



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

CAMILA FERNANDES BEZERRA DA SILVA

**O TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: uma análise a partir do Programa de
Acreditação Hospitalar no Hospital Getúlio Vargas - HGV**

**Recife
2017**

CAMILA FERNANDES BEZERRA DA SILVA

**O TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: uma análise a partir do Programa de
Acreditação Hospitalar no Hospital Getúlio Vargas - HGV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social do Centro de Ciências Sociais Aplicadas da Universidade Federal de Pernambuco, para obtenção de grau de Mestra em Serviço Social.

Orientação: Prof.^a Dra. Maria das Graças e Silva.

Recife
2017

Catalogação na Fonte
Bibliotecária Ângela de Fátima Correia Simões, CRB4-773

S586t	<p>Silva, Camila Fernandes Bezerra da O trabalho na saúde pública: uma análise a partir do Programa de Acreditação Hospitalar no Hospital Getúlio Vargas – HGV / Camila Fernandes Bezerra da Silva. - 2017. 153folhas: il. 30 cm.</p> <p>Orientadora: Prof.^a Dra. Maria das Graças e Silva. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco. CCSA, 2017. Inclui referências e apêndices.</p> <p>1. Política de saúde. 2. Subjetividade. 3. Administração dos serviços de saúde. I. Silva, Maria das Graças e (Orientadora). II. Título</p> <p style="text-align: center;">361 CDD (22. ed.) UFPE (CSA 2017 – 203)</p>
-------	---

CAMILA FERNANDES BEZERRA DA SILVA

**O TRABALHO NA SAÚDE PÚBLICA: uma análise a partir do Programa de
Acreditação Hospitalar no Hospital Getúlio Vargas – HGV**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Pernambuco PPGSS/UFPE, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Serviço Social.

Aprovado em: 31/08/2017.

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra.^a Maria das Graças e Silva (Orientadora e Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof.^a Dra. Raquel Cavalcante Soares (Examinadora Interna)

Universidade Federal de Pernambuco

Prof. Dr. David Wallace Cavalcante da Silva (Examinador Externo)

Centro Universitário Maurício de Nassau

AGRADECIMENTOS

O mestrado é um período de continuidade e aprofundamento sobre o estudo de determinado objeto sendo, também, um processo denso de amadurecimento teórico. A finalização desta etapa só foi possível graças às pessoas queridas que estiveram de perto ou de longe torcendo, incentivando e ajudando. Portanto, agradeço, inicialmente, à professora e orientadora Maria das Graças e Silva por ter estado presente desde a graduação até o término deste mestrado. Sou muito grata pela paciência, pelas orientações e pela passagem do seu conhecimento de forma à proporcionar reflexões que abrilhantaram as ideias. Meus sinceros agradecimentos!

Agradeço aos meus pais, Elias e Almena, pelo esforço diário, desde sempre, para tornar possível minha graduação e pós-graduação; pela compreensão e apoio durante todo o processo do mestrado e nos meus momentos de transição e incertezas; e por me ajudarem a construir a pessoa que sou hoje. Obrigada pelo amor incondicional. Amo vocês!

Agradeço à minha irmã, Carina, pelo apoio, pela compreensão dos meus momentos de angústia e por aquelas longas conversas filosóficas na janela. Obrigada, minha querida!

Agradeço à minha amiga, Clívia, irmã que a vida me deu e que carrego no meu coração com muita saudade. Mesmo com quilômetros separando nossa convivência diária, como nos tempos na graduação, agradeço muito por você se fazer presente na minha vida, estando sempre pronta a me ouvir, incentivar e apoiar. Muito obrigada por tudo amiga!

Por fim, agradeço aos professores do Departamento de Serviço Social por todo conhecimento passado e reflexões provocadas; aos professores Raquel e Davi, pelas contribuições através das bancas de qualificação e defesa; e aos profissionais da saúde que colaboraram com esta pesquisa.

“O mecanismo do sistema é sugar sua alma vivo

Seu sangue, seu suor, são só um detalhe nisso”

(Criolo – Ainda Há Tempo)

RESUMO

Situado no interior do debate sobre a crise do capital na atualidade e nela, o movimento de contrarreforma na saúde pública brasileira, o presente estudo possui como foco a discussão sobre as formas de exploração e precarização da força de trabalho na saúde a partir do Programa de Acreditação Hospitalar (PAH). Este está pautado por uma racionalidade empresarial e gerencial típicas da atual conjuntura do capital e surge nos hospitais públicos do Brasil como caudatário de uma proposta alternativa aos entraves no atendimento e funcionamento das unidades do SUS (Sistema Único de Saúde). O objetivo central deste trabalho é analisar as implicações existentes entre a Acreditação Hospitalar e a exploração e precarização da força de trabalho na atualidade. Nesta direção, a categoria central de análise desta pesquisa será a força de trabalho e sua utilização na atualidade e especificidade do serviço de saúde pública. O setor de saúde caracteriza-se como espaço privilegiado para a lucratividade do capitalismo, que adentra fortemente a esfera pública através do movimento de contrarreforma. A proposta é de repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatal, sendo o PAH uma das faces desta lógica. O PAH é uma ferramenta de consenso e racionalização do processo de trabalho nas instituições hospitalares, privadas e públicas, o qual insere a responsabilidade pela qualidade, ou a falta dela, nos profissionais da saúde. Assim, exige que estes se comprometam, envolvam-se e “acreditem” que podem ofertar serviços de qualidade. É parte constitutiva do atual processo de reestruturação produtiva do capital possuindo uma lógica gerencialista, empresarial e racionalizadora dos serviços e que tem seus princípios e objetivos similares ao modelo toyotista de produção, pois, têm como essência o envolvimento e controle máximo dos trabalhadores no processo de trabalho.

Palavras-chave: Contrarreforma. Política de saúde. Precarização do trabalho. Subjetividade.

ABSTRACT

Situated within the debate on the current capital crisis, and the counter-reform movement in Brazilian public health, this study focuses on a discussion about how forms of exploitation and pre-loading of the health workforce from the Program of Hospital Accreditation (PAH). This is based on a business and managerial rationality typical of the current capital situation and appears in public hospitals in Brazil as a candidate of an alternative proposal to obstacles to the care and functioning of the Unified Health System (SUS) units. The main objective of this work is to analyze the implications of a Hospital Accreditation and the exploitation and precariousness of the workforce in the present time. In this direction, a category of analysis of direct and direct research for the workforce and its use in the actuality and specificity of the public health service. The health sector is characterized as a privileged space for a profitability of capitalism, that penetrates strongly a public sphere through the movement of counter-reform. The proposal is to pass on the management of SUS to other non-state management modalities, and PAH is one of the faces of this logic. PAH is a tool for consensus and rationalization of the work process in hospital, private and public institutions, which is a responsibility for quality, or lack thereof, in health professionals. Thus, it requires them to commit, get involved and "believe" that they can deliver quality services. It is a constituent part of the process of productive restructuring of capital that has a managerial, business and rationalizing logic of services and its objectives and objectives, unlike the model of production, production, as the essence of labor involvement and control.

Keywords: Counter-Reformation. Health policy. Precarization of work. Subjectivity.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: percentual de pagamento de juros e a amortização da dívida.....	75
QUADRO 2: a acreditação e sua correlação como neoliberalismo.....	108
QUADRO 3: síntese do manual “padrões de acreditação internacional para hospitais” da JCI/CBA.....	117
QUADRO 4: especialidades atendidas no Hospital Getúlio Vargas.....	122
QUADRO 5: quantitativo de profissionais do Hospital Getúlio Vargas.....	123
QUADRO 6: programas vinculados ao Hospital Getúlio Vargas.....	125

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social
CAC	Colégio Americano de Cirurgiões
CEBAS-SAÚDE	Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CBA	Consórcio Brasileiro de Acreditação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CF	Constituição Federal
DRU	Desvinculação das Receitas da União
HE	Hospitais de Excelência
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FUSAM	Fundação Amaury de Medeiros
HGV	Hospital Getúlio Vargas
HOPE	Hospital de Olhos de Pernambuco
HUs	Hospitais Universitários
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
IAPETEC	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
ISO	<i>International Organization for Standardization</i>
JCI	<i>Joint Commission International</i>
JCAH	<i>Commission on Accreditation of Hospitals</i>
JCAHO	<i>Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization</i>
LOS	Lei Orgânica da Saúde

MARE	Ministério da Administração e Reforma do Estado
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde.
ONA	Organização Nacional de Acreditação
OSs	Organizações Sociais
OSCIP	Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público
PAH	Programa de Acreditação Hospitalar
PDRA	Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado
Pis/Pasep	Plano de Integração Social/Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público
PROADI-SUS	Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde
PPH	Programa de Padrões Mínimos
REFORSUS	Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde
SAMDU	Serviço de Assistência Médica de Urgência
SES	Secretaria Estadual de Saúde
SIMEPE	Sindicato dos Médicos de Pernambuco
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 TRABALHO: DIMENSÃO ONTOLÓGICO-HISTÓRICA E FORMA DE SER NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO	22
2.1 Fundamentos e especificidades da categoria trabalho no modo de produção capitalista	23
2.2 Crise do capital e transformações no mundo do trabalho	36
2.3 Trabalho na contemporaneidade: as expressões da precarização subjetiva dos trabalhadores	48
3 A CONTRARREFORMA DA SAÚDE NO BRASIL: ESTADO, RACIONALIDADE MERCANTIL E IMPACTO SOBRE OS SERVIÇOS SAÚDE	57
3.1 Estado neoliberal e política pública de saúde: as particularidades do contexto brasileiro	57
3.2 Considerações acerca do fundo público no capitalismo contemporâneo.	72
3.3 A contrarreforma da política de saúde na atualidade	77
4 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE: EXPRESSÕES DO PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DO SISTEMA CAPITALISTA	92
4.1 Programa de Acreditação Hospitalar (PAH): histórico, inserção no cenário brasileiro de contrarreforma da saúde e centralidade no processo de trabalho.....	92
4.1.1 <i>Histórico e relação com neoliberalismo</i>	92
4.1.2 <i>Acreditação Hospitalar e a centralidade do programa no trabalhador: aspecto subjetivos em evidência</i>	110
4.2 Caracterização do lócus de pesquisa: o Hospital Getúlio Vargas, contrarreforma da saúde e a Acreditação Hospitalar	120
4.3 Resultados e discussão	126
CONSIDERAÇÕES FINAIS	133
REFERÊNCIAS	139
APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas (grupo 01)	145
APÊNDICE B - Roteiro de Entrevistas (grupo 02)	150

1 INTRODUÇÃO

Situado no interior do debate sobre a crise do capital na atualidade e nela, o movimento de contrarreforma na saúde pública brasileira, o presente estudo possui como foco a discussão sobre as formas de exploração e precarização da força de trabalho na saúde a partir do Programa de Acreditação Hospitalar¹ (PAH). Este está pautado por uma racionalidade empresarial e gerencial típicas da atual conjuntura do capital e surge nos hospitais públicos do Brasil como caudatário de uma proposta alternativa aos entraves no atendimento e funcionamento das unidades do SUS (Sistema Único de Saúde).

O interesse pelo tema surgiu durante a realização do estágio obrigatório no Hospital Getúlio Vargas (HGV), ocorrido entre os meses de julho de 2013 a março de 2014, quando o hospital ainda estava em processo de implantação da Acreditação, o qual ocorria desde 2012². O Hospital Getúlio Vargas, caracterizado como de média e alta complexidade, possui financiamento bipartite, com recursos provenientes do Ministério da Saúde e do governo de Pernambuco, sendo referência no Estado na área de ortopedia.

Mensalmente, o HGV realiza mais de dois mil atendimentos na emergência e outros 12 mil no ambulatório, e cerca de 800 cirurgias. Há mais de dez anos, o local é o único da rede estadual a contar com um programa de órtese e prótese, oferecendo à população cadeiras de rodas, de banho, muletas, próteses de membros inferiores e superiores, entre outros, além de possuir equipe multidisciplinar para o acompanhamento do paciente durante todo o período de adaptação aos dispositivos ortopédicos³.

¹ O Programa de Acreditação Hospitalar define-se como um processo voluntário, reservado, consensual e de racionalização dos procedimentos de atendimento e do processo de trabalho, visando à eficácia e eficiência, a qualidade e a redução de custos a partir do cumprimento de normas e padrões previamente estabelecidos pelo programa para as instituições interessadas (JCI, 2011).

² Conforme as normas de implantação do PAH os hospitais têm o prazo de 4 anos para se adequar aos padrões exigidos. Caso não haja êxito, o processo de implementação é suspenso até que a instituição hospitalar realize uma nova solicitação.

³ Informações extraídas do site da Secretaria Estadual de Saúde: <<http://portal.saude.pe.gov.br/unidades-de-saude-e-servicos/secretaria-executiva-de-atencao-saude/hospital-getulio-vargas>>. Acesso em: fev 2016.

No entanto, o HGV não foge à realidade do subfinanciamento da política de saúde, da superlotação, da precariedade relativa à estrutura do hospital e do trabalho dos servidores. Para o HGV o ano de 2015 foi marcado por diversas paralisações dos funcionários que denunciaram: salários atrasados; não pagamento de horas extras, passagem e alimentação; falta de equipamentos e profissionais; e a precária estrutura física do hospital (rachaduras por todo o prédio e elevadores quebrados).

Em setembro de 2014, parte do teto da Sala de Recuperação chegou a desabar⁴. De acordo com a página do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) desde março de 2013, o quantitativo de trabalhadores na unidade vem diminuindo. Em três anos, houve uma redução de 326 profissionais.

Ao identificar, ainda no período de estágio obrigatório, a existência de um paradoxo – a implementação de um Programa de Acreditação em uma unidade hospitalar sabidamente precarizada – sobressai-se a centralização do processo nos funcionários do hospital, como sua expressão mais evidente. A partir de então, buscou-se entender no que consiste esse processo, quais as motivações para a opção pela Acreditação e como estava ocorrendo a participação do serviço social naquele contexto, especialmente por se tratar de um hospital público o qual, conforme dito anteriormente, convive com problemas de superlotação, falta de profissionais, comprometimentos na sua estrutura física, entre outros. Na busca por respostas às essas inquietações foi elaborado o trabalho de conclusão de curso intitulado *“Acreditação Hospitalar: fundamentos e prática do serviço social”*.

