro 6, alocado na página seguinte.

| Sujeito | Idade | Sexo | Escolaridade | Área Formação | Tempo de Empresa |
|----------------------|--------------|-------------|---------------------|----------------------|-------------------------|
| Diretor geral | 40 | M | Especialização | Administração | 10 anos |
| Gerente RH | 42 | M | Especialização | Psicologia | 4 anos |
| Gerente C.cirúrgico | 32 | F | Especialização | Enfermagem | 2,5 anos |
| Gerente UTI | 37 | F | Especialização | Enfermagem | 4 anos |
| Gerente Diagnósticos | 33 | F | Especialização | Administração | 4 anos |

Quadro 6 – Perfil dos participantes das entrevistas
Fonte: Dados da pesquisa de campo (2010).

Os participantes das entrevistas apresentam escolaridade e área de formação condizentes com a função que desempenham. Há uma maior participação do sexo feminino (75%) no quadro de gerentes pesquisado, o que é comum nas instituições hospitalares. A faixa etária média (37 anos) demonstra uma equipe jovem e madura, com uma média de tempo de empresa (5 anos), o que demonstra estabilidade e baixa rotatividade neste nível hierárquico.

Do total de 96 questionários distribuídos, 88 foram retornados preenchidos corretamente. O perfil dos respondentes é apresentado no Quadro 7.

| Sujeito | Qte. | Idade Média | Tempo Médio de Empresa |
|--------------------------|-------------|--------------------|-------------------------------|
| Enfermeiros | 8 | 34 anos | 3 anos |
| Técnico em enfermagem | 46 | 31 anos | 4 anos |
| Instrumentador cirúrgico | 13 | 29 anos | 4 anos |
| Médico | 12 | 41 anos | 7 anos |
| Fisioterapeuta | 2 | 29 anos | 3 anos |
| Técnico em radiologia | 7 | 32 anos | 4 anos |

Quadro 7 – Perfil dos respondentes dos questionários
Fonte: Dados da pesquisa de campo (2010).

Como a maior parte da equipe de funcionários do hospital é composta por técnicos em enfermagem, é natural que do total de respondentes 52% sejam desta categoria, seguida pelos instrumentadores, com 15% e pelos médicos, com 14%. A categoria dos médicos é que apresenta maior média de idade (41 anos) que justifica-se pelo maior tempo necessário a sua formação para atuar nas áreas pesquisadas (centro cirúrgico, UTI e diagnóstico) e pela baixa rotatividade de empregos, uma vez que este profissional pode ter vínculos com diversos hospitais.

Segundo Pires (2008, p.182), a força de trabalho feminina é, no mínimo, 50% do grupo e entre os trabalhadores de apoio é mais de 90%. Acrescenta ainda que, em 1980, os trabalhadores de enfermagem eram 53,14% do conjunto dos trabalhadores da saúde.

5.2 Principais mudanças implementadas no campo da inovação tecnológica e organizacional

Para descrever as principais inovações tecnológicas e organizacionais, esta pesquisa baseou-se exclusivamente nas entrevistas, conforme apresentado no APÊNDICE B, uma vez que esta questão não pôde ser contemplada no questionário por questões estruturais, de acordo com APÊNDICE C.

5.2.1 Principais inovações tecnológicas

A introdução das inovações tecnológicas no Hospital Cura D'Ars teve início na década de 2000, quando o hospital passou por uma profunda reformulação administrativa e organizacional, que contou inclusive com aporte financeiro da entidade mantenedora. Durante a década de 1990, período em que as inovações tecnológicas no Brasil tiveram o início de sua impulsão, o hospital encontrava-se em uma grave crise econômico-financeira, que o impossibilitava de realizar investimentos de longo prazo, conforme ressaltado a seguir:

O hospital tinha muitas dívidas e ninguém queria vender pro hospital [...] a sede nos deu uma quantia financeira para negociar todas as dívidas e disse que aquela era a última cartada. Ou saíamos da crise ou devolveríamos o hospital (DIRETOR GERAL, 2010).

Conforme o Diretor Geral da instituição, estas mudanças na estrutura administrativa do hospital aconteceram no início do ano de 2000.

Inicialmente as inovações tecnológicas concentraram-se na ampliação dos recursos diagnósticos e na substituição de equipamentos de suporte de vida que encontravam-se totalmente obsoletos:

No início fomos levados a investir em diagnóstico, mas logo percebemos que a concorrência era muito grande e que poderíamos nos diferenciar investindo em procedimentos cirúrgicos. Os planos de saúde também nos impuseram algumas dificuldades na viabilização dos serviços diagnósticos, impedindo o credenciamento para a realização de exames internos e externos simultaneamente. (DIRETOR GERAL, 2010)

Dentre as inovações tecnológicas mais importantes na área de diagnósticos, ainda conforme o Diretor Geral do hospital, destacam-se:

1. Tomografia computadorizada, utilizada principalmente para dar suporte aos pacientes internos. Também utilizada para a realização de exames em pacientes ambulatoriais;
2. Aparelho de ultrassonografia com tecnologia 4 D, utilizada principalmente para a realização de exames em pacientes ambulatoriais, mais especificamente na área de obstetrícia;
3. LECO - Litotripsia extracorpórea, equipamento que permite ao médico urologista “bombardear” o cálculo renal através de ondas de ultrassom,

causando a sua fragmentação e expulsão através da urina, dispensando a intervenção cirúrgica.

O trecho a seguir da entrevista confirma as principais inovações tecnológicas implementadas na área de diagnósticos:

Ultrassom 4 D, porque o antigo não atendia mais ao que os médicos precisavam e solicitavam [...] tomografia computadorizada e por último a litotripsia extracorpórea. (GERENTE DO CENTRO DE DIAGNÓSTICOS, 2010)

Só existia um equipamento (litotripsia extra corpórea) na cidade, e o nosso foi o segundo. Nós fizemos um isolamento radioativo e acústico, e o médico faz o procedimento de maneira mais segura, enquanto que no outro serviço o médico recebe radiação. Além do tempo de realização do procedimento, que no nosso aparelho é de 20 minutos e do concorrente 1 hora. (DIRETOR GERAL, 2010)

Percebe-se que as inovações tecnológicas na área de diagnóstico foram pouco diversificadas e reduzidas, quando se considera o porte do hospital e o período investigado.

Dentre as inovações tecnológicas ocorridas no centro cirúrgico, as principais são elencadas no trecho que segue:

[...] aparelho de videocirurgia, bisturis e pinças modernas, com pós operatório bem mais rápido, arco cirúrgico, carro de anestesia, monitores multiparamétricos [...] a gente tinha problemas porque os médicos não querem mais essa tecnologia antiga. O *LASER* quebra o cálculo de forma mais rápida. Os médicos mais novos têm preferência pelos equipamentos mais modernos, enquanto alguns médicos mais antigos preferem os equipamentos mais manuais, menos automáticos. (GERENTE DO CENTRO CIRÚRGICO, 2010)

Para uma melhor compreensão a respeito das inovações tecnológicas introduzidas no centro cirúrgico, estas são enumeradas e definidas a seguir, conforme síntese feita a partir do conjunto de repostas dos participantes da pesquisa:

1. Aparelhos de cirurgia videolaparoscópica – aparelhos constituídos de pinças especiais, microcâmera e monitor que permitem a realização de cirurgias menos invasivas, apenas com a utilização de pequenas incisões;
2. Aparelhos de anestesia - aparelhos compostos de vaporizadores e leitores de gases que oferecem maior segurança durante o procedimento anestésico e possibilitam um “despertar” mais rápido dos pacientes;
3. Bisturi ultracision – aparelho que permite ao cirurgião realizar as incisões de forma mais precisa, mais rápida e com menos sangramento;
4. Monitores multiparamétricos – aparelhos que monitoram simultaneamente múltiplos sinais vitais, como batimentos cardíacos, saturação de oxigênio, temperatura, pressão sanguínea e níveis de gás carbônico no sangue;
5. Intensificador de imagens – aparelho que utiliza raios-x para auxiliar o cirurgião na realização de determinados procedimentos cirúrgicos.

Os investimentos realizados em inovações tecnológicas no centro cirúrgico visam principalmente a redução do tempo de cirurgia, a redução da invasão ao corpo do paciente, o aumento da segurança nos procedimentos e a lucratividade dos procedimentos, como descreve o trecho abaixo:

Esses novos equipamentos trazem uma maior resolutividade terapêutica para o hospital, maior rapidez no tratamento, minimizando os riscos ao paciente, mais precisão nos diagnósticos e também maior lucratividade. (DIRETOR GERAL, 2010)

Os aparelhos de videocirurgia permitem que os médicos realizem procedimentos cirúrgicos de forma mais rápida, menos invasiva e com menos insumos. Além disso, os pacientes necessitam de menos cuidados, menos antibióticos e têm alta hospitalar mais rápida, com cerca de metade do tempo exigido nas cirurgias tradicionais.

Na UTI – unidade de terapia intensiva, setor que também faz uso intenso de novas tecnologias, as principais inovações tecnológicas foram as seguintes, de acordo com a entrevista realizada:

O advento de novos materiais, como novas incubadoras, berços de calor radiante, monitores multiparamétricos, bombas de infusão, respiradores mais modernos como o INTER 5®, Billiberços®, nós sempre estamos testando muitas novidades, mas nem todas a gente ta adquirindo por causa da rotina do hospital, que tem que ser feito parecer, tem que ser visto o que é mais importante naquele momento [...] na UTI adulto, teve a substituição de todos os monitores multiparamétricos, porque nós tínhamos aqueles monitores mais antigos, que tinha aquela linhazinha. Agora são como computadores mesmo, que fazem toda a entrada de informações como frequência cardíaca, PA média, saturação, tudo a nível de computação. (GERENTE DA UTI, 2010)

Abaixo, as inovações tecnológicas introduzidas na UTI são listadas e conceituadas, conforme síntese feita a partir do conjunto de repostas dos participantes da pesquisa, objetivando a facilidade de compreensão de suas funções:

1. Respiradores modernos, com controles e alarmes automáticos;
2. Monitores multiparamétricos – aparelhos que monitoram simultaneamente múltiplos sinais vitais, como batimentos cardíacos, saturação de oxigênio, temperatura, pressão sanguínea e níveis de gás carbônico no sangue;
3. Desfibriladores modernos, com dispositivos e controles automáticos, conhecidos como DEA (desfibrilador externo automático) e tecnologia bifásica, que reduz os danos aos pacientes;

Durante a entrevista com a gerente da UTI, identificou-se que a unidade serve de suporte para os pacientes do centro cirúrgico, com foco no aumento da segurança e na estabilização e manutenção do quadro clínico dos pacientes cirúrgicos.