Partir das primeiras aproximações com a Acreditação no referido trabalho, pôde-se concluir que o processo de Acreditação se fundamenta em uma lógica gerencialista, empresarial e racionalizadora dos serviços, a qual centraliza suas ações nos servidores dos hospitais, afirmando que há uma necessidade de educação continuada dos profissionais - os quais não seriam

⁴ Fonte: <<http://cremepe.org.br/2014/09/03/teto-do-hgv-desaba-e-assusta-pacientes/>>. Acesso em jan 2016.

possuidores de uma cultura de qualidade - fator que estaria dificultando um bom funcionamento institucional.

Assim, a falta de qualidade na saúde vem sendo tratada como algo *cultural*, além dos problemas de gestão, de base tecnológica, cuja solução pode ser encontrada na obtenção de máquinas, equipamentos e tecnologias diversas, assim como as novas formas de gerenciar a força de trabalho hoje. Entretanto, o significado desta lógica de centralizar fortemente o funcionamento de uma instituição nos trabalhadores é algo que carece de maior problematização.

Na busca por uma maior clareza nessa questão, deparei-me com uma série de estudos que se limitam a enfatizar o que é a Acreditação por definição, seus pontos positivos e/ou negativos e por vezes, de que esta seria uma ferramenta necessária. Além disso, os estudos também relatam situações de estresse e de desmotivação dos trabalhadores, sobrecarga de trabalho, além da ausência de crítica entre profissionais e usuários envolvidos com o processo.

Entretanto, os estudos não avançam. Debruçam-se sobre um instrumento que coloca o trabalho dos funcionários da saúde como elemento chave, mas não debatem a forma de ser deste trabalho, do trabalho hoje e de sua relação com os problemas estruturais e de subfinanciamento que atingem a política de saúde no Brasil, como elementos de uma totalidade complexa.

As evidências vêm apontando que existe uma dicotomia entre a corrida pela qualidade institucional e a precarização das unidades públicas de saúde e do trabalho, de forma que a precarização, a polivalência e a lógica produtivista provenientes do modelo de acumulação flexível, impactam a política de saúde e afetam diretamente a dinâmica de trabalho nas unidades de saúde, as quais não se separam do processo de implantação da Acreditação.

A primeira iniciativa de Acreditação no Brasil chega por intermédio da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), ao implementar um programa latino americano de Acreditação para hospitais. Em 1990, esta criou um manual para todos os países desta região, cujos procedimentos e diretrizes

seriam adaptados ao Brasil, inspirando a criação do primeiro Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar em 1999. O Programa de Acreditação Hospitalar (PAH) define-se como um processo voluntário, reservado, consensual e de racionalização dos procedimentos de atendimento e do processo de trabalho, visando à eficácia e eficiência, a qualidade e a redução de custos a partir do cumprimento de normas e padrões previamente estabelecidos pelo programa para as instituições interessadas (JCI, 2011).

Porém, são os esforços dos funcionários das unidades hospitalares que possuem um grande peso para a implementação do programa. Estes se configuram como os sujeitos fundamentais do processo, carregando a responsabilidade pelo êxito ou fracasso em alcançar a Acreditação. Novaes⁵ (2007) atribui à educação profissional papel fundamental na evolução da Acreditação.

Com base no estudo de Ichinose e Almeida (2001), constata-se que existem comparações entre o Programa de Acreditação Hospitalar e o sistema de certificação ISO (*International Organization for Standardization*) 9000. De acordo com os autores, ambos os instrumentos de organização possuem a mesma racionalidade, a qual comporta métodos gerenciais em busca da qualidade. Entretanto, a primeira é direcionada exclusivamente para hospitais e a segunda para empresas.

Novas modalidades de gestão no sistema de saúde brasileiro têm sido adotadas com mais frequência, atribuindo-se à gestão organizacional a responsabilidade de solucionar os conflitos e dificuldades que tal sistema enfrenta, através de modelos que primem pela qualidade, eficiência, por resultados e com redução e racionalização dos gastos. Esta tendência encontra amparo e reforça a lógica que preside a sociedade do capital na atualidade, na qual os aspectos técnicos têm prevalecido como arma poderosa para enfrentar as contradições internas do sistema. Para Mandel (1982), essa

⁵Humberto Moraes de Novaes foi consultor permanente da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e coordenador da implementação de programas de acreditação de hospitais em países da América Latina e Caribe. De 1996 a 1998 assessorou o Ministério da Saúde para implementação do programa de acreditação de hospitais no Brasil. Atualmente é presidente do Instituto para Cooperação Técnica em Saúde (INTECH), com sede na área metropolitana de Washington, DC, EUA.

forte credibilidade que a tecnologia recebe, diz respeito a uma característica essencial do capitalismo tardio⁶.

A dinâmica do capital mundial, sob regência da acumulação financeira, opera reestruturações políticas e econômicas próprias que tendem a desvalorizar a força de trabalho, na medida em que o paradigma de produção se modifica. A transição do fordismo/taylorismo para a acumulação flexível (HARVEY, 2005) – de inspiração toyotista – exige um processo de trabalho mais ativo e interativo e, também, mais fragmentado, rotineiro e com intensa divisão social e técnica do trabalho.

Tais transformações não ocorrem apenas nos setores industriais, já que no início do século XX houve um aumento do setor de serviços, absorvendo um amplo contingente de trabalhadores, num movimento de “interpenetração entre atividades fabris e de serviços” (ANTUNES, 2002). O setor de serviços é intensamente afetado pelas modificações organizacionais, tecnológicas e de gestão, submetendo-se cada vez mais à racionalidade mercadológica do capital.

Sob tal racionalidade o setor de saúde caracteriza-se como espaço privilegiado para a lucratividade do capitalismo, adentrando fortemente a esfera pública através do movimento de contrarreforma. Este, de acordo com Soares (2010, p. 15) configura-se como uma estratégia global de enfrentamento à crise estrutural do capital. Com difusão mediante os organismos multilaterais a exemplo do Banco Mundial, a contrarreforma chega às políticas sociais, especialmente na política de saúde, a partir das reformas estruturais as quais se orientam mediante realocação do fundo público e ampliação da participação do âmbito privado no trato com as políticas sociais.

Na área da saúde, a proposta é de repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatal, através dos contratos e parcerias, viabilizadas pelas Organizações Sociais (OSs) e pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Além disso, uma vez que o setor da saúde se abre cada vez à lógica de mercado, beneficia departamentos

⁶ Termo utilizado por Mandel (1982) para identificar a atual fase do capitalismo.

como: a indústria de medicamentos e equipamentos médicos hospitalares; as redes de hospitais, clínicas e planos privados; linhas de crédito e financiamentos bancários; entre outros (SOARES, 2014, p. 27).

Este movimento produz impactos na composição da força de trabalho, na medida em que exige níveis mais altos de qualificação do trabalhador para que “seu perfil se enquadre aos objetivos empresariais de gestão da força de trabalho para o aumento da produtividade” (KAMEYAMA, 1998, p. 9), mediante mudanças na forma de adesão dos trabalhadores a essa lógica. Isso pode ser observado na adoção de novas tecnologias no interior das instituições, associadas a um conjunto de inovações organizacionais, as quais envolvem modelos de participação na organização do trabalho e de controle do fluxo de informações produtivas (BRAGA apud MOTA & AMARAL, 1998, p. 9).

Na leitura de Druck (2011, p. 1) a precarização levada a cabo pela acumulação flexível assume novos contornos, sendo fundamental e estrutural, pois deixa de ser mais uma das configurações daquele modelo para tornar-se característica principal e hegemônica do capitalismo atual. Nessa linha argumentativa Giovanni Alves (2014) afirma que pensar a precarização do trabalho, hoje, necessita considerá-la sob duas dimensões: a de “precarização existencial” (do homem enquanto força de trabalho) e da “precarização do homem-que-trabalha (desafetivação humano-genérica)”, as quais são traços fundamentais da constituição do trabalho neste século.

Parte-se do pressuposto que as determinações do trabalho em saúde estão estreitamente interligadas à gestão do processo de trabalho na atualidade, alicerçada pela racionalização, diminuição de custos, aumento da produtividade, precarização, polivalência, etc., provenientes do movimento de recomposição do capital em tempos de crise. Além disso, os elementos em torno da Acreditação Hospitalar, principalmente o seu foco nos profissionais de saúde, suscitam a necessidade de compreender como vêm se materializando este processo, configurando a forma de ser do trabalho hoje.

As estratégias de reorganização capitalista proporcionam um conjunto de mudanças nas funções do Estado e no seu trato com as políticas sociais,

especificamente a saúde; na organização da produção; nas formas de gestão e consumo da força de trabalho. Assim o que este estudo objetiva é refletir sobre a forma de ser do trabalho hoje a partir das implicações existentes entre a Acreditação Hospitalar e as novas formas de exploração e precarização da força de trabalho na atualidade.

Diante do exposto, esboçamos as questões que norteiam o presente projeto de pesquisa: visto que a atuação dos profissionais de saúde é o ponto central do alcance da certificação de qualidade, *quais seriam as mediações e implicações existentes entre a Acreditação Hospitalar e as novas formas de gestão do trabalho? Como essa lógica vem impactando o cotidiano dos trabalhadores de unidades acreditadas ou em processo de Acreditação? Como se apresentam no HGV as formas de ser do trabalho hoje?* A resposta a estas indagações visa contribuir para as reflexões sobre sociedade do trabalho hoje.

Esta pesquisa está norteada pela relevância do estudo da temática da Acreditação Hospitalar; necessidade de uma produção científica na área do serviço social sobre o tema, visto que, os assistentes sociais fazem parte do corpo funcional voltado para a implantação da Acreditação nas unidades de saúde; conjuntura de transformação do modelo de acumulação do capital e a participação do setor saúde nesta dinâmica; e a problematização entre as formas atuais de exploração e precarização da força de trabalho, reiterando a importância da sociedade do trabalho.

Os estudos sobre a Acreditação Hospitalar são recentes (o artigo mais antigo encontrado data de 2001) e foram realizados majoritariamente por enfermeiros, engenheiros de produção, administradores e biomédicos, os quais enfatizam a discussão na apresentação do tema, seus supostos pontos positivos e negativos e necessidade que enxergam haver para a implantação da Acreditação. Analisam o processo através do viés administrativo e de segurança de riscos, centralizado na relação técnica entre médicos e usuários, ou, clientes como estes são chamados.

A centralidade dos estudos está na disseminação dos programas de Acreditação (FORTES, 2011), não apresentando reflexões sobre a decisão dos

governos de participar do processo e nem quais seriam as consequências da adesão, ou não. É fato que a instauração dos procedimentos de Acreditação nos hospitais está permeada pelas determinações da conjuntura macroeconômica, mas, percebe-se não está sendo considerado problematizar essa questão. Diante disso, construir uma análise da temática através da matriz analítica da teoria crítica, norteadora da produção acadêmica do serviço social é fundamental, visto que os profissionais desta área são partícipes do processo de implantação da Acreditação.

Nesse sentido pretende-se fomentar um debate que caminhe para a supressão da lacuna existente entre as abordagens unilaterais sobre a Acreditação e o mundo do trabalho. Espera-se com este estudo, contribuir para a reflexão crítica dos profissionais de saúde e especialmente ao Serviço Social, profissão que concomitantemente, sofre os impactos da reestruturação do mundo do trabalho e atua, cotidianamente, junto à classe trabalhadora.

Considerando-se que o objeto dessa pesquisa é a *força de trabalho* no atual momento de sua produção e reprodução, é fundamental recuperar os estudos sobre a dinâmica do capital e a sociedade do trabalho hoje. Neste sentido, os primeiros procedimentos adotados baseiam-se na pesquisa bibliográfica e documental.

A primeira abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo (MARCONI & LAKATOS, 1999, p.73), que serão: revistas eletrônicas diversas, livros, jornais, artigos científicos, monografias e teses que abordam a temática da Acreditação Hospitalar. Na busca por compreender como as estratégias na saúde pública estadual estão articuladas, a segunda etapa corresponde à análise documental relativa à coleta de informações via decretos, portarias e leis relacionadas com temática.

Apesar de a Acreditação Hospitalar caracterizar-se como um processo que busca qualidade do serviço a partir do gerenciamento da totalidade da força de trabalho existente na respectiva unidade de saúde, há aqueles trabalhadores que recebem a incumbência de comandar o processo (via coordenação nas equipes) e os demais profissionais, que seguem o que foi previamente

estabelecido. Dessa forma, todos os profissionais se engajam no processo de Acreditação.

Entretanto, as motivações, requisições e/ou imposições podem ser variáveis a depender da forma de inserção na hierarquia do processo, motivo pelo qual entendemos ser necessário observar a disposição hierárquica: os líderes, devido à sua posição de condução da Acreditação e os técnicos e auxiliares e enfermagem, por formarem mais da metade da força de trabalho do HGV. Além disso, foi identificado um significativo número de estudos produzidos por estes profissionais acerca da Acreditação Hospitalar.

A escolha pelo Serviço Social ocorre por participar direta e indiretamente da Acreditação e, especialmente, por se tratar de uma profissão que ao mesmo tempo em que sofre os impactos da reestruturação do mundo do trabalho, possui um projeto ético político comprometido com os anseios da classe trabalhadora. Assim, caminhar no aprimoramento intelectual da dinâmica que se insere é imprescindível para direcionar criticamente a atuação da profissão na luta pelo acesso dos usuários aos seus direitos.

Os profissionais, enquanto trabalhadores da saúde pública estão inscritos em um contexto específico da contemporaneidade da política de saúde e do mundo do trabalho, discutida anteriormente. Assim, entre estes profissionais perpassa uma característica comum: a intensidade da dinâmica do trabalho. Nesta direção a categoria central de análise desta pesquisa será *a força de trabalho* e sua utilização na atualidade e especificidade do serviço de saúde pública.

As entrevistas da pesquisa de campo, portanto, serão direcionadas para:

- G1 destinado àqueles profissionais (um assistente social, um enfermeiro e um técnico de enfermagem) que estiveram *diretamente envolvidos com as equipes* de Acreditação Hospitalar no HGV;
- G2 para aqueles que *não foram membros destas equipes, mas, que vivenciaram as mudanças na realidade* (um assistente social, um enfermeiro e um técnico de enfermagem);

- G3: dois *Líderes* das equipes de Acreditação no HGV.

As entrevistas para os três grupos foram divididas em três eixos:

1. *Identificação dos profissionais*: buscando-se traçar um perfil dos entrevistados a partir de informações como tempo de serviço na instituição, tipo de contrato, carga horária de trabalho e formação profissional;
2. *Rotina de trabalho*: eixo que buscou apreender as dificuldades, possibilidades e contradições do cotidiano do processo de trabalho dos entrevistados;
3. *Programa de Acreditação Hospitalar*: este item tem por fim compreender a percepção dos profissionais do HGV sobre a Acreditação e a relação dela com o processo de trabalho e com as problemáticas enfrentadas pela instituição que, como apontado nos capítulos anteriores, são produto do projeto neoliberal na saúde pública.

Dentre as investidas de lógica privatista que adentram o espaço dos serviços públicos, principalmente a saúde, as inovações tecnológicas e organizacionais do processo de trabalho ganham relevância. Nesse sentido, gravitam em torno do tema do presente estudo: a transição entre modelos de acumulação do capital na atualidade, a forma de ser do Estado para a saúde pública e as formas de precarização/exploração da força de trabalho.

2 TRABALHO: DIMENSÃO ONTOLÓGICO-HISTÓRICA E FORMA DE SER NO CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO

O debate em torno da Acreditação Hospitalar no presente trabalho parte do suposto que as determinações do trabalho em saúde estão estreitamente vinculadas à gestão do processo de trabalho na atualidade, alicerçada pela racionalização, diminuição de custos, aumento da produtividade, precarização, polivalência, etc., provenientes do movimento de recomposição do capital em tempos de crise. Além disso, os elementos em torno da Acreditação Hospitalar, principalmente o seu foco nos profissionais de saúde, suscitam a necessidade de compreender como vêm se materializando este processo, configurando a forma de ser do trabalho hoje.

As estratégias de reorganização capitalista proporcionam um conjunto de mudanças nas funções do Estado e no seu trato com as políticas sociais e, no caso em estudo, a saúde; na organização da produção; nas formas de gestão e consumo da força de trabalho, dentre outros. Assim o que este estudo objetiva é refletir sobre a forma de ser do trabalho hoje, a partir das implicações existentes entre a Acreditação Hospitalar e as novas formas de exploração e precarização da força de trabalho na atualidade.

Diante da tendência capitalista em ocultar a realidade social em sua essência, a compreensão do trabalho na contemporaneidade exige o resgate dos seus fundamentos ontológico-históricos para, posteriormente, apreender com maior clareza as contradições e necessidades próprias do sistema. Assim, esse primeiro capítulo apresenta os fundamentos do trabalho e segue para as incidências centrais, sobre o trabalho e sobre o setor de serviços, do movimento de reestruturação produtiva do capital, iniciado ainda nos anos de 1970. Consideram-se as transformações da transição entre os modelos fordista-taylorista e a acumulação flexível, este de inspiração toyotista, sinalizando o fenômeno da “precarização subjetiva” dos trabalhadores.

2.1 Fundamentos e especificidades da categoria trabalho no modo de produção capitalista

De acordo com a teoria marxista na base da gênese da sociabilidade humana está o *trabalho*, categoria social e ato histórico que funda o mundo dos homens sendo. É compreendido como um processo de interação entre o homem e a natureza no qual o ser humano a transforma para o atendimento de suas necessidades de sobrevivência. Neste processo sócio histórico, o homem modifica tanto a natureza quanto a si mesmo, construindo tanto sua objetividade quanto sua subjetividade, além de novas e diferentes formas de sociabilidade. Lessa (2012) adverte que a existência social é potenciada pelo trabalho, mas vai além deste, já que, a relação dos homens com a natureza requer uma relação entre os homens. Nesse sentido, o trabalho é parte de uma *totalidade social complexa*.

É através do trabalho que o ser humano se distingue dos demais, já que, a busca pelo atendimento de suas necessidades de sobrevivência não ocorre de forma apenas instintiva ou puramente biológica. Nesta busca, a interação entre homem natureza permite ao ser humano criar instrumentos e objetos, os quais possibilitam o desenvolvimento de novos conhecimentos e habilidades que são transmitidos de uns para outros.

Nestes termos, este processo histórico de interação homem-natureza e homens entre si implica a criação de um arsenal de normas, valores e formas de comportamentos sociais que vão sendo construídos, impactando no desenvolvimento da subjetividade humana. Portanto, o trabalho é *atividade coletiva, social*. Diante desse caráter social e humano do trabalho veremos adiante que esta atividade implica muito mais do que uma simples transformação da natureza, já que ao transformá-la, o sujeito também transforma a si mesmo.

O processo de trabalho consiste em uma

atividade orientada a um fim – uma produção de valores de uso – apropriação do elemento natural para a satisfação de necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre homem e natureza, perpétua condição natural da vida humana e, por conseguinte, independente de qualquer forma particular dessa vida, ou melhor, comum a todas as suas formas sociais (MARX, 2013, p. 261).

Ao afirmar que o trabalho se trata de uma “atividade orientada a um fim” Marx sinaliza uma das premissas básicas de constituição do trabalho como atividade humana. Na configuração de objetos os indivíduos projetam idealmente os passos de sua ação para o alcance do objetivo final: transformar a natureza, criando objetos de satisfação de suas necessidades. O homem, portanto, possui a capacidade de representar idealmente o resultado de sua ação, ou seja, possui uma intencionalidade prévia. Este momento Lucács denomina de “salto ontológico”, ou seja, o momento em que a existência não é mais puramente biológica, mas, *social* (LESSA, 2012, grifo nosso), posto que os seres humanos, assim, se distanciam dos demais e seguem no caminho do desenvolvimento da sociabilidade humana.

Agindo sobre a natureza eterna e modificando-a por meio desse movimento, ele modifica, ao mesmo tempo, sua própria natureza. Ele desenvolve as potências que nela jazem latentes e submete o jogo de forças a seu próprio domínio. Não se trata aqui das primeiras formas, animais, do trabalho. Um incomensurável intervalo de tempo separa o estágio em que o trabalhador se apresenta ao mercado como vendedor de sua própria força de trabalho daquele em que o trabalho humano ainda não se desvinculou de sua forma instintiva. *Pressupomos o trabalho numa forma em que ele diz respeito unicamente ao homem.* Uma aranha executa operações semelhantes à do tecelão, e uma abelha envergonha muito arquitetos com a estrutura de sua colmeia. *Porém, o que desde o início distingue o pior arquiteto da melhor abelha é o fato de que o primeiro tem a colmeia em sua mente antes de construí-la com a cera.* No final do processo de trabalho, chega-se a um resultado que estava presente na representação do trabalhador no início do processo, portanto, um resultado que já existia idealmente. (Ibidem, p. 265, grifo nosso).

O trabalho configura-se como uma relação mediada, entre sujeito e objeto, através dos instrumentos de trabalho criados pelos homens. Assim, o trabalho se realiza apenas quando essa representação ideal se *objetiva*, ou seja, quando a matéria natural é transformada pelo sujeito. O trabalho implica em dois movimentos: um no “plano subjetivo”, já que a representação ideal ocorre no âmbito do sujeito, e outro no “plano objetivo”, quando resulta na transformação material da natureza.

Assim, “a realização do trabalho constitui uma *objetivação* do sujeito que o efetua” (NETTO & BRAZ, 2009, p. 33). Além deste processo de objetivação, ao produzir um objeto e transformar a realidade, ocorre uma “exteriorização” do sujeito, movimento de retorno das objetivações destes sujeitos incidindo sobre a autoconstrução do gênero humano (LESSA, 2012, p. 121).

Os meios, objetos e a força de trabalho⁷ constituem o processo de trabalho e formam, em seu conjunto, as *forças produtivas* da sociedade. Considerando que o trabalho é um processo social, as forças produtivas atuam no marco de relações sociais determinadas, que possuem caráter técnico e social, constituindo as relações de produção (NETTO & BRAZ, 2009, p. 59). Como afirma Marx, na produção social da própria vida, os homens adquirem “relações sociais determinadas necessárias e independentes de sua vontade” que correspondem a determinada etapa de desenvolvimento das forças produtivas (MARX, 1978, p. 130).

Desta forma, através da articulação entre o desenvolvimento das forças produtivas e as relações sociais que estabelecem os homens em dado momento histórico, constrói-se o modo de produção de determinada sociedade. Sobre esta, ergue-se uma superestrutura correspondente a esta sociedade, o que implica a existência de todo um conjunto de ideias compatível com ela mesma, representado pelas instâncias jurídico-políticas, ideologias ou formas de consciência social. *A produção material da vida é, portanto, social.* Nas palavras de Marx

⁷ Na teoria marxista, os meios de trabalho são tudo aquilo que o homem utiliza para a atividade do trabalho; os objetos são aquilo sobre o que incide o trabalho humano; e a força de trabalho diz respeito ao dispêndio de energia usada na transformação dos objetos em bens úteis para a satisfação das necessidades humanas.

A totalidade dessas relações de produção forma a estrutura econômica da sociedade base real sob a qual se levanta uma superestrutura jurídica e política e qual correspondem formas sociais determinadas de consciência. O modo de produção da vida material condiciona o processo em geral de vida social político e espiritual. Não é a consciência dos homens que determina seu ser, mas ao contrário, é seu ser social que determina sua consciência. Em uma certa etapa do seu desenvolvimento, *as forças produtivas materiais da sociedade entram em contradição com as relações de produção existentes*, ou, que nada mais é do que a sua expressão jurídica, com as relações de propriedade dentro das quais aquelas até então se tinham movido. *De formas de desenvolvimento das forças produtivas estas relações se transformam em seus grilhões. Sobrevém então uma época de revolução social* (MARX 1987 p. 130, grifo nosso).

O desenvolvimento histórico-social é dinâmico. Portanto, os trechos destacados referem-se à transição entre modos de produção distintos, ocasionada pela *contradição entre o avanço das forças produtivas e as relações de produção estabelecidas*, provocando uma revolução nas formas de produção da vida material, de modo que no processo de evolução da humanidade gestaram-se formações socioeconômicas diversas.

Vale destacar, aqui, a produção do excedente, o qual implicou que aquilo que era produzido para o autoconsumo nas comunidades primitivas transformou-se em possibilidades do acúmulo de riquezas e, conseqüentemente, de dominação e exploração de uns homens por outros. Na base desta relação de dominação e exploração localiza-se na *propriedade privada dos meios de produção fundamentais*.

As forças produtivas e as relações sociais- ambas aspectos diferentes do desenvolvimento do indivíduo social -*aparecem somente como meios para o capital*, e para ele são exclusivamente meios para poder produzir a partir de seu fundamento acanhado. De fato, porém, elas constituem as condições materiais para fazê-lo voar pelos ares (MARX, 2011, p. 943).

A propriedade sendo coletiva, os produtos do trabalhados são utilizados ou consumidos coletivamente sem que haja apropriação do fruto do trabalho alheio por outrem. Porém, com a propriedade privada dos meios de produção

ocorre a apropriação dos frutos do trabalho alheio e, conseqüentemente são estabelecidas relações de exploração e de divisão dos membros da sociedade em dois grupos fundamentais: os proprietários e não proprietários dos meios de produção. Sob este fenômeno está o cerne da emergência das classes sociais e suas relações antagônicas (NETTO & BRAZ, 2009, p. 60).

A constituição da sociedade burguesa é expressão da contradição entre as relações sociais de produção e o desenvolvimento das forças produtivas. No século XVI, o desenvolvimento do comércio no interior da sociedade feudal estimulou o consumo por mercadorias fazendo com que mercadores e comerciantes começassem a ganhar importância. Este fenômeno vai contribuir para a crise do feudalismo. Concomitantemente, a expansão das atividades mercantis, a estrutura até então absolutista do sistema feudal não comportava mais a totalidade dos interesses da emergente classe burguesa.

Modificava-se não apenas a estrutura econômica, mas também, e, necessariamente, a estrutura do Estado⁸, criando uma ordem política a favor da emergente classe burguesa. Entre os séculos XVII e XVIII esta classe desenvolve sua hegemonia fazendo emergir o Estado de caráter burguês. Dessa maneira, a nova classe dominante articulou a superestrutura necessária para a concretização do modo de produção capitalista (NETTO & BRAZ, 2009, p. 75).

As relações sociais serão estabelecidas pela classe burguesa onde a “totalidade destas relações forma a estrutura econômica da sociedade sob a qual se ergue uma superestrutura jurídica e política que corresponde a determinadas formas de consciência” (MARX, 1978, p. 129). Assim,

relações jurídicas, tais como formas de Estado, não podem ser compreendidas nem a partir de si mesmas, nem a partir do assim chamado desenvolvimento do espírito humano, mas, pelo contrário, *elas se enraízam nas relações materiais da vida* (MARX, 1978, p. 129, grifo nosso).

⁸ No Capítulo 2 será feita uma abordagem da particularidade do caráter de classe do Estado, especialmente na relação deste com a saúde pública, considerando a atualidade das contradições da sociedade do capital.