A gente recebe pacientes clínicos na UTI, mas a maioria são de pacientes vindos do centro cirúrgico. Não dá pra fazer cirurgias complexas sem a retaguarda da UTI [...] muitos médicos não operariam aqui se não tivéssemos a UTI. (GERENTE DA UTI, 2010)

Os investimentos na UTI, conforme descrito acima, mostram-se alinhados com a estratégia do hospital de priorizar os procedimentos cirúrgicos.

Esta subseção apresentou as principais inovações tecnológicas ocorridas no centro de diagnóstico, no centro cirúrgico e na UTI. Apesar de a administração não dispor de números exatos a respeito dos investimentos efetuados, percebeu-se que estes mantiveram-se focados prioritariamente na UTI, no centro cirúrgico e centro de diagnóstico, nesta ordem.

5.2.2 Principais inovações organizacionais

Para avaliar as principais inovações organizacionais implementadas, além das entrevistas esta pesquisa contou com a análise documental.

Apesar das orientações e exemplos fornecidos, percebeu-se que os entrevistados tiveram dificuldade em identificar as inovações organizacionais através do termo utilizado. Para apresentar as principais inovações, fez-se necessária a transcrição de trechos de algumas entrevistas para sua posterior organização:

[...] tivemos assim grandes avanços foi na capacitação de lideranças, como algo de desenvolvimento humano das chefias [...] a gente

trabalhou a questão dos 5 “S” [...] acho que a motivação maior foi primeiramente criar um ambiente confortável [...] um ambiente agradável onde as pessoas pudessem interagir [...] uma das metas de nosso diretor geral foi descentralizar poderes, onde todo mundo pudesse decidir conjuntamente. (GERENTE DE RECURSOS HUMANOS, 2010)

A gente já trabalha com 5 “S”, PGRSS (programa de gerenciamento de resíduos de serviços de saúde), o *kaizen*, os POP’s (protocolos operacionais padrão). Tem a sistematização do serviço de enfermagem, que é bem específico da enfermagem. Tem ainda protocolos de mecanismos, de equipamentos, de materiais, de entrega e recebimento de exames. (GERENTE DA UTI, 2010)

Nós principalmente investimos nas condições de trabalho. Mais conforto, mais alimentação, tratamento mais amigável. Isso motivou muito. A distribuição de cestas básicas e especiais no Natal e na Páscoa, de oferta de refeições de qualidade [...] nós também criamos a CATA (comitê de apoio técnico e administrativo) há um ano e tem trazido excelentes resultados. (DIRETOR GERAL, 2010)

Após a análise dos trechos das entrevistas e dos documentos, sintetizou-se a seguir as principais inovações organizacionais implementadas, pela ordem das mais citadas:

1. Programas de controle de qualidade, como Cinco “S” e Comitês de Controle de Qualidade;
2. Gestão participativa, principalmente com o Programa de Desenvolvimento de Lideranças e constituição da CATA – Comissão de Apoio Técnico e Administrativo;
3. Protocolos de procedimentos, que visam padronizar os procedimentos terapêuticos nas áreas médica e de enfermagem;
4. POP’s (procedimentos operacionais padrão), que estabelecem os procedimentos operacionais das áreas de higienização e limpeza, lavanderia, nutrição e dietética, manutenção, faturamento e demais serviços operacionais;

5. *Kaizen*, com ações de desenvolvimento contínuo das lideranças e dos demais funcionários. Além de cursos internos e externos, são oferecidos estágios em outros setores do hospital, visando futuras promoções;
6. *Just in time*, através de parcerias com empresas fornecedoras de materiais médicos, como órteses, próteses e materiais especiais de alto custo e de uso extremamente específico;

Percebe-se que as inovações organizacionais foram sendo introduzidas de forma isolada e em momentos diferentes, mas também de forma tardia, como as inovações tecnológicas.

Uma das mais importantes inovações a ganhar espaço dentro da empresa foi a gestão participativa, que teve início com o PDL - programa de desenvolvimento de lideranças, implementado em 2008. A partir dessa iniciativa, a administração se viu levada a criar a CATA – comissão de apoio técnico e administrativo, que vem gerando resultados positivos, como confirma o diretor geral neste trecho da entrevista:

A gestão participativa é algo novo. Nós criamos a CATA há um ano e tem trazido excelentes resultados [...] Nós optamos por não criar uma comissão muito numerosa no início, pois estas pessoas teriam acesso a informações privilegiadas, o que exige um alto grau de amadurecimento. Mas não é uma comissão fechada. Novos integrantes podem ser chamados, assim como outros podem sair e dar a vaga para outros. [...] o primeiro encontro do programa de desenvolvimento de líderes foi feito em 2008. (DIRETOR GERAL, 2010)

Os comitês de controle de qualidade têm parte de suas funções divididas com as diversas comissões, típicas das organizações hospitalares, como a Comissão de Controle de Infecção Hospitalar - CCIH, Comissão de Parecer, Comissão de Investigação de Óbitos, dentre outras. Essas comissões têm grande influência nas decisões importantes do hospital, como mudança de fluxos e protocolos de

atendimentos, de compra de materiais médicos, de medicamentos, de materiais de limpeza e na escolha de equipamentos médicos, conforme trechos das entrevistas:

Aqui no hospital a gente tem as comissões, comitês de protocolos, comissões de parecer, a gente tem várias comissões. E quando é produto lá do centro cirúrgico, o membro da comissão vai lá, deixa um produto, as empresas vêm, deixa um produto pra teste, e a gente solicita que os médicos utilizem e emitam um parecer através de um documento, assim que é feito. Aí a gente pede no mínimo dois pareceres diferentes, dos médicos que mais operam na casa, e eles emitem esse parecer de forma negativa ou positiva. (GERENTE DO CENTRO CIRÚRGICO, 2010)

Tanto a gente indica a compra de equipamentos e materiais como também a avaliação é feita por nós. Faz um parecer para a comissão de parecer, e quando é comprado, é mediante a autorização da equipe. (GERENTE DA UTI, 2010)

Esta característica de divisão do poder com os profissionais técnicos, sobretudo com os médicos, é bastante peculiar do setor hospitalar, apesar da existência de uma estrutura administrativa burocrática, conforme Jorge (2002), tendo em vista que as atividades são desempenhadas diretamente por eles, através de seu conhecimento próprio, de difícil captura e retenção.

As parcerias estabelecidas com empresas fornecedoras de produtos especiais e de alto custo, como placas ortopédicas, ponteiras de *shaver*, bisturis especiais proporcionam uma redução dos níveis de estoque e de recursos investidos. Essa prática é conhecida como “consignação” e o hospital realiza o pagamento apenas quando o produto é utilizado. Na verdade, são práticas de *just in time* que não são reconhecidas sob essa nomenclatura pelo hospital, conforme conceitua Ohno (1997, p. 25):

Just-in-time significa que, em um processo de fluxo, as partes corretas necessárias à montagem alcançam a linha de montagem no momento em que são necessários e somente na quantidade

necessária. Uma empresa que estabeleça esse fluxo integralmente pode chegar ao estoque zero.

O trecho a seguir retirado da entrevista com a gerente do centro cirúrgico evidencia e explica como funciona a prática da consignação:

A parte da traumatologia e ortopedia é toda consignada. A gente só tem o instrumental básico; não tem material específico para traumatologia e ortopedia. São placas, parafusos, ponteiras de *shaver*, radiofrequência, às vezes um bisturi ultracision, que diminui o tempo de cirurgia. Os grampeadores também são consignados. Geralmente são produtos bem específicos que o hospital só paga depois que usa. (GERENTE DA UTI, 2010)

Outras inovações organizacionais como remuneração flexível, estímulos à polivalência e terceirização são quase inexistentes e pouco utilizadas.

A remuneração flexível é utilizada apenas com algumas equipes médicas, que não tem vínculo empregatício com o hospital e apenas utilizam suas dependências para a realização de procedimentos. Estas equipes recebem de acordo com o volume de procedimentos realizados efetivamente.

Os estímulos à polivalência são tentados, mas na verdade o que se evidenciou é que a atividade hospitalar tem se tornado tão especializada que exige a dedicação e aprofundamento nos conhecimentos por parte dos profissionais. Esta pergunta foi conduzida através do questionário, conforme APÊNDICE C, aos trabalhadores das unidades pesquisadas, que consideraram a tendência à especialização em 67% das respostas, enquanto os outros 33% julgaram que suas profissões seguem o caminho da polivalência. Esta constatação é corroborada por Pires (2008, p.100), quando afirma que a tendência dos hospitais é de ampliação da complexidade, de especialização em departamentos, serviços ou unidades.

As experiências mais exitosas de estímulo à polivalência foram encontradas no centro cirúrgico, entre as circulantes de sala e as instrumentadoras cirúrgicas e

no serviço de radiologia, entre os técnicos em radiologia da tomografia e da sala de raios-x.

Estas experiências são confirmadas nos relatos que se seguem:

A nossa central (de esterilização) está totalmente interligada ao centro cirúrgico. A equipe do centro cirúrgico, quando não tem procedimentos, quando está ociosa, a gente migra todo mundo pra central, pra dar apoio lá. E quanto a circular e instrumentar, todo dias eles mudam. A escala é feita pela enfermeira, enfermeira do dia, e depois a gente vai só re-escalando. (GERENTE DO CENTRO CIRÚRGICO, 2010)

Quando vou selecionar alguém pra radiologia, se souber fazer só uma coisa não tem nem chance. Tem que saber fazer raios-X e tomografia. (GERENTE DO CENTRO DE DIAGNÓSTICOS, 2010)

Note que as escalas do centro cirúrgico são feitas diariamente, levando sempre em consideração o volume de trabalho nas diferentes funções.

Já a terceirização é uma estratégia pouco utilizada. Os serviços que fazem uso desta estratégia são em geral muito especializados, como segurança armada, hemodiálise, fisioterapia e nutrição parenteral, conforme relatos extraídos através do APÊNDICE B.

Poucos serviços são terceirizados, como fisioterapia, segurança armada e hemodiálise. (GERENTE DE RECURSOS HUMANOS, 2010)

O hospital praticamente não tem terceirização, porque é filantrópico. Tem só a hemodiálise, a fisioterapia e a nutrição parenteral. (GERENTE DA UTI, 2010)

A justificativa para o número reduzido de serviços terceirizados são as isenções fiscais a que as instituições filantrópicas têm direito. Conforme o Diretor Geral da instituição, as instituições filantrópicas no Brasil são desobrigadas de pagar a cota patronal do INSS dos funcionários, hoje estabelecida em cerca de 27% do valor da folha de pagamentos. Portanto, na análise de viabilidade de terceirização de serviços, essa vantagem competitiva do hospital é sempre considerada, o que frequentemente coloca a proposta da terceira em desvantagem.