É necessário pontuar que o Estado tem origem anterior ao modo de produção capitalista. Na visão de Mandel (1982) a forma burguesa do Estado é produto do Estado absolutista⁹, pois, a tomada do poder político pelas classes dominantes não se origina com a burguesia. Uma das centrais características que conferem particularidade a forma de ser do Estado no sistema capitalista é, além da tomada da maquinaria institucional estatal pela classe burguesa, o fato de as relações no capital serem baseadas “em relações ‘livres’ de troca que dissimulam a dependência e sujeição econômicas do proletariado (separação entre meios de produção e subsistência) e lhe dão aparência de liberdade e igualdade” (Ibidem, p. 336). Outra distinção importante é a separação entre as esferas pública e privada, fenômeno inerente à produção de mercadorias.

O Estado burguês resguarda, dessa forma, o seu papel de *sustentação da classe dominante* que, na especificidade deste estudo, trata-se da classe burguesa. Nesse sentido corrobora-se com a análise de Mandel (1982) de que o Estado possui três funções ideológico-repressoras essenciais. São elas: assegurar as *condições gerais de produção do capital*, reprimir quaisquer ameaças por parte das classes dominadas à perpetuação do sistema e, conseqüentemente, garantir que a *ideologia dominante* seja a da classe dominante¹⁰.

Em oposição às sociedades anteriores, o ato primordial que confere singularidade ao modo de produção capitalista é a transformação da força de trabalho em mercadoria e, mais que isso: a descoberta de que esta força de trabalho é uma mercadoria¹¹ capaz de criar *valor*. No conjunto das transformações sociohistóricas, o modo de produção capitalista só é possível através da formação do valor proveniente da subordinação da força de trabalho ao capital. Nos moldes da instauração do modo de produção capitalista o trabalhador perde para o capitalista a propriedade dos meios de produção e a reprodução da sua vida só é possível na medida em que se transforma em

⁹ Serão feitas considerações sobre este formato de Estado no Capítulo 2.

¹⁰ Segundo o autor, estes mecanismos ideológicos e de repressão se entrelaçam. A função repressora do Estado é, ao mesmo tempo, coercitiva e integradora já que, utiliza-se de mecanismos ideológicos para possibilitar a integração da classe dominada.

¹¹ Mercadoria para Marx (2013) é um objeto externo que satisfaz necessidades humanas, possuindo com isso valor de uso e, também, valor de troca uma vez que é trocada no mercado por outras mercadorias equivalentes.

trabalhador livre para vender sua força de trabalho ao capitalista em troca de salário.

O modo de produção capitalista constitui-se como um *sistema de produção generalizada de mercadorias* no qual uma classe, a burguesia, domina e explora outra classe, o proletariado, extraindo o excedente de trabalho, ou seja, a mais valia. Compreender a diferença entre as épocas econômicas não reside em observar apenas o que está sendo produzido, e sim, *como* ocorre essa produção (MARX, 2013, grifo nosso), ou seja, quais relações sociais e econômicas são estabelecidas para caracterizar um modo de produção.

Com o capital detendo o controle daqueles meios, os trabalhadores produzem aquilo que é necessidade do sistema capitalista e não conforme suas necessidades e vontades. Labora-se sob o controle do capitalista, o qual se apropria dos produtos do trabalho do trabalhador. Assim, as condições históricas de existência do modo de produção capitalista surgem no momento em que aquele que possui os meios de produção e reprodução da vida social, por esta condição histórica, deixa disponível no mercado o trabalhador livre como vendedor de sua força de trabalho (MARX, 2013, p. 245). Livre no sentido ser uma pessoa livre e de não possuir outra mercadoria a ser vendida senão a sua força de trabalho¹² (Ibidem, p. 244).

Ela é o reino exclusivo da liberdade, da igualdade, da propriedade e de Bentham. Liberdade, pois os compradores e vendedores de uma mercadoria, por exemplo, da força de trabalho, são movidos apenas por seu livre arbítrio. Eles contratam como pessoas livres, dotadas dos mesmos direitos. O contrato é o resultado, em que suas vontades recebem uma expressão legal comum a ambas as partes. Igualdade, pois eles se relacionam um com o outro apenas como possuidores de mercadorias e trocam equivalente por equivalente. Propriedade, pois cada um dispõe apenas sobre o seu. Bentham, pois cada olha apenas para si mesmo. *A única força que os une e os põe em relação mútua é a de sua utilidade própria, de sua vantagem pessoal, de seus interesses privados.* E justamente porque cada um se preocupa apenas consigo mesmo e nenhum se preocupa com o outro que todos, em decorrência de uma harmonia preestabelecida das coisas ou sob

¹² Força de trabalho corresponde ao conjunto de capacidades físicas e mentais que existem na corporeidade dos seres humanos e que são postas em movimento quando produzem valores de uso (MARX, 2013).

os auspícios de uma previdência todo-astuciosa, realizam em conjunto a obra de sua vantagem mútua, da utilidade comum, do interesse geral. [...]O antigo possuidor de dinheiro marcha adiante como capitalista, segue-o o possuidor de sua força de trabalho como seu trabalhador. O primeiro, com um ar de importância, confiante e ávido por negócios; o segundo, tímido e hesitante, como alguém que trouxe sua própria pele ao mercado e, agora, não tem mais nada a esperar, além da...despela.(Ibidem, p. 25, grifo nosso).

A instauração do trabalhador livre e, conseqüentemente, sua condição como mercadoria, resguarda o cerne da produção e apropriação da mais-valia pelo capital, pois, apenas a força de trabalho como mercadoria é capaz de produzir mais-valia. Sob esta condição, o capitalista dita as regras da produção, constituindo uma forma de ser estranhada do trabalho. O objeto do trabalho se tornou coisa, mercadoria, como algo que é alheio ao homem, mesmo tendo sido por ele produzido. As relações de produção e reprodução social vão se espelhando no mercado atingido, portanto, as relações dos homens entre si e em sociedade.

Como visto anteriormente *o trabalho possui caráter social*, já que, para a produção de mercadorias é necessário o trabalho em conjunto, caracterizando-se uma relação mútua entre os diversos produtores. Entretanto, no modo de produção capitalista este caráter é ocultado.

Pelo fato de o capitalista deter os meios de produção, ele administra privadamente o processo produtivo, fazendo com que os produtores que laboram sob seu comando atuem de forma aparentemente independente uns dos outros, como um trabalho privado (NETTO & BRAZ, 2009). Desta maneira, se oculta o caráter social da produção de mercadorias, fazendo com que as relações sociais entre os homens apareçam como a “forma fantasmagórica de uma relação entre coisas” (MARX, 2013, p. 147).

Como demonstrado anteriormente, a força de trabalho transforma-se em uma mercadoria que possui um caráter único: a capacidade de criar valor. É justamente no processo de *formação do valor* que reside o núcleo da acumulação de riqueza sob o comando do capital. O valor da força de trabalho –

assim como o das demais mercadorias - é determinado pelo tempo de trabalho necessário para a produção de algum artigo e, conseqüentemente, pela reprodução da própria força de trabalho, já que, trata-se de um elemento vivo.

Durante o processo produção de um objeto qualquer o homem se desgasta física e mentalmente. Como o trabalhador é mortal, o capital precisa garantir a substituição de trabalhadores por outros e, nestes termos, a produção e reprodução da força de trabalho só são possíveis quando são satisfeitos os meios básicos da sobrevivência do trabalhador e de sua família.

Na produção de mercadorias, o que o capitalista pretende é que, ao final deste processo, o valor das mercadorias produzidas seja maior do que a soma dos seus meios de produção, incluindo-se aqui a força de trabalho. É sob esta diferenciação que se localiza o fator decisivo do modo de produção capitalista: a especificidade do uso da mercadoria força de trabalho, pois, ela não é apenas fonte de valor, mas, de *mais-valor* (MARX, 2013).

O valor da força de trabalho é estabelecido pelo tempo de trabalho necessário para a produção de alguma mercadoria, o qual corresponde ao valor pago ao trabalhador para que este se mantenha vivo. Laborando sob o controle do capitalista, o qual dita *o que, como será* produzido e *em qual ritmo*, o trabalhador é levado a trabalhar por mais tempo do que aquele correspondente ao que lhe foi pago.

Assim, ao ser utilizada, a força de trabalho produz mais valor do que o necessário para sua produção e reprodução, gerando um valor maior do que seu custo. Este maior valor (mais-valor) é apropriado pelo capitalista, uma vez que é detentor dos meios de produção e do produto final do processo de trabalho.

O modo de produção capitalista é determinado historicamente, correspondendo ao desenvolvimento das formas humanas de produzir e reproduzir as suas condições materiais de existência e, nesse processo, engendra relações sociais entre os homens, marcadas pela desigualdade social. Trata-se de um *sistema de produção e reprodução social que acumula riqueza através da exploração da força de trabalho*.

Para que o sistema capitalista sustente suas bases de exploração da força de trabalho é necessário o desenvolvimento de um leque de relações sociais compatíveis às suas necessidades. Estas relações baseiam-se no mercado, que passa a estruturar o nexos produtivo e reprodutivo da sociedade.

Em síntese, se nas sociedades primitivas o trabalho permitia aos seres humanos produzir e reproduzir sua vida social de forma a atender a suas próprias necessidades e, também, o desenvolvimento das suas potencialidades humanas, no modo de produção capitalista essa condição é transformada significativamente. O capitalismo instaura um modo de produção fundamentado na compra e venda de mercadorias, onde a exploração da força de trabalho torna-se primordial para constituição do sistema como tal.

Neste, o trabalhador foi despojado dos meios de produção e de vida os quais estão em poder do capital. Com o capital detendo o controle daqueles meios os trabalhadores produzem aquilo que é necessidade da acumulação capitalista e não conforme suas necessidades e vontades. Seu trabalho é exteriorizado ao seu produto, significando que o seu trabalho existe fora dele próprio, como algo “autônomo, hostil e estranho” (Ibidem, p. 81). Assim, o que o trabalhador produz é estranho a ele, não pertence a seu ser, ele se desrealiza.

O fenômeno do estranhamento, portanto, obstaculiza o desenvolvimento do ser humano genérico através do trabalho, fazendo do homem um ser estranho a ele mesmo, à sua essência humana. Assim, caracteriza-se um processo de estranhamento do homem pelo próprio homem (MARX, 2010, p. 85) e assim, contraditoriamente, o trabalho é o ponto de partida do processo de humanização e também de desumanização.

Ao ocorrer a instauração estranhada da produção da vida material, alterou-se o próprio sentido do trabalho: ele tornou-se *trabalho abstrato*, incorporado e portanto, subsumido ao processo de autovalorização do capital. O processo de trabalho deixou de expressar a força do homem e o trabalho do operário para expressar, a força da *coisa* e a valorização do capital (ALVES, 2007).

Quanto mais o trabalhador se desgasta trabalhando, mais poderoso se torna o mundo objetivo que ele cria diante de si, tanto mais pobre se torna ele mesmo, seu mundo interior e tanto menos o trabalhador pertence a si próprio (MARX, 2010, p. 81).

Nos *Grundrisse*, Marx mostra o significado do *estranhamento* o qual desencadeia um processo de desrealização do trabalho, e, conseqüentemente, na desrealização do ser social.

Considerado do ponto de vista do trabalho, o trabalho vivo aparece funcionando no processo de produção de tal modo que afasta de si sua realização nas condições objetivas como realidade alheia e, por conseguinte, põe a si mesmo como mera capacidade de trabalho carente e privada de substância diante dessa realidade estranhada, que não pertence a ele, mas a outro; que põe sua própria realidade não como um ser para si, mas como mero ser para outro e também, portanto, como mero ser-outro, ou ser do outro contra si mesmo. Esse *processo de realização é igualmente o processo de desrealização do trabalho*. O trabalho põe-se objetivamente, mas põe essa sua objetividade como seu próprio não ser ou como o ser do seu não ser – do capital (MARX, 2011, p. 603, grifo nosso).

O capitalismo prossegue no sentido de impulsionar cada vez mais as formas de produção de mercadorias para níveis mais desenvolvidos transitando da fase da cooperação até a manufatura e, em seguida, para a maquinaria ou indústria moderna¹³. Segundo Alves (2007) há dois momentos históricos fundamentais que transformaram as formas de ser do trabalho até a precarização do tempo presente: a instituição da maquinofatura e o período de crise estrutural de valorização do valor que se abre em meados de 1970.

¹³A cooperação é entendida por Marx (2013) como um processo em que os trabalhadores estão em um mesmo processo de produção ou em processos diferentes, mas, executam simultaneamente uma atividade afim. Na manufatura, os trabalhadores ficam centralizados em um mesmo local, com trabalhos diversos e independentes. O produto final passa por diversas mãos, fazendo com que o trabalhador não desenvolva o processo de trabalho em toda a sua extensão. No que se refere a maquinaria e a indústria moderna estas têm como pressuposto partida revolucionar o modo de produção através dos instrumentais utilizados pelos trabalhadores.

A maquinofatura trouxe duas importantes revoluções tecnológicas: a revolução da informática e a revolução informacional¹⁴, constituindo uma nova relação entre o homem e a natureza, revolucionando a relação entre a força de trabalho e os meios de trabalho. Com isso, a *gestão* dos processos de trabalho passou a ser o *nexo da produção*. O autor chama atenção para o fato de que desde a manufatura, *revolucionar a produção implica também revolucionar as relações sociais*.

No período da grande indústria o trabalho vivo torna-se um intermediário subsumido à máquina, perdendo, o seu lugar como agente social ativo do processo de produção. Este é um momento crucial no modo de produção capitalista com múltiplos impactos nas formas de sociabilidade. Neste momento, o *estranhamento* é instaurado em seu sentido mais radical na ordem do metabolismo social do capital (ALVES, 2007). Na compreensão de Alves (2007) o capital representa o *próprio sistema de estranhamento social*.

Com a máquina e o sistema de máquinas da grande indústria o processo de trabalho tende a negar a si próprio enquanto processo de trabalho (sob a direção consciente do trabalho vivo) para tornar-se processo de produção conduzido pelo trabalho morto. O homem é deslocado do processo de trabalho tornando-se suporte do sistema de máquinas. É o que Marx irá denominar de passagem da subsunção formal para a subsunção real¹⁵ de trabalho ao capital. Com esta passagem altera-se radicalmente a natureza da atividade do trabalho. Ela é negada em si e para si, instaurando o sistema de controle sócio metabólico do capital.