Nós praticamente não temos serviços terceirizados [...] a vantagem de estabelecer parcerias está nos serviços muito especializados. Os serviços de pura mão-de-obra não especializada, dá pra gente fazer com a mesma ou melhor qualidade que um terceiro. E nós temos a vantagem econômica por sermos filantrópicos. (DIRETOR GERAL, 2010)

O hospital tem priorizado apenas as parcerias, como o diretor geral prefere chamá-las, para os serviços estritamente especializados. Estes serviços exigem pessoal com qualificações específicas e que muitas vezes contam com economia de escala, prestando serviços a diversas empresas. Pires (2008, p.117) em seu estudo envolvendo hospitais públicos e privados, evidencia que o processo de terceirização tem aumentado a partir dos anos 90, e a terceirização é apontada como tendência a ser seguida pelo hospital particular.

As principais inovações organizacionais foram, portanto, implementadas a partir do movimento de abertura à participação na gestão, iniciada com o PDL – programa de desenvolvimento de lideranças e que estimulou a criação da CATA – comissão de apoio técnico e administrativo. A partir desse momento, outras inovações passaram a ser adotadas de maneira mais consistente, como os comitês de controle da qualidade, as diversas comissões, utilização de protocolos de atendimento e o desenvolvimento profissional. Outras inovações, como terceirização e polivalência, não são utilizadas de forma sistematizada e frequente.

5.3 Adoção das inovações tecnológicas em termos de sua intensidade e repercussões

As novas tecnologias físicas foram introduzidas de maneira mais intensa na UTI e no centro cirúrgico, em consonância, portanto, com a estratégica estabelecida em manter o foco no atendimento a pacientes cirúrgicos, de acordo com o informado pelo Diretor Geral.

Do total de respondentes dos questionários, o percentual que considerou as inovações tecnológicas “muito intensas” ou “intensas” no centro cirúrgico foi de 73%, enquanto na UTI foi de 74% e no centro de diagnósticos foi de apenas 12,5%. A média geral dos que escolheram estas duas alternativas foi de 68%, enquanto apenas 2% consideraram a intensidade das inovações tecnológicas “reduzida”. De acordo com Neutzling e Krein (1997), isto evidencia que parte do processo de reestruturação produtiva, que se apoia no uso intenso de tecnologias físicas, foi instaurada.

Além do investimento na diversidade de equipamentos, como elencado no item 5.2.1, melhorando desta forma a segurança dos pacientes, o hospital investiu também na quantidade, conforme trecho da entrevista a seguir:

Considero sim, que teve um aumento na quantidade de equipamentos, para acompanhar a evolução do número de cirurgias. Além do aumento da quantidade de cirurgias, houve um grande aumento de demanda por porte, ou seja, de cirurgias maiores, mais complexas. [...] os anestesistas mais novos, eles não trabalham com esses (aparelhos) pequenininhos, mais antigos. Eles preferem os equipamentos mais novos e mais modernos. (GERENTE DO CENTRO CIRÚRGICO, 2010)

O centro cirúrgico dispõe de oito salas, todas com equipamentos independentes e em quantidades suficientes para manter a segurança e o volume de procedimentos desejados. Desta forma, foi possível ampliar o número de

cirurgias, tanto pela redução do tempo de cada cirurgia como do intervalo entre um procedimento e outro, conforme relato:

Enquanto eu tinha um equipamento que era utilizado, tinha que ir pro processo de esterilização...esperar 1h30...pra poder acontecer o outro procedimento que precisava desse material. Aí a gente tendo vários e salas suficientes, a gente tem oito, a gente consegue aumentar a rotatividade de cirurgias, diminuindo dessa forma o tempo entre as cirurgias e aumentando o volume de cirurgias realizadas num único dia. (GERENTE DO CENTRO CIRÚRGICO, 2010)

O Gráfico 1 evidencia a evolução do número de cirurgias realizadas no período de 2000 a 2009.

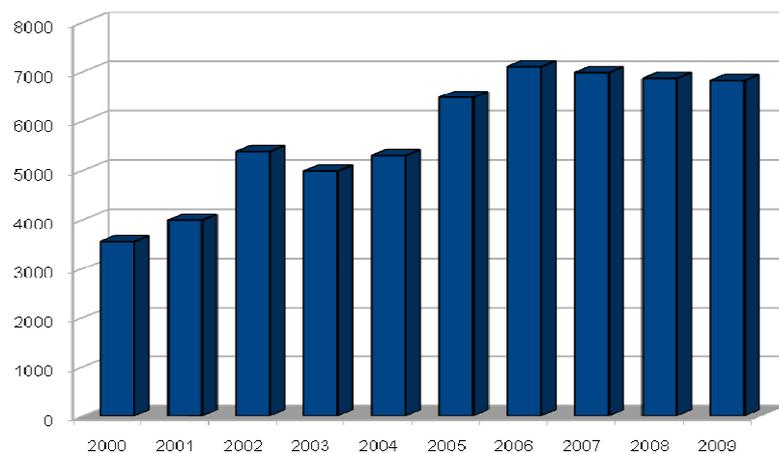


Gráfico 1: Evolução do número de cirurgias/ano de 2000 a 2009.

Fonte: Dados da pesquisa documental (2010).

O volume de procedimentos cirúrgicos praticamente duplicou no período, com um aumento de 92%. Além da quantidade, as cirurgias também tiveram um aumento no seu grau de complexidade, de acordo com Gerente do Centro Cirúrgico.

Como o Hospital Cura D'Ars é uma instituição privada, filantrópica, mas mantida com os recursos de sua própria atividade, a preocupação com a sua sobrevivência é sempre considerada na elaboração de suas estratégias. Portanto, é

natural que na elaboração do plano de investimentos a lucratividade de determinados serviços sejam tratados com maior importância que aspectos relacionados à saúde pública, como perfil epidemiológico da população, morbidade, taxas de mortalidade, dentre outros, típicos da administração pública da saúde.

Portanto, quando o hospital decide adquirir um determinado equipamento, a sua taxa de retorno e sua lucratividade são os principais aspectos considerados, como fica evidente na entrevista:

A aquisição destas novas tecnologias precisa estar ligada a uma estratégia. Você não pode investir um grande volume de recursos sem uma estratégia de atuação. A primeira é a análise da lucratividade direta do equipamento e depois a secundária, a lucratividade que ele traz para o hospital em outros serviços. (DIRETOR GERAL, 2010)

Já no centro de diagnósticos, o investimento em novas tecnologias não foi tão intenso quanto nos outros setores pesquisados. De acordo com dados do APÊNDICE C, Apenas 12,5% dos trabalhadores do centro de diagnósticos consideraram “intensa” a inovação tecnológica ocorrida no setor, enquanto 75% consideraram “média” e 12,5% “reduzida”.

Como os custos de instalação de equipamentos de diagnóstico são muito altos e o prédio atual também não dispõe de área física para esse fim, a administração optou por implementar esta nova estratégia a partir da construção de um novo prédio, conforme depoimento a seguir:

O carro-chefe do hospital é centro cirúrgico, maternidade, então a parte de diagnóstico não é o nosso forte [...] os investimentos só não estão sendo mais intensos devido ao projeto do prédio novo. (GERENTE DO CENTRO DE DIAGNÓSTICOS, 2010)

As inovações tecnológicas não apresentaram relação com a maior intensidade do trabalho dos funcionários. Segundo os dados colhidos, a inovação

tecnológica facilita o desenvolvimento das tarefas, tornando o trabalho mais rápido e mais seguro. Do total de questionários respondidos, 42% afirmaram que as inovações tecnológicas “reduzem” a intensidade do trabalho, enquanto 44% responderam que a intensidade é a “mesma”, 10% alegaram que “aumentam” e apenas 3% (todos do centro cirúrgico) julgaram que as inovações tecnológicas “aumentam muito” a intensidade do seu trabalho. Não houve discrepâncias que merecessem destaque entre as unidades ou entre os diferentes profissionais. Isto evidencia, portanto, o que foi apontado por Faria (2007), que não são necessariamente as inovações tecnológicas que intensificam o trabalho, e sim o uso que se faz delas.

Quanto à qualificação requerida, ficou evidente que as novas tecnologias exigiram dos profissionais uma maior qualificação e que estes tiveram (e tem) de ser manter atualizados para entender o funcionamento dos equipamentos. O trecho da entrevista abaixo sintetiza a visão dos gerentes quanto à necessidade de qualificação dos profissionais frente às novas tecnologias:

Exigem maior qualificação. Porque mesmo que elas cheguem com um nível menor de conhecimento, com relação aos equipamentos, aparelhos, rotinas, elas tem que se adaptar àquela realidade. Então elas acabam evoluindo e melhorando a qualificação profissional de cada um, porque senão, não consegue lidar. (GERENTE DA UTI, 2010)

Nenhum dos respondentes do questionário alegou que as novas tecnologias exigiram uma “menor” qualificação. Pelo contrário, 90% afirmaram que foi exigida dos profissionais uma qualificação “muito maior” ou “maior” e 10% disseram que qualificação necessária foi a “mesma”. Merece destaque a avaliação dos trabalhadores do centro de diagnósticos, na qual 100% consideraram necessária uma qualificação “muito maior” ou “maior”, de um total de oito respondentes.

A questão da qualificação no processo de re-estruturação é bastante controversa. Há aqueles autores, como Braverman (1987) e Faria (2007), que argumentam que ela é desqualificadora, enquanto outros, como Pires (2008), Ohno

(1997) e Coriat (1994), a consideram qualificadora. Segundo os resultados obtidos na pesquisa, as inovações tecnológicas apontaram para a necessidade de uma maior qualificação dos trabalhadores a fim de acompanhar o intenso avanço tecnológico das ciências médicas.

A relação entre novas tecnologias e desemprego tem uma característica própria no setor hospitalar, conforme Pires (2008). Diferentemente de alguns outros setores da economia, como o setor bancário, conforme Antunes (2003), as novas tecnologias na área da saúde tiveram um impacto diferente no número de empregos.

À medida que as novas tecnologias são introduzidas, facilitando por um lado o trabalho dos mais diversos profissionais e de certa forma reduzindo o tempo de execução de determinadas tarefas, por outro, elas criam condições de se avançar cada vez mais no processo terapêutico, gerando novos tratamentos, novos procedimentos, exigindo novos exames, que findam na necessidade de contratação de mais e novos profissionais. Os depoimentos dos entrevistados corroboram este ponto de vista:

Quando você tem mais tecnologia, ajuda muito no seu trabalho, só que em vez disso, você busca mais, aprofundar mais com relação ao paciente, à doença que ele tem. O médico quer saber mais informações, pede novos exames. E estes novos exames estão sempre existindo; cabem nas novas tecnologias. (GERENTE DA UTI, 2010)

A atividade hospitalar é essencialmente mão-de-obra, é impassível de mecanização. Eu acho o hospital é muito pelo contrário, a gente pode trazer novas tecnologias, mas é mão-de-obra é fundamental. (DIRETOR GERAL, 2010)

O Gráfico 2, apresentado na página seguinte, evidencia a evolução do número de profissionais que passaram a integrar a equipe de contratados no período de 2000 a 2009.

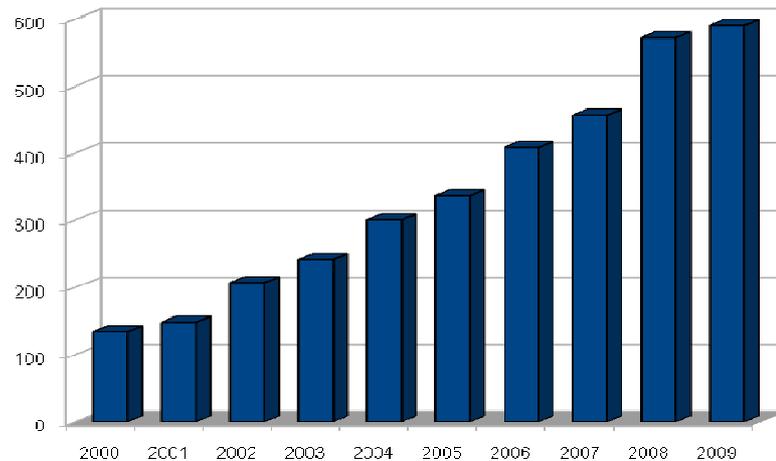


Gráfico 2: Evolução do número de trabalhadores de 2000 a 2009.
Fonte: Dados da pesquisa documental (2010).

Comparando-se o número de funcionários em 2000 com o número de cirurgias no mesmo ano, conforme dados apresentados nos Gráficos 1 e 2, obteve-se uma média de 0,45 funcionário/cirurgia/mês. Em 2009, foram 6.827 cirurgias para um total de 590 funcionários, ou seja, uma média de 1 funcionário/cirurgia/mês. Deduz-se, portanto, que apesar do aumento no número de cirurgias e no número de funcionários, a média de trabalhador por cirurgia teve uma ampliação de cerca de 122%, evidenciando uma aparente queda na produtividade de cirurgias por funcionário.

Esta mudança pode ser explicada por três razões. A primeira delas é o aumento da complexidade das cirurgias. Com o aumento da segurança e do grau de resolubilidade gerado pelo investimento em novas tecnologias, o hospital passou a priorizar cirurgias de maior porte, que exigem maior número de profissionais durante todo o processo de internação. A segunda está ligada à melhoria da lucratividade, que proporcionou ao hospital condições de contratar outros e novos profissionais para as mais diversas áreas. A terceira e última está relacionada à necessidade da melhoria da assistência e da qualidade dos serviços, que na sua essência é realizada por mãos humanas. Os trechos retirados das entrevistas com a gerente do centro cirúrgico e com o diretor geral corroboram esta análise:

Além do aumento na quantidade de cirurgias, houve um grande aumento de demanda por porte, ou seja, de cirurgias maiores, mais complexas. (GERENTE DO CENTRO CIRÚRGICO, 2010)

Esses novos equipamentos trazem uma maior resolutividade terapêutica para o hospital, maior rapidez no tratamento, minimizando os riscos ao paciente, mais precisão nos diagnósticos e também uma maior lucratividade. (DIRETOR GERAL, 2010)

Como mostram os relatos acima, o hospital passou a oferecer serviços mais resolutivos, mais precisos e com menos riscos ao paciente. Estes avanços possibilitaram ao hospital condições de atrair pacientes de planos de saúde e particulares, conforme relata o diretor geral.

Os procedimentos que pelo SUS davam muito prejuízo, nós começamos a eliminar. Em contrapartida, passamos a atender mais pacientes particulares e convênios, que pagam preços mais justos. (DIRETOR GERAL, 2010)

Os resultados desta política, de redução do atendimento a pacientes do SUS, privilegiando a prestação de serviços a pacientes de planos de saúde e particulares, contribuiu para a melhoria do resultado econômico do hospital, conforme apresentado no Gráfico 3, apresentado na página seguinte.

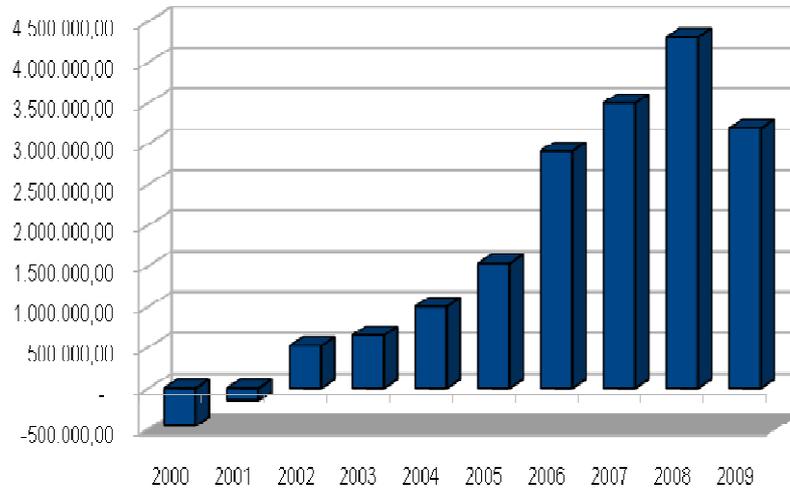


Gráfico 3: Evolução resultado econômico anual no período de 2000 a 2009 (em R\$)
Fonte: Dados da pesquisa (2010).

De acordo com o Diretor Geral, durante a década de 1990 o hospital apresentou uma sucessão de exercícios com resultados econômicos negativos (prejuízo), que somente foi interrompida em 2002, conforme apontado no Gráfico 3. Observa-se que o resultado em 2001 (-R\$ 152 mil) reflete a redução de 67% do prejuízo registrado no ano anterior, de (-R\$ 460 mil).

Gráfico 4 mostra como o perfil da clientela do hospital sofreu alterações no período de 2000 a 2009.

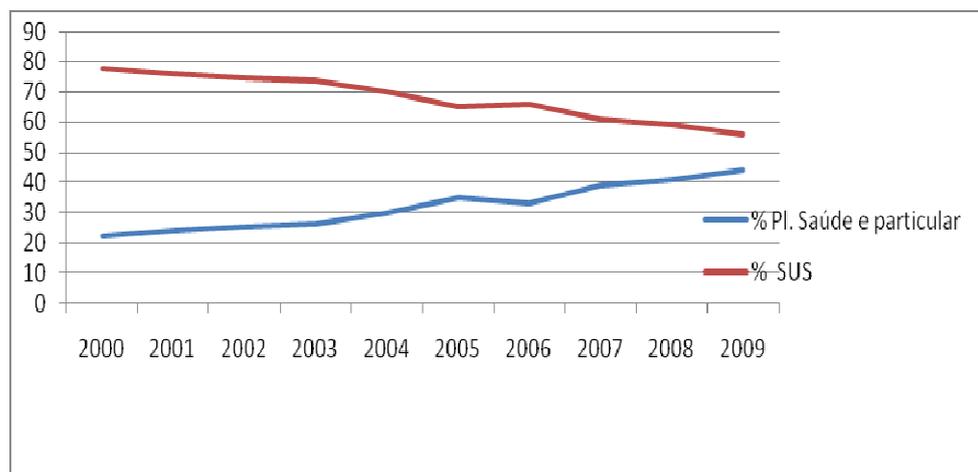


Gráfico 4: Alteração do perfil da clientela do hospital de 2000 a 2009.
Fonte: Dados da pesquisa (2010).

Em 2000, o percentual da clientela do SUS era de 78%, enquanto a clientela de planos de saúde e particulares não ultrapassava 22%. Com a implementação das inovações tecnológicas e a aplicação da política de priorização de atendimento a pacientes de planos de saúde e particulares, o percentual desta clientela passou a 44%.

As inovações tecnológicas, portanto, foram introduzidas de forma mais intensa na UTI e no centro cirúrgico. Apenas 14% do total de respondentes consideraram que as inovações foram “muito intensas”, enquanto 55% julgaram “intensas”, 29% escolheram a opção “média” e 2% alegaram que a intensidade das inovações tecnológicas era “reduzida”.

As principais repercussões das inovações tecnológicas foram a maior necessidade de qualificação dos trabalhadores, defendida por 90% dos respondentes, o crescimento do número de trabalhadores contratados (340% de 2000 a 2009) e a redução da intensidade do trabalho (relacionada às novas tecnologias físicas), considerada por 42% dos trabalhadores pesquisados.

Além das repercussões características da re-estruturação produtiva, apresentadas no parágrafo anterior, as inovações tecnológicas serviram de apoio para a implementação de outras mudanças, como o perfil da clientela e a alavancagem do resultado econômico da instituição.

5.4 Adoção das inovações organizacionais em termos do seu processo e repercussões

A literatura pesquisada, como Alves (2007) e Antunes (2003), sugere que as inovações organizacionais implementadas nas empresas nos últimos anos foram muito mais importantes e intensas no processo de re-estruturação produtiva que as inovações tecnológicas.

De fato, no Hospital Cura D'Ars esta característica da re-estruturação produtiva mostrou-se de forma clara, apesar de as ações terem sido tratadas de forma independente, sem um vínculo entre as diferentes estratégias. Percebeu-se que as inovações foram introduzidas de forma individualizada, sem um planejamento, sem uma sequência organizada. Isto pôde ser constatado nos trechos soltos, sem interligação, sem uma ordem cronológica clara nas respostas dadas pelos entrevistados.

Hoje nós temos uma LAN *house*, um repouso, uma sala de TV, uma biblioteca. Nem os médicos têm isso. (DIRETOR GERAL, 2010)

O hospital tem dado grande abertura à gestão participativa, com a elaboração da missão, visão, valores e planejamento estratégico. (GERENTE DE RECURSOS HUMANOS, 2010)

Existem as resistências. Mas quando há normas do hospital eles respeitam. A gente tenta sempre explicar o porquê da mudança, onde que vai impactar, onde é que vai mudar. (GERENTE DO CENTRO CIRÚRGICO, 2010)

Apesar das inovações tecnológicas terem sido fundamentais para a ampliação do número de cirurgias e internações, principalmente pela redução do tempo cirúrgico e de internação, as inovações organizacionais foram as que produziram maior impacto na forma de produzir serviços, como demonstrado a seguir.

Apenas com a maior abertura para a gestão participativa, iniciada em 2008 com o PDL – programa de desenvolvimento de lideranças, tornou-se possível a implementação de outras inovações, como o *kaizen*, comitês de controle de qualidade e o estabelecimento de protocolos de atendimento.