Uma das dimensões da sociedade burguesa é constituir-se como “sociedade intransparente”, que oculta sua própria condição fundante: *ser*

¹⁴ A revolução da informática corresponde à junção entre informática e robótica, própria da chamada Terceira Revolução Tecnológica; e a revolução informacional (tecnologia da informação) diz respeito aos grandes avanços das telecomunicações ocorridos na Quarta Revolução Industrial.

¹⁵ A subsunção formal em Marx (2013) remete a primeira forma de subordinação do trabalho ao capital a partir da separação do produtor direto de seus meios de produção e subsistência e, posteriormente, da sua transformação em trabalhador assalariado, condição esta que impõe a subordinação deste ao capitalista. No que se refere à subsunção real, esta tem origem com o advento da grande indústria, pois, através da revolução na maquinaria e novas tecnologias, tornou possível ao capitalista intensificar o grau de exploração da força de trabalho para potencializar a extração da mais-valia.

sociedade do trabalho social. A sociedade burguesa aparece assim, de forma invertida, como sociedade do capital (ALVES, 2007). No mais, a vida social é colocada no campo da imediatividade e planetariamente mercantilizada é proposta como a realidade contribuindo para a desqualificação da “distinção epistemológica clássica entre aparência e essência”.

A realidade, na complexidade ontológica dos seus vários níveis, é *apreendida no efêmero, no molecular, no descontínuo, no fragmentário*, que se tornam a pedra de toque da nova “sensibilidade”: o dado, na sua singularidade empírica, desloca a totalidade e a universalidade, suspeitas de “totalitarismo” (NETTO, 2012, p. 420, grifo nosso).

O trabalho, portanto, está inscrito processo sociohistórico de interação entre os homens, que constroem e reconstróem seus saberes e, conseqüentemente, a humanidade como tal. O trabalho é produção e reprodução da vida social, característica que está presente em quaisquer formas de sociedade. Contraditoriamente, no modo de produção capitalista, o qual tende a ocultar a essência do real, o caráter social do trabalho é invisibilizado pelo estabelecimento de relações baseadas em coisas. O sistema capitalista tende a potencializar cada vez as relações humanas estranhadas, fundamentadas em coisas.

Sobrevive da acumulação de riquezas proveniente da exploração da força de trabalho, necessitando potencializar permanentemente os lucros. Diante disso, os mecanismos criados pelo capital para aumentar a valorização do valor implicam na permanente necessidade de inovação na organização e nos instrumentais de trabalho. Caracterizando como um sistema de produção generalizada de mercadorias o capital vai adentrando estrategicamente em novos espaços de lucratividade tornando os aparatos de subsunção do trabalho ao capital cada vez mais diferenciados.

O objetivo precípua é um só: uma vez que a força de trabalho possui a capacidade de criar valor mediante a extrapolação do tempo de trabalho necessário para sua produção e reprodução, as novas exigências de produtividade no capitalismo conduzem-na a uma intensificação do seu uso para viabilizar maiores ganhos aos capitalistas. Assim, o modo de produção

capitalista necessita criar novas formas de reestruturação, objetivando recuperar o ciclo produtivo e, concomitantemente, seu projeto de dominação social.

2.2 Crise do capital e transformações no mundo do trabalho

O atual momento de crise do capital tem suas raízes ainda na década de 1970. Apesar de trazer características diferenciadas das demais crises já ultrapassadas pelo capitalismo, o seu traço fundamental permanece sendo a superacumulação de capital e a superprodução de mercadorias acompanhada de uma busca ávida e voraz pelo aumento da extração de mais valia.

De acordo com o princípio fundamental da crítica marxista da economia política, não existe produção no mundo do capital que não tenham perturbações. Porém, mesmo que as crises sejam inerentes ao modo de produção capitalista, elas não significam o esgotamento deste sistema, pelo contrário. Traduzem-se na formulação de novas estratégias mundiais para socorrê-lo não apenas do ponto de vista econômico, mas também do ponto de vista social, com fundamental participação do Estado.

Do mesmo modo que o capitalismo se caracteriza como um sistema global (MARX, 2013), suas contradições e exigências possuem caráter global. Para Mandel (1982)

A crise das relações de produção capitalistas deve ser vista como uma *crise social global*, isto é, como a decadência histórica de todo o sistema social e de modo de produção em operação durante todo o período do capitalismo tardio. Não se identifica com as crises clássicas de superprodução nem as exclui [...]. Uma crise não só das condições capitalistas de apropriação, valorização e acumulação, mas também da produção de mercadoria, da divisão capitalista do trabalho, da estrutura capitalista da empresa, do estado nacional burguês e da subordinação do trabalho ao capital como um todo. Todas essas múltiplas crises são apenas facetas diferentes de uma única realidade, de uma totalidade socioeconômica: o modo de produção capitalista (Ibidem, p. 398, grifo nosso).

O caráter diferencial da atual conjuntura de crise consiste em não se tratar apenas de uma crise de caráter cíclico, mas, de uma crise *estrutural*(MÉSZÁROS, 2000, p. 7, grifo nosso), *sistêmica* (NETTO, 2012), uma vez que envolve toda a estrutura da ordem do capital. Assim, para a perpetuação do sistema capitalista, é necessário que este modifique as formas as quais ele se sustenta, ou seja, a maneira de controlar seu “metabolismo social”. Tais transformações envolvem a *totalidade social*.

Crises desta natureza foram experimentadas pelo capital, de acordo com Netto (2012), apenas três vezes: a primeira em 1873, tendo como cenário principal a Europa prolongando-se por aproximadamente 23 anos; a segunda em 1929 e que não teve por espaço apenas uma região geopolítica determinada: ela envolveu o globo; durou em torno de dezesseis anos e só foi ultrapassada no segundo pós-guerra; e o atual momento, com raízes entre o final dos anos 1960 e início dos anos 1970.

Conforme apresentado no capítulo anterior, as sociedades capitalistas têm como cerne de sua sobrevivência a exploração e precarização da força de trabalho, elementos centrais de sustentação do capitalismo que vão sendo aperfeiçoadas de acordo com o processo socioeconômico de cada período histórico. É sobre ela que o capital continua agindo, mas, na contemporaneidade, apresenta nuances diferenciadas.

Nos anos 1970 o que marca o cenário mundial de crise do capital é a falência do modelo fordista-keynesiano de produção impulsionando o capital ao início de um novo ciclo de reestruturação. Produzem-se, assim, amplas modificações nas esferas de produção e reprodução econômica e social.

No final do século XIX e início do século XX Frederick Winslow Taylor (1856-1915), que trabalhou como operário em uma metalúrgica criou um sistema de divisão “técnica” do trabalho humano dentro do ramo industrial, o taylorismo, pautado pelos princípios do que chamou de *administração científica*. Observando a “queima de tempo”¹⁶ Taylor propôs uma maneira de

¹⁶ Tempo considerado ocioso durante o processo de produção fazendo com que parte da produtividade do trabalhador fosse perdida na troca de operações e ferramentas, nos deslocamentos no interior das fábricas entre outros.

organização do trabalho que subdividisse ao extremo as diferentes atividades no ramo industrial.

Colocava-se a necessidade de subdividir as funções tanto na esfera da produção quanto na esfera da administração de modo que, os trabalhadores empregassem todos os seus esforços, físicos e intelectuais, para desempenhar suas atividades com destreza e no menor tempo possível. Assim, a proposta da *administração científica*, pautada pelo estudo e otimização do tempo, afirmava que

a iniciativa do trabalhador (que e seu esforço, sua boa vontade, seu engenho) obtém-se com *absoluta uniformidade* e em grau muito maior do que é possível sob o antigo sistema; e em acréscimo a essa vantagem referente ao homem, os gerentes assumem novos encargos e responsabilidades [...]. À gerência é atribuída, por exemplo, a função de reunir todos os conhecimentos tradicionais que no passado possuíram os trabalhadores e então classificá-los, tabulá-los, reduzi-los a normas, leis ou fórmulas [...] (PINTO, 2013, p. 29 apud TAYLOR, 1970, p. 49-50, grifo do autor).

Assim, o a preocupação central de Taylor é a especialização extrema das funções com vistas a otimizar o tempo de trabalho. Os elementos centrais do taylorismo são: o estudo do tempo; chefia numerosa e funcional; padronização dos instrumentos e materiais e de “todos os movimentos dos trabalhadores”; planejamento; e gratificações por desempenho (Ibidem).

Em continuidade e adensamento das inovações já em curso no século XX e impulsionadas pelo taylorismo, Henry Ford (1862-1947), que trabalho desde muito ovem com motores de automóvel, tornando-se posteriormente, um dos proprietários da companhia para a qual trabalhava (Ibidem), introduziu a *linha de produção em série*, que consiste em um mecanismo onde os produtos percorrem todas as suas fases produtivas *automaticamente*. O que norteava Ford nesse novo formato de produção nas indústrias automobilísticas era a possibilidade que ele encontrou de unir produção e consumo, em massa. Nestes termos, o fordismo buscava inserir a postura de consumidores em massa de produtos padronizados.

É necessário sublinhar que, em termos de organizar o trabalho para a produção em massa, o fordismo só pode se desenvolver porque anterior a ele já havia o solo da divisão técnica e parcialização das atividades, construído pelo taylorismo (PINTO, 2013). Assim, ambos modelos não se dividem na história, mas, se imbricam diante da necessidade intrínseca ao modo de produção capitalista de maximização dos lucros.

A base, portanto, do modelo fordista-taylorista é elevar o grau da especialização das atividades de trabalho a um limite e simplificação tão extremo que o operário se torna *efetivamente* apêndice da máquina (Ibidem), como afirmou Marx (2013). Neste processo, a capacidade criativa do trabalhador não é requisito, pelo contrário, ela é negada no processo de trabalho uma vez que existe um perfil de trabalhador que desempenhe suas tarefas mecanicamente. Assim sendo, os objetivos do fordismo-taylorismo consistem em uma

“limpeza” dos locais de trabalho e da mente dos trabalhadores [...], a clareza dos objetivos e das tarefas, extrema simplificação e uniformização do trabalho a um plano que possibilitasse uma automação mais abrangente, elevando, por fim o controle do ritmo de trabalho a uma cadência única e previamente determinada para milhares de mãos (PINTO, 2013, p. 40, grifo nosso).

O modelo acima descrito trouxe inovações no campo da organização e racionalização do processo de trabalho, na criação de um perfil do trabalhador funcional ao referido modelo e, sobretudo, possibilitou a ampliação do grau de exploração do trabalho pelo capital no interior das grandes indústrias.

O Estado de Bem-Estar Social, ou *Welfare State*¹⁷, consistiu em uma política de governo onde o poder público, tanto nos países centrais quanto periféricos, fomentou políticas de educação, saúde, previdenciárias e de emprego e renda e, sobretudo, assumiu a função junto ao sistema capitalista, de conduzir o desenvolvimento econômico dos países. A combinação entre esta forma de Estado e o modelo de produção fordista-taylorista intensificou-se

¹⁷ Será abordado no Capítulo 2.

durante o período das duas grandes guerras mundiais e, se articulou com o formato do Estado de Bem-Estar Social.

A instabilidade econômica que iniciou a corrosão de tal combinação tem origens no desequilíbrio de preços do petróleo pela Opep (Organização dos Países Exportadores de Petróleo) e variações entre a valorização e desvalorização do dólar na década de 1970 (PINTO, 2013; ANTUNES, 2015; NETTO, 2012). Esta instabilidade desestimulou os investimentos na indústria, que precisou redirecionar e redimensionar suas estratégias, em como, deslocar-se para ocupar novos espaços.

Diante disso, a produção fundamentada em unidades produtivas verticalizadas e concentradoras de grande número de trabalhadores, tornou-se “camisa de força” (PINTO, 2013) para o crescimento do modo de produção capitalista naquele contexto. Para a superação deste entrave será necessário reestruturar a produção, flexibilizando a produção de mercadorias e a contratação da força de trabalho; e reformulando as estratégias de reprodução social. Abre-se espaço para o modelo da “acumulação flexível” (HARVEY 2005), que necessita não apenas de novas ferramentas no âmbito da produção, mas também e não menos importante, de um novo tipo de Estado. A “acumulação flexível” consiste

na flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Caracteriza-se pelo surgimento de setores de produção inteiramente novos, novas maneiras de serviços financeiros, novos mercados e, sobretudo, taxas altamente intensificadas de inovação comercial, tecnológica e organizacional. A acumulação envolve rápidas mudanças de desenvolvimento desigual [...] criando, por exemplo, um vasto movimento no emprego do chamado setor de serviços [...] (HARVEY, 2005, p. 140).

A dinâmica do modo de produção capitalista, em tempos de “acumulação flexível”, ocorre sob a regência da finança mundializada (CHESNAIS, 2001), a qual opera reestruturações políticas e econômicas próprias que tendem a desvalorizar a força de trabalho, na medida em que o paradigma de produção se modifica. A transição do fordismo-taylorismo para a “acumulação flexível” (HARVEY, 2005) – de inspiração toyotista – exige um processo de trabalho

mais ativo e interativo e, também, mais fragmentado, rotineiro e com intensa divisão social e técnica do trabalho.

O quadro econômico que se desenhava no início da crise deslocava os investimentos para a especulação financeira, buscando conquistar novos mercados, acelerar o tempo de giro do capital, além de buscar novas formas de integração do trabalho ao capital. Na busca por relações de trabalho e de mercado que se adaptassem a esta necessidade, o sistema capitalista instaurou do padrão da “acumulação flexível”.