O trecho da entrevista concedida pela enfermeira gerente da UTI evidencia como a gestão participativa tem tido destaque na administração:

A gente tem duas comissões...uma comissão e um programa. O programa de desenvolvimento de lideranças, onde cada chefia de cada setor, ela interage, uma vez por mês tem reunião, e nas reuniões são conversados assuntos diversos, entre as equipes, entre as coordenações dos setores, assuntos que tem que ser resolvidos, e a administração. E temos a CATA – comissão de apoio técnico e administrativo, que é um numero menor de pessoas, é mais seletivo, mas também para resolver os problemas de todo o hospital. Existe muita abertura para opiniões e decisões. (GERENTE DA UTI, 2010)

Do total de questionários respondidos, 38% das respostas apontaram que os trabalhadores têm “grande” participação nas decisões do hospital, enquanto 40% consideraram ter participação “média”, 17% julgaram ter “pequena” participação e 5% “muito grande” participação nas decisões do hospital.

Novamente a categoria dos enfermeiros se destacou das demais, na qual 75% dos respondentes consideraram que têm “muito grande” ou “grande” participação nas decisões do hospital, acompanhados dos médicos, com 58% para as mesmas alternativas.

Observou-se que a abertura à gestão participativa, com o programa de desenvolvimento de lideranças e a criação da CATA, representou um marco na implementação das inovações organizacionais, tornando possível avanços consistentes, como a criação de comitês, comissões, programas de qualidade e ações de *kaizen*.

Esta abertura à gestão participativa vai ao encontro do que é defendido por Ohno (1997, p.43), de que o trabalho em equipe é fundamental para o sucesso na implementação das novas tecnologias, tanto físicas como organizacionais.

Quanto aos efeitos causados pela adoção destas inovações, discute-se abaixo as suas repercussões no processo de gestão do hospital pesquisado.

Diferentemente das inovações tecnológicas, percebeu-se que a intensidade do trabalho foi aumentada com a adoção das inovações organizacionais. Do total de respondentes do questionário, 83% afirmaram que estas inovações aumentaram o seu grau de envolvimento e de responsabilidade, tornando o trabalho mais intenso, enquanto apenas 17% consideraram que a intensidade não foi alterada, o que é corroborado pelo trecho retirado da entrevista com o gerente de recursos humanos.

Eu acho que intensificou a responsabilidade. Talvez seja um compromisso que se tem para que as coisas saiam mais perfeitas. Porque quando você tem um equipamento de alto custo, isso requer que o investimento seja sempre maior. Geralmente um equipamento desse, quando bem utilizado, deve trazer pra empresa um lucro maior, porque vai ser procurado aquele hospital, aquela instituição que oferece um equipamento que tenha uma maior credibilidade, que seja mais moderno. (GERENTE DE RECURSOS HUMANOS, 2010)

Estes resultados encontram respaldo nas argumentações de Faria (2007), que condenam a intensificação da forma exploratória do trabalho promovida pelas inovações organizacionais.

Por outro lado, o depoimento de alguns entrevistados evidencia que apesar da maior carga de trabalho, os trabalhadores sentem-se mais motivados por fazer parte das decisões e pela confiança e responsabilidade que lhes são depositadas.

O trecho da entrevista com a gerente do Centro de Diagnósticos resume e confirma esse comportamento.

As (inovações) tecnológicas acredito que não (intensificam). Já as organizacionais sim. Mas as pessoas aceitam participar e se sentirem mais responsáveis, apesar disso ter como consequência uma maior intensificação do trabalho. (GERENTE DO CENTRO DE DIAGNÓSTICOS, 2010)

Quanto à qualificação dos profissionais, 41% dos respondentes afirmaram que as inovações organizacionais exigiram uma qualificação “muito maior”, 43%

disseram que requereram uma “maior” qualificação, enquanto 16% julgaram necessária a “mesma” qualificação. Nenhum dos pesquisados assinalou a opção “menor” qualificação.

Quando estes dados foram comparados entre as unidades, não se percebeu uma variação no padrão das respostas, permanecendo todas na faixa de 83% a 88%, somando-se as alternativas “muito maior” e “maior” qualificação.

Ao se comparar as respostas entre algumas profissões, constatou-se que os enfermeiros e os fisioterapeutas são os que consideram maior a exigência por mais qualificação, com 100% das respostas entre “muito maior” e “maior”. Em seguida vem os médicos, com 92%, os instrumentadores, com 85%, os técnicos em enfermagem, com 80%, e por fim, os técnicos em radiologia, com 71%.

Nas entrevistas, os gestores foram unânimes quanto à necessidade de maior qualificação por parte dos trabalhadores em função das inovações organizacionais adotadas. O relato da gerente da UTI exemplifica a visão dos demais entrevistados.

Um exemplo é o 5 “S”. Todo mundo tem que estudar pra poder entender e tem que tá sempre com aquilo, bem mentalizado, pra você ficar praticando, passo por passo os 5 “S”, senão você não consegue desenvolver. E aquilo acaba entrando na sua mente, mesmo que você não queira, então você acaba evoluindo nesse ponto. (GERENTE DA UTI, 2010)

O trecho abaixo, da entrevista concedida pela gerente do centro de diagnósticos, fornece elementos interessantes quanto ao perfil buscado nos profissionais.

Exigem atitude da pessoa. Ela tem que buscar estar sempre atualizada, sintonizada com as inovações. Não pode parar. Os funcionários novos já vêm sabendo que precisam saber inglês, porque os equipamentos têm instruções, termos técnicos em inglês. O médico chega com uma terminologia nova, ele tem que saber. (GERENTE DO CENTRO DE DIAGNÓSTICOS, 2010)

As diferentes formas de qualificação, genericamente associadas à re-estruturação produtiva, tais como qualificação idealizada ou planejada, qualificação utilizada ou requerida e qualificação efetiva ou experienciada, conforme Peliano (1998), não são bem compreendidas pelos trabalhadores e gestores. Verifica-se, contudo, que estes estão interessados em manter os profissionais atualizados e preparados, com o objetivo de melhor utilizar os recursos tecnológicos oferecidos e prestar serviços com maior qualidade a custos menores. Já os trabalhadores deixaram evidente que seu interesse pela qualificação está em manter-se empregável e de buscar melhores posições ou vantagens, seja nesta ou em outras instituições, como confirma o trecho da entrevista abaixo.

Na verdade, o que eles (funcionários) querem que mude é o que vem beneficiá-los apenas. Os funcionários estão mais preocupados com as decisões que estão ligadas diretamente a eles, como salários e benefícios. (GERENTE DO CENTRO CIRÚRGICO, 2010)

Quanto à redução no número de postos de trabalho gerada pelo processo de re-estruturação produtiva, conforme Antunes (2003), não foram encontradas evidências de que este fenômeno aconteceu na unidade pesquisada. De forma contrária, segundo Pires (2008), os dados gerais, sobre o setor saúde, e os específicos, relativos aos hospitais estudados, apontam um crescimento contínuo do número de empregos no setor, de modo que o uso de tecnologia avançada não teve como consequência, até hoje, a diminuição de postos de trabalho.

Portanto, quanto à forma de adoção das inovações organizacionais e suas repercussões, pôde-se constatar que essas foram introduzidas inicialmente de maneira não planejada, desvinculadas umas das outras, sem uma sequência estabelecida formalmente. Somente após o início da abertura à gestão participativa que algumas ações foram implementadas de forma mais consistente.

No que diz respeito às repercussões, evidenciou-se que, diferentemente das inovações tecnológicas, os trabalhadores consideraram que as inovações

organizacionais aumentaram a intensidade do trabalho, com 83% das respostas. A necessidade de maior qualificação também foi apontada como uma das exigências impostas pelas novas tecnologias organizacionais, como apontaram 84% dos respondentes. Como o número de trabalhadores aumentou em todas as áreas pesquisadas, não foram encontradas evidências de que as inovações organizacionais causaram a eliminação ou redução de postos de trabalho.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A re-estruturação produtiva recente do capital, iniciada nas indústrias japonesas na década de 1950, difundiu-se pela Europa e Estados Unidos com maior intensidade somente a partir da década de 1970, impulsionada pela crise do petróleo. Baseada nos pilares das inovações tecnológica (equipamentos de base microeletrônica e informacional) e organizacional (novas formas de organizar o trabalho e a produção, como gestão participativa, controles de qualidade, *just in time*, *kaizen*, terceirização, polivalência, parcerias com fornecedores) e buscando a produção flexível e enxuta, esta nova re-estruturação gerou mudanças e causou importantes repercussões em diversos setores da economia, como na indústria de automóveis, na siderurgia, nas telecomunicações, no setor bancário, dentre outros. Como os hospitais, apesar de suas peculiaridades, são sistemas abertos e interagem com o ambiente externo, como outros setores da economia, governos, fornecedores, concorrentes, dentre outros, estando também sujeitos a crises e a oportunidades do mercado, a re-estruturação produtiva não poderia deixar de aportar nessas instituições.

O objetivo geral desta pesquisa foi investigar os impactos da re-estruturação produtiva no processo de gestão dos hospitais, através de um estudo de caso único, que utilizou-se de pesquisa bibliográfica, documental e de campo. Os instrumentos de coleta de dados adotados foram a análise documental, a entrevista semiestruturada e o questionário fechado.

Em relação ao primeiro objetivo específico, referente ao *mapeamento das principais mudanças implementadas no campo da inovação tecnológica e organizacional*, verificou-se que as inovações tecnológicas foram direcionadas prioritariamente para as áreas de terapia intensiva, de cirurgia e diagnóstica, nesta ordem, enquanto que as inovações organizacionais mais importantes foram a gestão participativa (através do PDL e da CATA), programa 5 “S”, os comitês e comissões de controle de qualidade, os protocolos de procedimento, *kaizen* e *just in time*.

As inovações tecnológicas na UTI tiveram como objetivo o aumento da segurança e das condições de estabilização dos pacientes, através da aquisição de equipamentos como monitores multiparamétricos, respiradores e desfibriladores modernos.

No centro cirúrgico, os investimentos foram realizados objetivando a redução do tempo de cirurgia, a diminuição dos danos ao paciente, o uso mínimo de medicamentos e fios cirúrgicos, bem como o menor tempo de internação e de cuidados pós-operatórios. Os equipamentos que melhor traduzem essa tecnologia são os aparelhos de videocirurgia e os bisturis ultrassônicos.

Na área de diagnósticos, as principais inovações foram voltadas para os chamados “diagnósticos por imagem”. Os equipamentos que representam este grupo são a tomografia, a ultrassonografia em 4D e a litotripsia extracorpórea guiada por ultrassom.

A introdução de novas tecnologias proporcionou condições de se realizar cirurgias mais complexas, de maior porte que as realizadas anteriormente. O aumento no número de procedimentos cirúrgicos, somado à elevação da complexidade das cirurgias, exigiu a contratação e novos profissionais, levando a um aumento no número de trabalhadores contratados.