Torna-se fundamental flexibilizar não apenas os mercados, mas também, as relações de trabalho. É bastante elucidativa a análise de Giovanni Alves (1999) sobre a “acumulação flexível” ao chamar atenção para o fato de a flexibilidade sempre fazer parte do sistema capitalista, desde seus primórdios. Entretanto, o que há de novo atualmente é que a flexibilidade não apenas se *insere* na nova etapa de reestruturação produtiva que ocorre sob a “mundialização do capital”¹⁸, mas, é *estrutural* a esta etapa, assumindo novas “proporções, intensidade e amplitude” (ALVES, 1999, p. 87).

Neste contexto, um dos fenômenos que se afirma como central é o crescimento da participação do setor de serviços, públicos ou privados, no processo de produção e reprodução do capital. No atual movimento de reestruturação do capital a esfera dos serviços ganha centralidade, absorvendo um grande número de trabalhadores neste setor, onde as inovações tecnológicas e organizacionais do processo de trabalho ganham centralidade.

Fordismo-taylorismo¹⁹ e toyotismo²⁰ são “ideologias orgânicas” cada uma do seu tempo sócio histórico, que carregam uma gama de valores e de regras de gerenciamento da produção e de manipulação do trabalho vivo que

¹⁸ Segundo Chesnais (2001) a mundialização é uma fase específica da internacionalização e da valorização do capital, fundamentado na esfera financeira, fundamentada na liberalização e desregulamentação e que intensifica as tendências de polarização e desigualdade entre as economias no sistema econômico mundial.

¹⁹ O modelo produtivo fordista-taylorista vigorou no século XX e erguia-se numa lógica de produção em massa para um consumo em massa. Fundamentado numa linha de produção rígida articulava diferentes trabalhos determinado a diminuir o tempo de trabalho para execução das tarefas e, concomitantemente, aumentar a intensificação do uso da força de trabalho. Outra característica desse paradigma de produção era a separação entre a execução e a elaboração do trabalho e a repetição das tarefas.

²⁰ Haverá maiores considerações sobre ele no item 1.3 deste capítulo.

sustentam um conjunto de “inovações organizacionais, inovações tecnológicas e inovações sócio metabólicas” (ALVES, 2007). Nesta última, ocorre o que o autor denomina de “captura”²¹ da subjetividade humana.

O modelo toyotista passa a ser princípio organizacional da reestruturação do capital fundamentando-se na flexibilidade dos processos e relações de trabalho visualizada através das terceirizações, informalidade, contratos de trabalho precários, rebaixamento de salários, enfraquecimento dos sindicatos, entre outros. É importante sublinhar que este novo modelo não representa uma ruptura, mas, uma mescla com características do modelo anterior (MANDEL, 1982; HARVEY, 2009; ANTUNES, 2015).

O segredo para a nova fórmula do capital, na conjuntura atual, tem como base o aperfeiçoamento dos processos de gestão da força de trabalho, tornando possível uma produtividade cada vez maior com um emprego cada vez menor de trabalhadores. Característicos das novas formas de gestão da força de trabalho são os sistemas *Just-in-time*, *Kanban*, os processos de “qualidade total”, a terceirização, os contratos precários, entre outros, implantados de forma crescente nas empresas.

Para entender as atuais contradições que enfrenta o capital em sua crise estrutural é preciso realizar retornar aos seus “anos de ouro”, resgatando os principais traços. Neste sentido, Elaine Behring e Ivanete Boschetti, apresentam as bases dessa fase do capital.

De acordo com as autoras, a corrida pelos superlucros no capitalismo tardio²² está centralizada na busca de rendas tecnológicas, o que proporcionou rebatimentos na esfera do emprego, pois, uma das características principais desse período de sucesso do capitalismo nos tempos do *Welfare State* foi a busca contínua de novas tecnologias derivadas da monopolização do progresso técnico (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 114) São algumas

²¹ O autor utiliza as aspas para referir-se ao caráter metafórico da “captura”, tendo esta um sentido processual e contraditório, já que não é possível capturar de fato a subjetividade do trabalho vivo. O capital vai se apropriando da subjetividade, da intelectualidade humana, instrumentalizando-a e moldando comportamentos e valores para subjugar o trabalhador aos seus interesses.

²² A fase do capitalismo tardio para Mandel (1982) corresponde a uma subfase do capitalismo monopolista constituindo um desenvolvimento da época imperialista, que se inicia no pós-45.

delas: o forte deslocamento do trabalho vivo pelo trabalho morto, o aumento no investimento em equipamentos e forte tendência ao planejamento, que agrega o chamado controle de riscos. Elas afirmam

Assim, podemos perceber *uma tendência à revolução tecnológicapermanente*, movida pela intensificação da concorrência em torno do diferencial da produtividade num mesmo ramo de produção, em escala mundial. Esse processo leva a [...] *mudança do papel daforça de trabalho no processo de constituição do valor*. À medida que esse processo foi avançando, numa dura luta entre capital e trabalho houve um intenso ressurgimento do exército industrial de reserva [...] configurando não um desemprego eventual, mas um desemprego estrutural. (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 90, grifo nosso).

A busca pelas ferramentas tecnológicas para impulsionar a dinâmica do capital em busca de lucros evidenciou o fracasso da política do pleno emprego do Estado keynesiano. A tecnologia também adentrou na esfera da reprodução para acelerar o processo de produção capitalista por meio do estímulo às esferas da circulação e do consumo. Assim, houve uma maciça expulsão da força de trabalho no setor de serviços. Neste sentido, surgia a tendência da “supercapitalização”, configurada como

a industrialização da esfera da reprodução em setores que não produzem mais-valia diretamente, mas que indiretamente aumentam a massa de mais-valia. Trata-se de impregnar o processo social e relações tipicamente capitalistas, transformando os serviços em mercadorias. (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 90).

Esta tendência associa-se ao projeto de reestruturação capitalista na busca pela saída da crise. Tal projeto vai se fundamentar na *flexibilização* econômica e social, passando a ditar a lógica do funcionamento do capitalismo, o qual busca conquistar novos espaços de valorização. Devido ao fato de grandes quantidades de capital não conseguirem mais ser valorizadas apenas na indústria, a “*supercapitalização*”²³ adentra fortemente a esfera dos serviços.

²³ O termo de Mandel (1982) refere-se à realocação desses excedentes de capital, que não tinham possibilidade de ser investidos, nos setores de serviços. Dessa forma, a valorização passa a ser viabilizada.

A saída possível para o capital em crise ocorre através da viabilização dos lucros das atividades de serviços. Segundo Mandel

Em última instância, todas essas tendências correspondem à característica básica do capitalismo tardio: o fenômeno da supercapitalização, ou capitais excedentes não investidos, acionados pela queda secular da taxa de lucros e acelerando a transição para o capitalismo monopolista. Enquanto o "capital" era relativamente escasso, concentrava-se normalmente na produção direta de mais-valia nos domínios tradicionais da produção de mercadorias. Mas se o capital gradualmente se acumula em quantidade cada vez maiores e uma parcela considerável do capital já não consegue nenhuma valorização, as novas massas de capital penetrarão cada vez mais em áreas não produtivas, no sentido de que não criam mais valia, onde tomarão o lugar do trabalho privado e da pequena empresa de maneira tão inexorável quanto na produção industrial de 100 ou 200 anos antes. (MANDEL, 1982, p. 272).

Acompanhado ao fenômeno da *supercapitalização* está o desenvolvimento e transformação da divisão social do trabalho, inerente ao sistema capitalista, conforme aponta Marx em O Capital. Sobre a divisão social do trabalho

Como a produção e a circulação de mercadorias são os pré-requisitos gerais do modo de produção capitalista, a divisão de trabalho na indústria requer que a divisão de trabalho na sociedade em geral já tenha atingido certo grau de desenvolvimento. Ao mesmo tempo, com a diferenciação dos instrumentos de trabalho, as indústrias que produzem esses instrumentos diferenciam-se cada vez mais. Se um sistema manufatureiro se apodera de uma indústria que antes era operada em conjunto com outras, seja como indústria principal, seja como indústria subordinada, e por um só produtor, essas indústrias desligam-se imediatamente e se tornam independentes. Se o sistema manufatureiro apodera-se de um estágio particular da produção de uma mercadoria, os outros estágios da produção de uma mercadoria, os outros estágios de produção transformam-se em outras tantas indústrias dependentes... Este não é o lugar adequado para mostrar como a divisão de trabalho se apodera, não apenas da esfera econômica, *mas de todas as esferas da sociedade e lança por toda parte os fundamentos daquele sistema açambarcador de especialização e separação dos homens, daquele desenvolvimento de uma única faculdade humana, às expensas de todas as outras...* (MARX, apud MANDEL, 1982, p. 265, grifo nosso).

Este fenômeno demanda, segundo a tese mandeliana, não apenas um aumento deste setor e, conseqüentemente, uma maior absorção de trabalhadores; mas, sobretudo, transforma os serviços em espaços estratégicos de lucratividade. Assim, a participação do setor de serviços na reestruturação produtiva do capital torna-se incisiva, necessária e parte integrante de um projeto global de reestruturação capitalista.

“Na época do capitalismo tardio, o processo de capitalização, e, conseqüentemente, da divisão de trabalho, adquire nova dimensão também nessa esfera de mediação. Aqui também, mais tarde ainda que na agricultura, a mecanização triunfa, promovida sobretudo pela eletrônica e cibernética. Os computadores e as máquinas de calcular eletrônicas substituem a enorme quantidade de auxiliares de escrita, escriturários e contadores de bancos e companhias de seguro. As lojas onde as pessoas mesmas se servem e as máquinas automáticas que fornecem chá, café, balas etc, com introdução de moedas, tomam o lugar de vendedores e balconistas. O médico profissional liberal é substituído por uma policlínica especializada com especialistas afiliados ou por médicos empregados pelas grandes companhias; o advogado independente dá lugar ao grande escritório de advocacia ou aos conselheiros legais de bancos, empresas e administração pública. A relação privada entre aquele que vende força de trabalho com qualificações específicas e aquele que gasta rendimentos privados, que ainda predominava no século XIX e foi analisada em detalhe por Marx, converte-se cada vez mais em um serviço capitalista, ao mesmo tempo que se torna objetivamente socializado. O alfaiate particular é substituído pela indústria de roupa feita; o sapateiro, pela divisão de consertos das grandes lojas de departamento, das fábricas e das lojas de calçados; o cozinheiro pela produção em massa de refeições pré-cozidas, consumidas em restaurantes com auto-serviço ou pelo setor industrial especializado; a empregada doméstica ou arrumadeira, pela mecanização de suas funções sob a forma de aspirador de pó, máquina de lavar roupa, de lavar pratos etc. (Ibidem, p. 270).

Nesse sentido, é necessário pontuar que a supercapitalização significa *inserir a lógica produtiva das indústrias* nos serviços, privados e públicos, das mais variadas formas onde a Acreditação Hospitalar²⁴ mostra-se como uma delas. Mandel opõe-se as supostas decorrências da sociedade “pós-industrial”, pois, longe de representar uma “sociedade pós-industrial”, o capitalismo tardio

²⁴ A relação entre a conjuntura e implicações da crise contemporânea e a Acreditação Hospitalar será abordada o Capítulo 3.

constitui uma industrialização generalizada universal pela primeira vez na história. Trata-se de um processo de “industrialização” das esferas da reprodução social, que prevê

a mecanização, a padronização, a superespecialização e a fragmentação do trabalho, que no passado determinaram apenas o reino da produção de mercadorias na indústria propriamente dita, penetram agora todos os setores da vida social [...] A industrialização da esfera da reprodução constitui o ápice desse processo (MANDEL, 1982, p. 271).

Neste ponto, a ação do Estado é crucial, pois para possibilitar a acumulação do capital o sistema necessita do apoio institucional. Nas palavras de Harvey (2009)

A condição preferida para a atividade capitalista é um Estado burguês em que instituições de mercado e regras contratuais sejam legalmente garantidas e em que se criem estruturas de regulação para conter conflitos de classes e arbitrar entre as diferentes facções do capital (HARVEY, 2009, p. 79).

Diante disso, o Estado perdia gradativamente a sua ação, pois, “ele se deparou com a contraditória demanda pela extensão de sua regulação, por um lado, e a pressão a supercapitalização fortalecida pela queda da taxa de lucros por outro” (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 90). Essa situação evidenciava o limite do Estado de Bem-Estar Social e, conseqüentemente, da teoria keynesiana, além do esgotamento do modelo de produção fordista/taylorista.

A partir do momento em que os sinais da crise despontaram no cenário mundial, o modelo fordista-taylorista evidenciou seus limites por não oferecer respostas à sobreacumulação. Tal modelo é barrado, em linhas gerais, a partir de um fenômeno clássico de crise: a manifestação de queda tendencial da taxa de lucros, decorrente da sobreacumulação dos excedentes de capital, os quais, não encontram mais formas ou espaços para se realizar lucrativamente, desvalorizando-se.

Em *O Novo Imperialismo*, Harvey (2009) desenvolve a “teoria da ordenação espaço temporal”, a qual se refere às contradições internas da acumulação do capital tendo como ponto de partida a teoria de Marx sobre a tendencial queda da taxa de lucro, responsável pela produção das crises de sobreacumulação. Tais crises correspondem aos excedentes de capital (mercadorias, moeda e capacidade produtiva) e excedentes de força de trabalho, que não encontram mais formas ou espaços para se realizar lucrativamente, portanto, desvalorizam-se. Com esse cenário, a esfera dos serviços aparece como setor favorável ao reencontro do capitalismo com seus lucros.

Nas últimas décadas houve uma expansão dos assalariados médios e de serviços, setor este atingido pelas mudanças organizacionais e tecnológicas inerentes ao modo de produção capitalista e assim, submetendo-se cada vez mais à lógica do capital. Antunes (2002) mostra que o mundo do trabalho hoje se configura pela *interpenetração* entre atividades que parecem opostas (produtivas e improdutivas; fabris e de serviços e produção e conhecimento científico), acrescentando que essa imbricação é *crescente* entre o setor produtivo e o de serviços – de maneira que o último se subordina ao primeiro - coloca a racionalidade do mundo produtivo também sobre os trabalhadores dos serviços (ANTUNES, 2002, p. 111, grifo do autor).