No mapeamento das inovações organizacionais, pôde-se concluir que estas foram impulsionadas pela criação do PDL – Programa de Desenvolvimento de Lideranças e da CATA – Comissão de Apoio Técnico e Administrativo. Estas duas iniciativas deram início a uma grande abertura da gestão, com o envolvimento não só dos gestores, mas também dos trabalhadores das diversas áreas operacionais.

Quanto ao segundo objetivo específico, relacionado à *avaliação da adoção das principais inovações tecnológicas em termos de sua intensidade e repercussões*, constatou-se que essas foram introduzidas de forma mais intensa na UTI, no centro cirúrgico e no centro de diagnóstico, respectivamente.

No que se refere às repercussões, concluiu-se que as inovações tecnológicas reduziram a intensidade do trabalho, gerou novos postos de trabalho e possibilitou ao hospital uma mudança no perfil da sua clientela.

No tocante ao terceiro objetivo específico, referente à avaliação da adoção das principais inovações organizacionais em termos do seu processo e repercussões, concluiu-se que essas foram inicialmente adotadas de maneira não planejada, desvinculadas uma das outras, sem uma estratégia que as interligasse. A abertura à gestão mais participativa foi importante para a impulsão e consolidação destas inovações

As repercussões geradas foram o aumento da responsabilidade das equipes, que alegaram o aumento da intensidade do trabalho e a maior exigência por qualificação profissional.

Com relação ao primeiro pressuposto, que estabeleceu que as inovações tecnológicas foram introduzidas principalmente nas atividades de diagnóstico, terapias minimamente invasivas e manutenção da vida (UTI), enquanto que as principais inovações organizacionais concentraram-se em Círculos de Controle da Qualidade, *just in time* e terceirização, concluiu-se que este foi confirmado parcialmente.

As inovações tecnológicas foram introduzidas principalmente na UTI, através de terapias de manutenção da vida, no centro cirúrgico, para fins de terapias minimamente invasivas e, por último, de maneira menos intensa, no centro de diagnósticos.

As inovações organizacionais mais relevantes foram a gestão participativa, programa 5 “S”, a criação dos comitês e comissões de controle de qualidade, os protocolos de procedimentos, o *kaizen* e o *just in time*. Outras inovações, como terceirização, polivalência e remuneração flexível não se mostraram de forma evidente.

Quanto ao estabelecido como segundo pressuposto, que adoção de inovações tecnológicas, guiada pelo lucro, mostrou-se muito intensa, repercutindo

numa maior demanda de pacientes de planos de saúde e particulares e no aumento do número de trabalhadores, considerou-se que este foi confirmado plenamente.

A introdução das inovações tecnológicas foi considerada intensa pela maioria dos respondentes dos questionários e por todos os entrevistados, mostrando-se mais evidente na UTI, no centro cirúrgico e no centro de diagnósticos, respectivamente. A “renovação” tecnológica, aliada à estratégia de mudança do perfil da clientela, provocou um aumento da demanda de pacientes de planos de saúde e particulares. Além da mudança provocada no perfil da clientela, os relatos do diretor geral não deixaram dúvida quanto à importância dada à análise da lucratividade dos procedimentos, evidenciando a lógica do lucro. O número de trabalhadores contratados passou de 134 para 590 no mesmo período.

O terceiro e último pressuposto, que estabelecia que a implementação das inovações organizacionais deu-se de forma mais diretiva, com foco na redução dos custos e com participação dos trabalhadores apenas nas decisões de pouca relevância, repercutindo principalmente na maior intensificação da exploração do trabalho, foi avaliado como parcialmente confirmado.

As principais inovações organizacionais foram adotadas de forma participativa, com foco na redução de custos, mas também na melhoria da qualidade dos serviços. De maneira evidente, as inovações organizacionais intensificaram a responsabilidade e o trabalho desenvolvido.

Como fator limitador deste trabalho, considerou-se que a pouca disponibilidade de informações, como documentos e relatórios, do período de 1990 a 1989 deixou de contribuir positivamente. Para tentar suprir esta deficiência, tentou-se buscar informações sobre este período durante as entrevistas com os gestores.

Como sugestão para próximos trabalhos sobre o tema, aconselha-se o estudo de múltiplos casos, envolvendo instituições públicas, privadas lucrativas e sem fins lucrativos, sob a justificativa de que o capital exerce diferentes formas de pressão sobre estas instituições, forçando-as a agirem e reagirem de maneiras distintas.

REFERÊNCIAS

ALVES, Giovanni. **Dimensões da reestruturação produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. 2. ed. Londrina: Praxis, 2007.

ANTUNES, Ricardo. Os caminhos da liofilização organizacional: as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil. **Idéias**, Campinas, 9(2)/10(1), p.13-24, 2003.

BARBANTI, L. **Formulação da Estratégia em um Hospital Privado Geral e de Grande Porte na Cidade de São Paulo**: estudo de caso. 2000. 104 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2000.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BRAVERMAN, Harry. **Trabalho e capital monopolista**: a degradação do trabalho no século XX. 3. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1987.

BUSNELLO, Ronaldo. Reestruturação produtiva e flexibilização dos direitos trabalhistas. In: BEDIN, Gilmar Antonio. (Org.). **Reestruturação produtiva**: desemprego no Brasil e ética nas relações econômicas. Ijuí: Unijuí, 2000. p. 11-34.

CABRAL, Augusto César de Aquino. **Histórias de aprendizagem**: um estudo de caso no setor de telecomunicações. 2001. 310 f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal de Minas Gerais. Minas Gerais, 2001.

COLLIS, Jill; HUSSEY, Roger. **Pesquisa em administração**: um guia prático para alunos de graduação e pós-graduação. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

CORIAT, Benjamim. **Pensar pelo avesso**: o modelo japonês de trabalho e organização. Tradução de Emerson S. da Silva. Rio de Janeiro: Revan, 1994.

COSTA, Fernando N. Êxodo dos bancários. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 26 fev. 2001. Disponível em: <<http://www.eco.unicamp.br/artigos/artigo164.htm>>. Acesso em: 18 mar. 2010.

DIEESE. **Anuário dos trabalhadores 2007**. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/anu/anuario2007.pdf>>. Acesso em: 15 fev.2010.

DRUCKER, Peter F. **Fator humano e desempenho**: o melhor de Peter Drucker sobre Administração. São Paulo: Pioneira, 1981.

FACHIN, Odília. **Fundamentos de metodologia**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

FARIA, José H. **Economia política do poder: uma crítica da teoria geral da administração**. vol. 2. Curitiba: Juruá, 2007.

FERREIRA, A. B. H. **Novo dicionário Aurélio básico da língua portuguesa**. São Paulo: Nova Fronteira/Folha de São Paulo, 1996.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FURTADO, J. A. Indústria de Equipamentos Médico-Hospitalares: elementos para uma caracterização da sua dimensão internacional. In: NEGRI, B.; GIOVANNI, G. D. (Org.) **Brasil Radiografia da Saúde**. 1. ed. Campinas: Unicamp-IE, 2001. p. 45-62.

GURGEL JUNIOR, Garibaldi Dantas; VIEIRA, Marcelo Milano Falcão. Qualidade total e administração hospitalar: explorando disjunções conceituais. **Ciência e Saúde Coletiva**, São Paulo, vol. 7, n. 2, p.325-334, 2002.

JORGE, Alzira de Oliveira. **A gestão hospitalar sobre a perspectiva da micropolítica do trabalho vivo**. 2002. 225 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas. 2002.

KREIN, José D. **O aprofundamento da flexibilização das relações de trabalho no Brasil nos anos 90**. 2001. 202 f. Dissertação (Mestrado em Economia) - Instituto de Economia, Universidade Estadual de Campinas, Campinas. 2001.

LA FORGIA, Gerard M.; COUTTOLENC, Bernard F. **Desempenho Hospitalar no Brasil**. São Paulo: Singular, 2009.

LANGER, André. A revolução tecnológica. **Vinculando.org**. Disponível em: <http://vinculando.org/pt/quem_somos.html>. Acesso em: 14 mar. 2010.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. Tradução de Heloísa Monteiro e Francisco Settineri. Porto Alegre: Artmed, 1999.

LEITE, E. M. Reestruturação industrial, cadeias produtivas e qualificação. In. CARLEIAL, L.; VALLE, R. **Reestruturação produtiva e mercado de trabalho no Brasil**. São Paulo: HUCITEC-ABET, 1997. p. 140-169.

MALIK, Ana M.; VECINA NETO, Gonzalo. Tendências na assistência hospitalar. **Ciência e saúde coletiva**. Rio de Janeiro. vol. 12. n. 4. p. 825-839, jul/ago, 2007.

MARCONI, Maria de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Metodologia do trabalho científico**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MATSUZAWA. Carla Moeko. **Inovação em saúde: estudo de casos**. 2008. 142 f. Dissertação (Mestrado em Administração de Empresas) – Escola de Administração de Empresas de São Paulo, Fundação Getúlio Vargas, São Paulo, 2008.

MATTOSO, Jorge. **A desordem do trabalho**. São Paulo: Scritta, 1996.

MILLS, Wright. **A nova classe média**. 3. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

MORAES NETO, Benedito R. **Marx, Taylor, Ford**: as forças produtivas em discussão. 2. ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

NEUTZLING, Inácio; KREIN, José D. Reestruturação produtiva. In. **Dicionário de Ética Econômica**. Porto Alegre: Unisinos, 1997. p. 67-75.

NOGUEIRA, A. H.; BARRETO, A. P. B.; MACIEL, C. E. C.; ROSINHA, R. O. Globalização: reestruturação produtiva e impactos na gestão de recursos humanos. In. PIMENTA, S.M. **Recursos Humanos**: uma dimensão estratégica. Belo Horizonte: UFMG/FACE/CEPEAD, 1999. p. 25-40.

OFFE, Claus. **Trabalho e sociedade**: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho. vol. 2: Perspectivas. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991.

OHNO, Taiichi. **O sistema toyota de produção**: além da produção em larga escala. Porto Alegre: Bookman, 1997.

PELIANO, José Carlos Pereira. Reestruturação produtiva e a qualificação para o trabalho. **Revista Educação & Tecnologia**, Curitiba, v. 2, n. 3, p. 16-37, ago.1998.

PFEILSTICKER, Zilda Vieira de Souza. Reestruturação produtiva do Banco do Brasil: trajetória profissional dos funcionários da área de recursos humanos que permanecem na empresa. **Revista Sociedade e Estado**, Brasília, n.1, p. 247-278, jan/jul, 2004.

PIRES, Denise. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Confederação nacional dos trabalhadores em seguridade social – CUT; Anablume, 2008.

POCHMANN, Marcio. O fenômeno do desemprego no Brasil: diagnóstico e perspectivas. In: BEDIN, Gilmar Antonio. (Org.). **Reestruturação produtiva: desemprego no Brasil e ética nas relações econômicas**. Ijuí: Unijuí, 2000. p. 35-108.