Ao mesmo tempo, os novos processos produtivos têm implicado uma extraordinária economia de trabalho vivo, elevando brutalmente a composição orgânica do capital; resultado direto na sociedade capitalista: o crescimento exponencial da força de trabalho excedentária em face dos interesses do capital — com os economistas burgueses (que se recusam a admitir que se trata do exército industrial de reserva próprio do tardo-capitalismo) descobrindo... o “desemprego estrutural”! De fato, o *chamado “mercado de trabalho” vem sendo radicalmente reestruturado — e todas as “inovações” levam à precarização das condições de vida da massa dos vendedores de força de trabalho: a ordem do capital é hoje, reconhecidamente, a ordem do desemprego e da “informalidade”* (NETTO, 2012, p. 17, grifo nosso).

De acordo com os estudiosos marxistas os momentos de crise vividos pelo capitalismo não significam o seu término, e sim, o início de outro ciclo de expansão na medida em que cria novas estratégias que possibilitem a acumulação constante. Em se tratando de uma crise estrutural, as transformações requeridas pelo sistema capitalista são também estruturantes, direcionando-se para um fenômeno crucial da sua sobrevivência: a exploração e precarização da força de trabalho.

2.3 Trabalho na contemporaneidade: as expressões da precarização subjetiva dos trabalhadores

Conforme dito anteriormente, o movimento do capital diante das situações de crise tem como necessidade desvalorizar cada vez mais a força de trabalho como mercadoria. Assim, a *precarização do trabalho* caracteriza-se como um elemento estrutural da dinâmica do sistema capitalista. Para Alves (2014, p. 13) dizer que a precarização do trabalho é estrutural significa considerá-la não somente em sua dimensão salarial, mas, principalmente, nas dimensões da *precarização existencial* e da *precarização do homem-que-trabalha*. Estas são traços fundamentais da constituição do trabalho no século XXI.

No desenvolvimento do seu conceito de “compressão espaço-tempo”, Harvey se refere à maior flexibilidade e velocidade com que a comunicação é utilizada fazendo-a alcançar espaços cada vez maiores e variados. Além disso, na compreensão do autor tal fenômeno possibilitou um controle mais forte sobre a força de trabalho.

O modelo de “acumulação flexível” vem ocasionando níveis altos de desemprego “estrutural”, retrocesso do poder sindical e torna a necessidade de construção e/ou destruição de habilidades cada vez mais rápida, além de poucos ganhos salariais. A flexibilidade vem impactando de forma ávida o mercado de trabalho, o qual passa por uma “radical reestruturação” e cuja tendência é diminuir o quantitativo de trabalhadores que possuem mais

segurança em seus empregos para aumentar o número de trabalhadores que são admitidos e demitidos de forma mais fácil.

Neste processo, a participação do Estado é fundamental e um dos pilares da sua reforma gerencial²⁵ é o ajuste dos gastos públicos, introduzindo novas formas de gestão do trabalho, realidade que afeta, diretamente, a esfera dos serviços. Apesar de não se caracterizar como produtora de mais-valia, a esfera dos serviços (especificamente os serviços públicos) está permeada por relações mercantis e o Estado torna-se um grande comprador de produtos industriais e serviços privados, sobretudo nos segmentos de maior complexidade. Desta forma, uma das tarefas principais do Estado consiste em garantir a livre expansão dos mercados privados, justificando-se através do discurso de falência e ineficiência da máquina estatal.

O setor de serviços é atingido pelas mudanças organizacionais e tecnológicas submetendo-se cada vez mais à lógica do capital, em uma intensa “*interpenetração*” entre atividades que parecem opostas: produtivas e improdutivas, fabris e de serviços, e produção e conhecimento científico. Esta imbricação entre o setor produtivo e o de serviços é *crescente* – de maneira que o último se subordina ao primeiro - colocando a racionalidade do mundo produtivo também sobre os trabalhadores dos serviços (ANTUNES, 2002, p. 111, grifo do autor).

Ainda que o movimento do capital reduza o trabalho vivo no processo de produção de mercadorias, não pode eliminá-lo sendo, portanto, necessário considerar a interação entre o trabalho vivo e o trabalho morto (ANTUNES, 2005, p. 18; ALVES, 2007, p. 47). Justamente pelo fato do capital não poder eliminar o trabalho vivo, ele tende a aumentar sua produtividade, tornando mais intensas as formas de extração de sobretrabalho, o que evidencia a permanência da lei do valor no mundo do trabalho. Como afirma Marx (2011) o *capital é contradição em processo*, pois, ao mesmo tempo em que procura reduzir a um mínimo o tempo de trabalho, o capitalismo tem no próprio trabalho a sua única fonte de riqueza.

²⁵ Será tratada mais adiante.

Assim, produção e reprodução social tornam-se mais entrelaçadas no atual processo de reestruturação produtiva do capital. Sob o modelo de “acumulação flexível” influenciado pelos princípios toyotistas, o sistema capitalista expande sua necessidade de lucratividade crescente, de forma não antes vivida pelo sistema, fazendo do setor de serviços uma de suas molas propulsoras. Tanto quanto a esfera da produção, a reprodução social é tomada pela racionalidade do capital.

É importante ressaltar que a transição para o padrão de acumulação flexível de inspiração toyotista não rompe com a lógica fordista de produção, havendo uma articulação entre tais modelos, com elementos de “*continuidade e descontinuidade*” (ANTUNES, 2002, p. 52, grifo do autor). Da mesma forma que o fordismo-taylorismo, o toyotismo tem por finalidade primordial expandir a acumulação do capital mediante o aumento da produtividade do trabalho. Isto associa o toyotismo à lógica produtivista da grande indústria, que dominou o século XX pertencendo, tal como o taylorismo e fordismo, ao processo geral de racionalização do trabalho instaurado pela grande indústria (ALVES, 2007).

O toyotismo nasce a partir do modelo de produção implantado na empresa japonesa Toyota. O toyotismo manifesta-se através avanço tecnológico, entendido a partir da introdução de técnicas de gestão e da ampliação da informatização no processo produtivo e de serviços baseando-se na heterogeneidade da produção, no trabalho em equipe, na polivalência, maior aproveitamento do tempo de produção, entre outras.

As organizações dos Círculos de Controle de Qualidade (CCQ) surgiram como estímulo para que os próprios trabalhadores vigiassem seu desempenho e ao mesmo tempo se integrem mais ao processo de trabalho. Nesse sentido, a “qualidade” figura como um instrumento que possibilita ao capital a apropriação intelectual e cognitiva do trabalhador.

Para Alves (2007) a reestruturação produtiva erige-se sobre três pilares: as inovações organizacionais, tecnológicas e sociometabólicas. Nesta última ocorre a “captura” da subjetividade dos homens, tão fundamental quanto as

mudanças diretamente políticas e econômicas. Entre os anos 1970 e 1980 várias daquelas técnicas foram importadas do Japão para diversos países.

Assim, o capital encontra no toyotismo as características compatíveis com as atuais necessidades de acumulação. Alves (2007) destaca que é a partir da mundialização do capital, na década de 1980, que o toyotismo se torna um “*valor universal*” (Ibidem, p. 160, grifo do autor) assumindo uma magnitude diferenciada daquela do seu surgimento, restrita as empresas Toyota.

Nesta linha argumentativa o autor ressalta o intenso processo sócio histórico da luta de classes no Japão que, sofrendo derrotas, iniciou o processo de efetivação do toyotismo naquele país. Tal modelo produtivo confere importância à neutralização das lutas dos trabalhadores e, mais que isso, precisa de um amplo envolvimento e consentimento daqueles com as necessidades da empresa. Assim, afirma Alves que

o sucesso do sistema Toyota vincula-se, numa perspectiva histórica, às grandes derrotas da classe operária e à decapitação (e neutralização) do seu “intelectual orgânicos” no plano produtivo: o sindicato industrial, de classe, transformado num sindicato de empresa, corporativo e interlocutor exclusivo do capital. Este processo de neutralização político-ideológica da classe operária no espaço da produção é tão importante para o sucesso do toyotismo que, no país capitalista de origem, o Japão, uma das passagens essenciais que asseguram a promoção dos dirigentes e a formação das elites da empresa Toyota é a atividade sindical (ALVES, 2007, p. 162).

As inflexões nas necessidades de acumulação do capital levaram-no a estender suas estratégias a outros setores. Desta vez, a esfera dos serviços aparece como um amplo espaço de lucratividade onde a lógica de produção empresarial-industrial se insere de forma incisiva, trazendo como condição a intensa exploração e precarização da força de trabalho, característica própria e estruturante do modo de produção capitalista.

Na referida esfera, isto pode ser percebido através da utilização das tecnologias, da forma de gerenciamento da força de trabalho, do discurso da qualidade e eficiência, das estratégias de maior envolvimento dos trabalhadores, dentre outras. Busca-se o aperfeiçoamento dos processos de

gestão da força de trabalho para possibilitar uma produtividade cada vez maior com um emprego cada vez menor de trabalhadores.

Na “acumulação flexível” a instabilidade das novas modalidades de contratação salarial, flexibilidade dos processos e relações de trabalho, visualizadas através de fenômenos como as terceirizações, informalidade, contratos de trabalho precários, rebaixamento de salários, enfraquecimento dos sindicatos, alteram, a relação dos sujeitos com o trabalho e também, uns com os outros. Nos dizeres de Alves (2010) a precarização do trabalho e a ‘precarização do homem que trabalha’ implicam o início de uma crise da subjetividade humana, em três dimensões: a crise da vida pessoal, a crise de sociabilidade e a crise de auto referência pessoal²⁶.

A combinação entre o atual processo de reestruturação produtiva capitalista e as ações estatais que possibilitam este movimento, aumenta a segregação da classe trabalhadora em dois grupos: aqueles mais escolarizados, onde é exigida maior participação e polivalência; aqueles contratados temporariamente, provenientes de empregos anteriores precários e da informalidade (PINTO, 2013). Este último é quantitativamente maior.

O estudo de Linhart (2014) revela que a denominada “precariedade subjetiva” dos trabalhadores estáveis é fenômeno que se apresenta como reflexo das determinações fundamentais que afetam o trabalho na atualidade. A “precariedade subjetiva” consiste em um sentimento encontrado pelos trabalhadores ao deparar-se com exigências cada vez maiores no trabalho, juntamente com uma permanente preocupação de não conseguir responder a todas as requisições. Estes fenômenos ligam-se à perda da autoestima, medo, ansiedade e sensação de insegurança.

E isso porque a gestão moderna impõe que todos os assalariados administrem, em nome da autonomia e da

²⁶ Termo utilizado por Alves (2011) para explicar o processo de crise do homem consigo mesmo ocorrendo a corrosão da sua autoestima pessoal. Este fenômeno decorre da intensificação da manipulação/ “captura” da subjetividade da pessoa que trabalha pelo capital. Primeiro, reduz o homem como ser genérico à força de trabalho como mercadoria; segundo, ameaça as individualidades de classe com a destituição de sua força enquanto de força de trabalho.

responsabilização, as inúmeras disfunções e organizações falhas do trabalho (isto é, que não lhes proporcionam os recursos necessários para fazer frente às exigências do trabalho), ao mesmo tempo em que intensificam de forma espetacular os ritmos do trabalho (Ibidem, p.46).

A “precariedade subjetiva” caracteriza-se pelo “sentimento de não dominar o processo de trabalho, precisar esforçar-se permanentemente para adaptar-se, cumprir objetivos fixados” (LINHART, 2014, p. 45-46). Assim, a “precariedade subjetiva” une-se ao sofrimento, ambas características do trabalho moderno.

No discurso das novas técnicas de gestão toyotistas está presente a necessidade do envolvimento participativo dos trabalhadores, no qual está implícita e intrínseca uma participação manipuladora do trabalho pelo capital, resguardando as dimensões da alienação e do estranhamento nos processos de trabalho. Nesta dinâmica, a *gestão* configura-se como um “veículo de ‘captura’ da subjetividade do trabalho vivo, nexo essencial do toyotismo como inovação organizacional do capitalismo flexível” (ALVES, 2014, p. 15). A captura da subjetividade humana aparece como um dos pressupostos centrais que possibilitam a acumulação capitalista.

No modo de produção capitalista, os aspectos subjetivos utilizados no processo de trabalho pelos sujeitos são apropriados pelo capital e direcionados aos interesses do sistema capitalista. Esta apropriação é condição da exploração do trabalho pelo capital. Mas, nos tempos atuais (nos moldes da acumulação flexível, de núcleo ideológico toyotista), a ‘captura’ do intelecto do trabalhador passa a ser crucial para o capital, seja na indústria, nas empresas ou nos serviços. Diminui-se a fronteira que havia entre execução e elaboração das tarefas, algo próprio do fordismo-taylorismo.

O que se apresenta de mais singular no espírito toyotista encontra-se justamente nas novas formas e princípios organizacionais de produção fundamentadas num elemento que o fordismo acabou deixando para trás: a “captura da subjetividade do trabalhador”. Presume-se a necessidade de um novo tipo de trabalhador, uma outra forma de integração do trabalho ao capital.

Esta consiste no direcionamento da ação e do pensamento, nos moldes de comportamento e de valores dos trabalhadores em direção à conformidade e consentimento com a racionalização da produção. Estes colocam seu intelecto a serviço do capital. Se no fordismo-taylorismo, a integração do trabalhador ao capital era de forma “mecânica”, no toyotismo essa integração é “orgânica”. O que é “orgânico” para o capital significa uma fragmentação de classe e da consciência de classe (ALVES, 2014, p. 61). O capitalismo precisa do *envolvimento* do trabalhador de uma forma *nunca antes experimentada por ele* (ALVES, 2007) de forma que

Não é apenas o “fazer” e o “saber” operário que são capturados pela lógica do capital, mas sua disposição intelectual-afetiva que é mobilizada para cooperar com a lógica da valorização. O operário é encorajado a pensar “pró-ativamente”, a encontrar soluções antes que os problemas aconteçam [...] (Ibidem, 2014).