PROSCURCIN, Pedro. **O trabalho na reestruturação produtiva**: análise jurídica dos impactos no posto de trabalho. São Paulo: LTr, 2001.

PUGH, Derek S.; HICKSON, David J. **Os teóricos das organizações**. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2004.

RIBEIRO FILHO, José Francisco. **Controladoria hospitalar**. São Paulo: Atlas, 2005.

RIVERA, F.J.U. **Agir comunicativo e planejamento social**: uma crítica ao enfoque estratégico. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. ver. amp., São Paulo: Atlas, 2008.

RUTHES, Rosa M. CUNHA, Isabel C.K.O. Os desafios da administração hospitalar na atualidade. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo. vol. 9, n. 36, p. 93-102, jul/set, 2007.

SANTINI, L.A. Uma Avaliação Tecnológica em Saúde: uma contribuição à prática médica e à organização dos serviços de saúde no Brasil. **Revista Brasileira de Educação Médica**. Rio de Janeiro, v. 17, p. 20-24, Maio/Ago.1993.

SCHUMPETER, J. A. **Capitalism, Socialism and Democracy**. New York: Harper Torchbooks, 1975.

VASCONCELLOS, Marcos A. Introdução. In: BARBIERI, José Carlos et al. **Organizações inovadoras**: estudos e casos brasileiros. São Paulo: FGV Editora, 2004, p. 13-30.

YIN, Robert K. **Estudo de caso**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

ZUBOFF, S. **In the age of the smart machine**: the future of work and power. 1. ed. Nova York: Basic Books, 1988.



APÊNDICE A – Carta de Apresentação à Empresa

Fortaleza, 10 de março de 2010.

Ao Sr. Pedrinho Minski
Diretor Geral
HOSPITAL CURA D'ARS

CARTA DE APRESENTAÇÃO DE PESQUISADORES – Vimos apresentar o Sr. ALDENIS DA SILVA MACHADO, aluno do Mestrado Profissional em Administração e Controladoria – MPAC, da UFC/FEAAC.

Referido pesquisador está desenvolvendo estudo “RE-ESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA EM HOSPITAIS: ESTUDO DE CASO EM UM HOSPITAL DE FORTALEZA - CE”.

Em vista disso, vimos solicitar que o referido pesquisador seja recebido nessa organização, ocasião em que maiores detalhes sobre o estudo e a metodologia a ser empregada poderão ser melhor explicitados. De antemão, queremos ressaltar a natureza iminentemente acadêmica do estudo em desenvolvimento, bem como garantir o sigilo das informações obtidas, caso V.Sa. assim determine.

Certos do atendimento do nosso pleito, queremos, finalmente, assegurar-vos que os resultados da pesquisa em tela serão compartilhados com essa organização, ao mesmo tempo em que permanecemos à vossa disposição para eventuais esclarecimentos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. SERAFIM F S FERRAZ
Coordenador Adjunto do MPAC/FEAAC/UFC
(sfsf@uol.com.br - 87770606)



APÊNDICE B - Roteiro de entrevista semiestruturada

1. Informações sobre o Entrevistado

Iniciais do Hospital: _____ Iniciais do Entrevistado: _____ Faixa Etária: _____

Formação Profissional: _____

Horário de início da entrevista: _____ Há quanto tempo trabalha na área hospitalar? _____

Há quanto tempo trabalha neste hospital? _____ Há quanto tempo ocupa este cargo? _____

2. Objetivo específico 1 (Mapear as principais mudanças implementadas no campo da inovação tecnológica e organizacional):

2.1. Quais as principais inovações tecnológicas, como equipamentos modernos de diagnóstico, de tratamento e informacionais, você considera terem sido incorporadas no hospital nos últimos anos?

2.2. Quais as principais inovações organizacionais, como Controle da Qualidade Total, Gestão Participativa, estímulo à polivalência, formas flexíveis de contratação e remuneração, terceirização, *Just-in-time/kanban*, *kaizen*, *5's*, dentre outras, você considera terem sido implantadas no hospital nos últimos anos?

3. Objetivo específico 2 (Avaliar a adoção das principais inovações tecnológicas em termos de sua intensidade e repercussões):

3.1. Como você percebe a forma pela qual as inovações tecnológicas foram incorporadas? Em termos de critérios de escolha, áreas de aplicação, processo decisório;

3.2. Como você avalia a intensidade da incorporação destas novas tecnologias?

3.3. Como a incorporação destas novas tecnologias repercutiu no hospital? Como na forma de produzir e organizar os serviços:

na organização do trabalho:

nas exigências de qualificação dos trabalhadores:

nos níveis de emprego:

na intensidade do ritmo de trabalho:

4. Objetivo específico 3 (Avaliar a adoção das principais inovações organizacionais em termos do seu processo e repercussões):

4.1. Como você avalia a forma de adoção das inovações organizacionais, como Controle da Qualidade Total, Gestão Participativa, estímulos à polivalência, formas flexíveis de contratação e remuneração, terceirização, *Just-in-time/kanban*, *kaizen*, 5's ocorridas no hospital nos últimos anos?

4.2. Como a incorporação destas novas tecnologias repercutiu no hospital? Como na forma de produzir e organizar os serviços:

na organização do trabalho:

nas exigências de qualificação dos trabalhadores:

nos níveis de emprego:

na intensidade do ritmo de trabalho:

4.3. Quando o volume de trabalho aumenta ou diminui, existe alguma forma flexível de disponibilização dos recursos materiais e/ou humanos? (*Just-in-time*)

4.4. Como você avalia o processo de terceirização ocorrido no hospital nos últimos anos?

Horário de término da entrevista: _____ Duração da entrevista: _____



APÊNDICE C - Questionário

Iniciais do Seu Nome: (Ex.: F.C.S) _____

Local de trabalho: _____ Cargo: _____

Marque apenas um X na resposta que você considera a que mais reflete a realidade, de acordo com sua opinião.

PARTE 1 – Informações sobre o respondente:

1.1. Há quanto tempo você trabalha na área hospitalar

Menos de 1 ano Entre 1 e 5 anos Entre 5 e 10 anos Entre 10 e 20 anos Mais de 20 anos

1.2. Há quanto tempo você trabalha neste hospital

Menos de 1 ano Entre 1 e 5 anos Entre 5 e 10 anos Entre 10 e 20 anos Mais de 20 anos

PARTE 2 – Intensidade e repercussões das novas tecnologias (equipamentos)

2.1. Você considera que nos últimos anos a incorporação de equipamentos modernos nas atividades do hospital tem sido:

Muito intensa Intensa Média Reduzida

2.2. Na sua opinião, a utilização de equipamentos modernos exige que o trabalhador tenha uma qualificação profissional:

Muito maior Maior A mesma Menor

2.3. Se o hospital investisse mais em tecnologia, o rendimento do seu trabalho poderia ser:

Muito maior Maior O mesmo Pior

2.4. Você acha que o uso de modernos equipamentos contribuiu para que a intensidade e o ritmo do seu trabalho:

Aumente muito Aumente Se mantenha Reduza

PARTE 3 – Processo de adoção e repercussões das inovações organizacionais

3.1. Na sua opinião, a criação dos Grupos de Controle da Qualidade, maior abertura para participação das decisões do hospital, incentivos à polivalência, formas diferenciadas e flexíveis de remuneração, exigem do trabalhador uma qualificação profissional:

Muito maior Maior A mesma Menor

3.2. Você acha que a criação dos Grupos de Controle da Qualidade, maior abertura para participação das decisões do hospital, incentivos à polivalência, formas diferenciadas e flexíveis de remuneração contribuem para que a intensidade e o ritmo do seu trabalho sejam:

Muito maior Maior O mesmo Menor

3.3. Na sua opinião, a participação dos funcionários nas decisões importantes do hospital é:

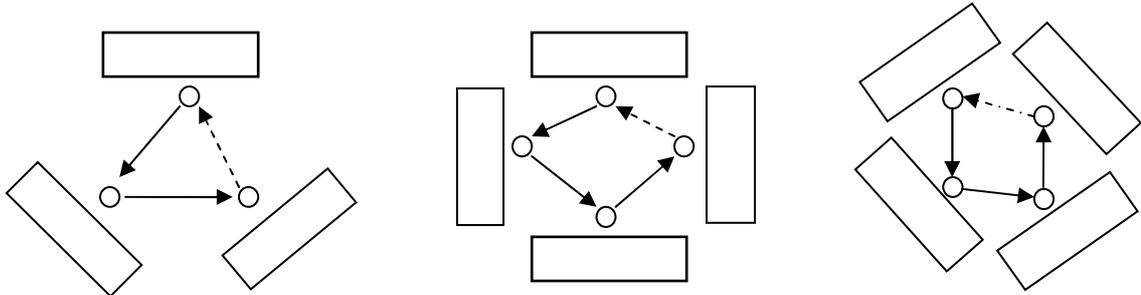
Muito grande Grande Média Pequena

3.4. Na sua opinião, a tendência dos últimos anos tem sido a de que o processo de especialização dos profissionais da área da saúde torne-se:

Muito maior Maior O mesmo Menor

Muito obrigado!

ANEXOS

ANEXO A – *Layout* fordista em “gaiolas de pássaros”

Legenda: os retângulos representam máquinas/ os círculos representam postos de trabalho.

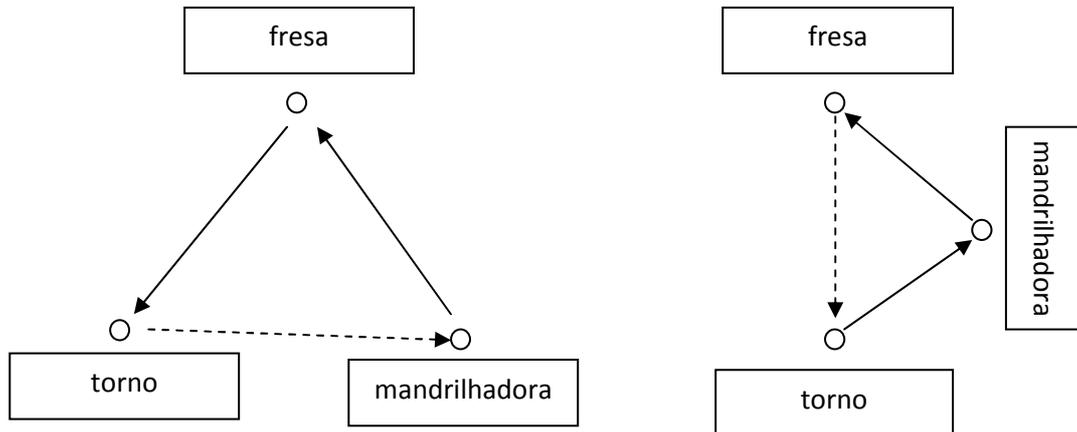
Princípio: um homem/várias máquinas idênticas.

Limites: a geração de estoques em cada máquina e perdas importantes de transporte e de encadeamento.

Fonte: Monden (1983 apud CORIAT, 1994, p.63)

Neste típico *layout* fordista, o trabalhador fica isolado em um determinado grupo de máquinas. Se a produção de outro determinado grupo de máquinas estiver num ritmo mais acelerado, este trabalhador não consegue ajudá-lo. Além de gerar estoques em torno de cada grupo de máquinas e gerar custos com transportes entre os grupos de máquinas.

ANEXO B - *Layout* fordista em “ilhotes isolados”



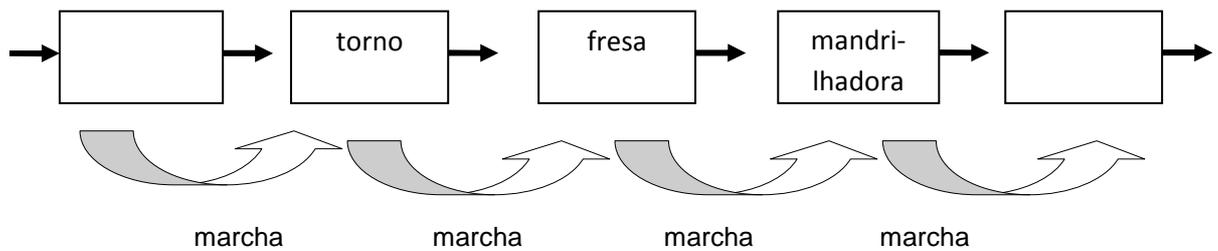
Legenda: os retângulos representam máquinas/ os círculos representam postos de trabalho.

Princípio: um homem/várias máquinas correspondendo a operações sucessivas.

Limites: acumulação de estoques em cada ilhote: perda de transferências e de encadeamento de ilhote a ilhote

Fonte: Monden (1983 apud CORIAT, 1994, p.64)

Apesar de representar avanços se comparado à Figura 3, pois o mesmo trabalhador realiza várias atividades e elabora um produto mais acabado, este *layout* também produz estoques em volta do grupo de máquinas e impede que um trabalhador ajude outro mais atarefado.

ANEXO C – *Layout fordista em linha*

Legenda: retângulos são máquinas

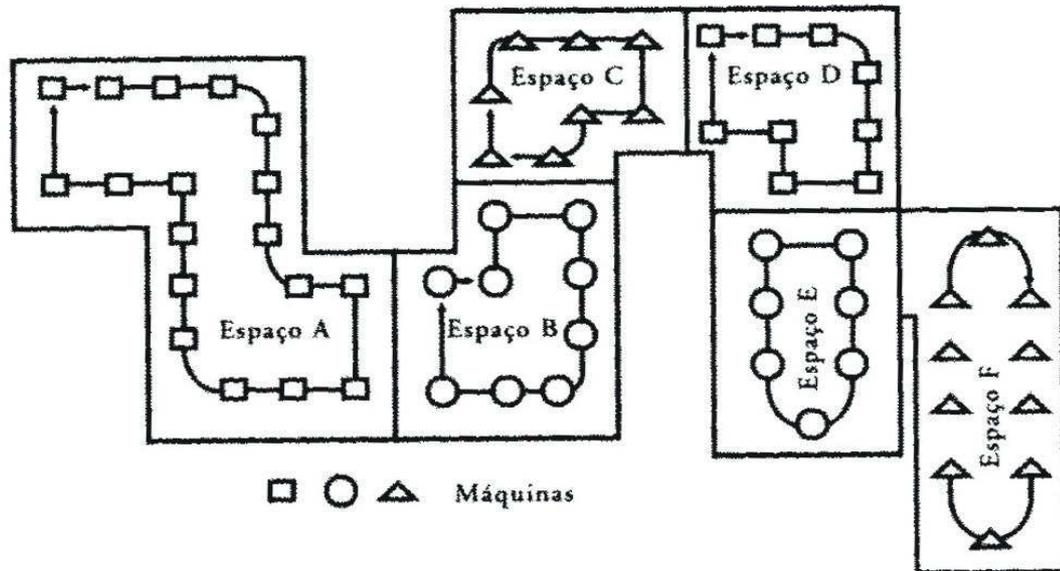
Princípio: o trabalhador se desloca de posto a posto onde são disponíveis máquinas que correspondem a operações sucessivas.

Limites: impossibilidade de realocar as tarefas de maneira flexível, quando há flutuação de produção a ser efetuada.

Fonte: Monden (1983 apud CORIAT, 1994, p.64)

Se houver variação de produção e for necessária a produção de diferentes peças em diferentes quantidades, o sistema apresentará problemas, pois algumas máquinas serão subutilizadas enquanto outras sobrecarregadas.

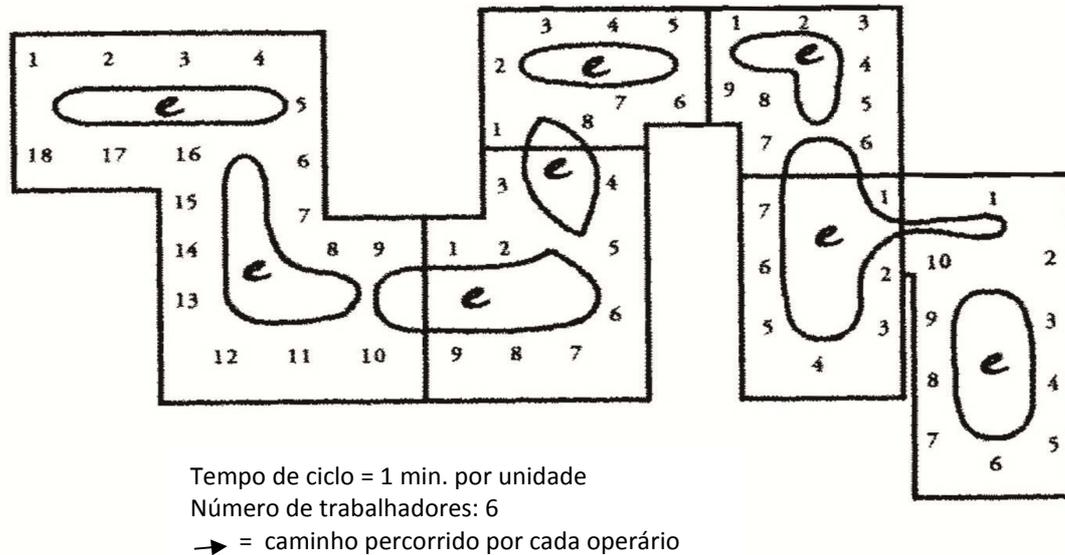
ANEXO D – Princípio de implantação em forma de “U”



- Os espaços de trabalho são “virtualmente materializados”, de A a F.
 - _ Dentro de cada um destes espaços são definidas as tarefas “sucessivas” a serem efetuadas (18 no espaço A, 9 no espaço B)
 - as tarefas virtuais, assim linearizadas, serão executadas a cada mês, por um número variável de operadores, aos quais são alocados tarefas variáveis em quantidade e em natureza.
- Assim as Figuras 7 e 8 fazem aparecer (respectivamente para janeiro e fevereiro) as tarefas efetivamente alocadas aos trabalhadores.

Fonte: Monden (1983 apud CORIAT, 1994, p.68)

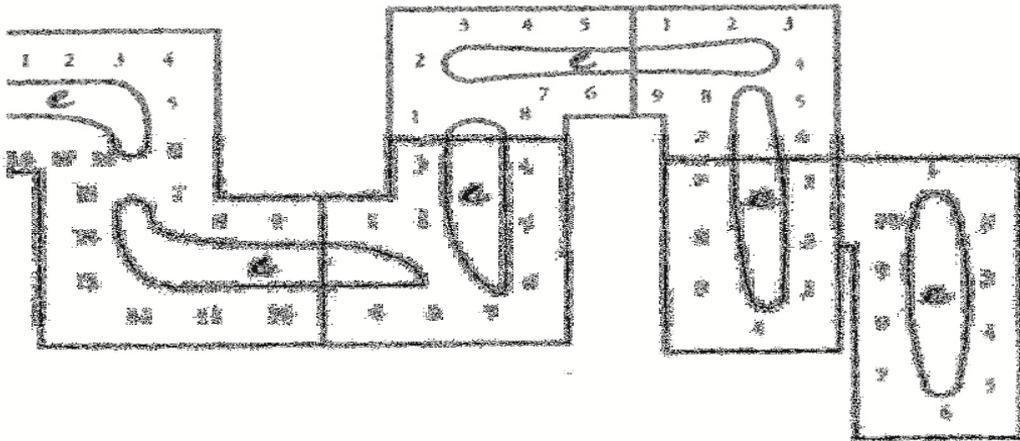
Este já é um *layout* chamado toyotista, no qual as tarefas e posições dos trabalhadores é totalmente flexível, podendo variar de acordo com o ritmo desejado e a produção a ser entregue.

ANEXO E – *Layout* em “U” – alocação de tarefas em janeiro

Fonte: Monden (1983 apud CORIAT, 1994, p.69)

De janeiro a fevereiro tudo é diferente: o número de trabalhadores ocupados (de 8 a 6), o tempo de ciclo (de 1' a 1,2') e a natureza das tarefas. O princípio do *tempo partilhado* é assim realizado, baseado no princípio de *padrões flexíveis*, que assentam a produtividade sobre a flexibilidade.

ANEXO F – Layout em “U” – alocação de tarefas em fevereiro



Fonte: Monden (1983 apud CORIAT, 1994, p.70)

De janeiro a fevereiro tudo é diferente: o número de trabalhadores ocupados (de 8 a 6), o tempo de ciclo (de 1' a 1,2') e a natureza das tarefas. O princípio do *tempo partilhado* é assim realizado, baseado no princípio de *padrões flexíveis*, que assentam a produtividade sobre a flexibilidade.

A utilização do *layout* em forma de “U” proposto, proporciona plenas condições de a empresa adaptar-se às demandas (qualitativas e quantitativas), conforme mencionado anteriormente. A multifuncionalidade e a polivalência são requisitos indispensáveis para a o seu funcionamento, dado que o mesmo trabalhador é responsável por diversas e diferentes máquinas.

A rígida divisão entre funções e departamentos de Fayol é revista, e os trabalhadores ocupam diferentes espaços e funções conforme a necessidade de produção. O número de trabalhadores também varia de acordo com o tempo de ciclo

exigido, que dependerá da quantidade requisitada. Segundo o próprio Ohno (1997, p.41), “tempo de ciclo é o tempo alocado para fazer uma peça ou unidade.”

Dessa maneira, a busca por uma forma de garantir os ganhos em mercados extremamente instáveis e competitivos é realizada essencialmente através da flexibilização, tanto da produção (em séries curtas e diferenciadas) como das formas de gestão (maior autonomia e participação, terceirização e parcerias).

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)