De acordo com o autor, a subjetividade constitui-se como o principal fundamento sob o qual se sustenta a reestruturação produtiva dos anos 70. É a captura da subjetividade (em um movimento de transferência de valores da empresa para a vida social e da vida social para empresa, incorporando física e mentalmente a vida do trabalhador) que constitui a novidade da precarização. A organização toyotista exige um nível de manipulação do trabalho de forma mais intensa em relação à organização fordista-taylorista.

Deste modo, a precarização do trabalho atual não ocorre apenas mediante sua precarização enquanto mercadoria, mas, especialmente, através da “precarização do homem que trabalha”, no sentido de “desefetivação do homem como ser genérico”. Isto significa dizer que é necessária uma análise não só das novas formas de consumo da força de trabalho como mercadoria, mas sim, dos novos modos de “(des)constituição do ser genérico do homem” (ALVES, 2011).

O trabalho nos moldes capitalistas é necessariamente explorado e precarizado, o que se transforma são as formas de integrá-lo à acumulação do sistema. Trata-se de um processo de organização, cuja finalidade essencial,

real e que ainda permanece é a intensificação das formas de exploração da força de trabalho. Nas atuais formas de utilização da força de trabalho pelo capital, a precarização do trabalho no seu sentido humano genérico vem ganhando maior expressão.

A exploração, precarização, alienação e estranhamento no trabalho são condições próprias do modo de produção capitalista. Entretanto, na atualidade do processo de reestruturação do sistema, sob os princípios toyotistas, a gestão do processo de trabalho ganha centralidade no sentido de aprofundar aquelas características.

Em sua nova processualidade, o capital direciona suas estratégias de acumulação para a especulação financeira e ampliação de mercados, a exemplo dos serviços. Esta esfera – inclusive em relação aos serviços públicos – torna-se um espaço de lucratividade sob condições diferenciadas, onde a gestão da força de trabalho nestes espaços é ponto central.

A nova etapa da reestruturação produtiva do capital traz como elemento constitutivo e estratégico de sua dinâmica, a industrialização – em termos mandelianos - da esfera dos serviços, sejam públicos ou privados, cujo processo de trabalho permanece como alvo de exploração, porém, sob uma lógica diferente que se sustenta através das novas formas de gestão do trabalho. Estas primam pelo envolvimento intelectual do trabalhador.

Os serviços absorvem a *racionalidade empresarial de gestão*, direcionando seus instrumentos organizacionais para o processo de trabalho. A esfera da reprodução social está tão subvertida à lógica capitalista quanto à produtiva, aprofundando-se a relação entre ambas. Elas possuem como elemento comum a precarização e intensificação do processo de trabalho.

Em se tratando de serviços e, da necessidade do capital em subverter o indivíduo enquanto ser social, ser humano genérico, o crescimento do setor de serviços e a integração maior deste ao capital amplia a dimensão da precarização e intensificação da exploração do trabalho, através de um fenômeno que se tornou central nesse processo: a apropriação da dimensão subjetiva do trabalhador pelo capital para integrá-lo de forma mais incisiva ao

processo de trabalho. A precarização subjetiva representa um distanciamento do sujeito em relação ao ser social e, em relação a si mesmo, aprofundando o grau do estranhamento no mundo do trabalho.

3 A CONTRARREFORMA DA SAÚDE NO BRASIL: ESTADO, RACIONALIDADE MERCANTIL E IMPACTO SOBRE OS SERVIÇOS SAÚDE

O período de consolidação e expansão do Programa de Acreditação Hospitalar pelo mundo remete a um momento específico do capitalismo: o processo de crise evidenciada nos anos 1970 e que perdura até os dias atuais, marcando o cenário mundial com esgotamento do modelo fordista-keynesiano. No Brasil o programa chega, também, em um momento específico: o fortalecimento do neoliberalismo com vistas a desmontar as conquistas constitucionais recentes, com destaque para o modelo de Seguridade Social no país.

Dentre as investidas de lógica privatista que adentram o espaço dos serviços públicos, principalmente a saúde, as inovações tecnológicas e organizacionais do processo de trabalho ganham relevância. Nesse sentido, o presente capítulo tem por finalidade evidenciar as transformações impulsionadas pelo processo de crise do que incidem sobre a política pública de saúde.

3.1 Estado neoliberal e política pública de saúde: as particularidades do contexto brasileiro

No século XIX o cenário sócio histórico trazia a classe burguesa como hegemônica economicamente e que, buscando consolidar-se politicamente como dominante, gestava as bases de ruptura com a aristocracia da época e o *Estado absoluto*. Este modelo de Estado configurava uma forma de regime político que predominou na Europa entre os séculos XVI e XVIII onde o poder concentrava-se nas mãos do rei o qual detinha, assim, *poderes ilimitados, absolutos*. Sua consolidação coincidiu com o fim do período medieval e o início da modernidade, sendo, assim, expressão política de um novo modelo de Estado.

O período da modernidade foi marcado por uma busca da compreensão dos fatores políticos, econômicos e sociais e dos valores existentes na sociedade através da razão. O pensamento de autores como Hobbes, Locke e Rousseau, os contratualistas²⁷, influenciaram as concepções acerca da relação entre Estado, sociedade civil e propriedade privada.

Thomas Hobbes (1588-1679) entendia que os homens viviam em um estado de guerra de “todos contra todos”, um constante estado de medo e insegurança. Diante disso, os homens, utilizando-se dos princípios racionais, transferiram o seu direito à liberdade individual ao Estado tornando este *soberano* e que, a partir desse momento, seria obrigatoriamente responsável pela garantia da segurança aos indivíduos.

Diferente de Hobbes, John Locke²⁸ (1632-1704) compreendia que o Estado não pode retirar a liberdade individual devendo funcionar como uma instância pautada pelo *consentimento* entre os indivíduos. Para Locke havia três direitos naturais fundamentais: o direito à vida, o direito à propriedade privada e o direito de punir. Mas, estes não deveriam caber aos homens no estado de natureza já que não deveriam elaborar regras próprias, e sim, ao formato de um Estado capaz de criar o *consenso* entre os indivíduos os quais elegiam um representante e, assim, garantir que eles fossem livres.

Jean-Jacques Rousseau (1712-1778) compreendia que a sociedade surgiu devido a um *contrato* estabelecido entre os homens, fazendo com que estes abandonem o estado de natureza e se organizem em sociedade. A *ordem social* para Rousseau poderia ser garantida através de convenções e única forma de garantir a liberdade seria através da *democracia direta*, ou seja, que *todos* os homens participassem da tomada de decisões. O Estado surgiria através de um pacto formado entre os cidadãos, que, ao renunciarem à *vontade individual*, contribuiriam para a *vontade geral*. Sustenta em sua

²⁷ O ponto de partida da compreensão destes autores sobre a relação entre homem e o Estado e o de que havia anteriormente ao surgimento da sociedade civil um “estado de natureza”, um estado de relações humanas livre de qualquer ordem social estruturada. Em determinado momento, os homens sentiram a necessidade de criar um acordo, um pacto social (contrato social), através do qual reconhecem uma autoridade (governante) um conjunto de regras e um regime político dando origem assim, a sociedade.

²⁸ É considerado como o criador da ideologia liberal.

obra, *Do Contrato Social*, que a soberania pertence ao povo, que livremente deve transferir seu exercício ao governante.

Com o desenvolvimento do modo de produção capitalista, eram necessárias mudanças em relação ao Estado e seu papel. As ideias liberais inspiraram os líderes da *Revolução Francesa (1789)* e contribuíram para instrumentalizar a classe burguesa no processo de derrubada da monarquia absoluta e a tomada do poder político.

A moderna sociedade burguesa, que surgiu do declínio da sociedade feudal, *não aboliu as contradições de classe*. Ela apenas colocou novas classes, novas condições de opressão e novas formas de luta no lugar das antigas. Nossa época – a época da burguesia – caracteriza-se, contudo, por ter simplificado os antagonismos de classe. Toda a sociedade se divide, cada vez mais, em dois grandes campos de inimigos, em duas classes diretamente opostas: a burguesia e o proletariado. (MARX; ENGELS, 2008, p. 9, grifo nosso).

Em meados do século XIX até cerca de 1930, predominou em escala global o modelo socioeconômico liberal que tinha como princípio essencial de sustentação a *regulação do trabalho e das relações sociais através do livre mercado*, rejeitando (em tese) a intervenção do Estado para tal regulação. Sustentando-se nos aportes teóricos de Smith e Ricardo²⁹, o modelo liberal propagava que seria através o funcionamento livre e ilimitado do mercado que seria possível assegurar uma sociedade de bem-estar.

É importante destacar aqui a ambiguidade/contradição do discurso liberal em relação ao papel do Estado. É diante, justamente, da necessidade de efetivação bases sociais e econômicas legais que a figura do Estado se afirma enquanto instituição fundamental para tal. Como alguns dos elementos fundamentais do Estado liberal, temos: a tese de que o bem-estar individual potencializa o em estar coletivo; o predomínio da liberdade e da competitividade como condições de autonomia dos indivíduos para que busquem o melhor para si mesmos; um Estado mínimo, no sentido de

²⁹ Pensadores que se debruçaram sobre o estudo da economia e que influenciaram as ideias sobre este tema no século XIX.

promover ações de regulação de mercado e garantia da liberdade individual; e assistência mínima das políticas sociais (Ibidem).

Os limites do mercado mundial começaram a ser fortemente evidenciados com a grande depressão de 1929, uma crise do sistema financeiro norte-americano que se alastrou pelo mundo e que inseriu a desconfiança no liberalismo econômico, vigente até então, trazendo também uma crise na legitimidade do capitalismo. Diante disso, este sistema precisou buscar alternativas político-econômicas e também ideológicas para se reerguer. Instaurava-se o estado de Bem-Estar Social fundamentado no pensamento do economista inglês John Maynard Keynes.

O keynesianismo, como se convencionou chamar a sua teoria, afastou-se dos pressupostos clássicos que imperavam e tratavam o movimento da economia como natural. Para ele, eram as escolhas individuais dos empresários que geravam situações de crise e causavam o que ele chamava de insuficiência da demanda efetiva - reunião de bens e serviços que possibilitam a circulação de meios de pagamento, onde ao Estado caberia a responsabilidade de evitar essa insuficiência (SANDRONI, apud BEHRING, 2009, p. 21), causando também o desemprego.

Diante disso, o Estado deveria intervir através de um conjunto de medidas econômicas e sociais que produzissem essa demanda efetiva. Segundo Keynes, cabe ao Estado reestabelecer o equilíbrio econômico através de uma política creditícia, fiscal e de gastos para que atuem nos períodos de depressão estimulando a economia. Assim, esta ideia adquiriu hegemonia durante o pós-guerra e sua maior expressão foi a criação dos Estados de Bem-Estar Social, ou, *Welfare State*. Para esta intervenção houve o incremento de um sistema de seguridade social, pautado pela generalização das medidas de proteção social com concessão de benefícios.

Behring e Boschetti (2011, p. 91) elegem três fatores para o estabelecimento do *Welfare State*: a política de pleno emprego; a instituição de serviços e políticas sociais para a criação de demandas ao mercado de consumo; e a realização de acordos com os trabalhadores. Aliado ao

keynesianismo estava a produção fordista, que tinha como fundamento a produção em massa para o consumo em massa.

Porém, mesmo com a ampliação das funções do Estado, que se apropria de parte da riqueza socialmente produzida e realiza suas regulações sob o domínio do capital, a desigualdade social não foi eliminada. De acordo com a tradição marxista, acumulação e igualdade são incompatíveis devido à própria estruturação do capital na busca de lucros a partir da extração de mais-valia.

A continuidade do estado de bem-estar social encontrou seus limites, segundo Behring (2009, p. 32), na revolução tecnológica, na ampliação da capacidade de resistência dos trabalhadores e na intensificação da monopolização do capital. De acordo com a autora, estes elementos estão na base da depressão no fim dos anos 1960.

De acordo com as autoras, a corrida pelos superlucros no capitalismo tardio está centralizada na busca de rendas tecnológicas, o que proporcionou rebatimentos na esfera do emprego, pois, uma das características principais desse período de sucesso do capitalismo nos tempos do *Welfare State* foi a busca contínua de novas tecnologias derivadas da monopolização do progresso técnico (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 114) São algumas delas: o forte deslocamento do trabalho vivo pelo trabalho morto, o aumento no investimento em equipamentos e forte tendência ao planejamento, que agrega o chamado controle de riscos. Elas afirmam

Assim, podemos perceber uma tendência a revolução tecnológica permanente, movida pela intensificação da concorrência em torno do diferencial da produtividade num mesmo ramo de produção, em escala mundial. Esse processo leva a [...] mudança do papel da força de trabalho no processo de constituição do valor. À medida que esse processo foi avançando, numa dura luta entre capital e trabalho houve um intenso ressurgimento do exército industrial de reserva [...] configurando não um desemprego eventual, mas um desemprego estrutural. (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 90).

A busca pelas ferramentas tecnológicas para impulsionar a dinâmica do capital em busca de lucros evidenciou o fracasso da política do pleno emprego

do Estado keynesiano. A tecnologia também adentrou na esfera da reprodução para acelerar o processo de produção capitalista por meio do estímulo nas esferas da circulação e do consumo (Ibidem). Assim, houve uma maciça expulsão da força de trabalho no setor de serviços. Neste sentido, surgia a tendência da supercapitalização.

Diante disso, o Estado perdia gradativamente a sua ação, pois, “ele se deparou com a contraditória demanda pela extensão de sua regulação, por um lado, e a pressão a supercapitalização fortalecida pela queda da taxa de lucros por outro” (Ibidem, p. 90). Essa situação evidenciava o limite do Estado de Bem-Estar Social e, conseqüentemente, da teoria keynesiana, além do esgotamento do modelo de produção fordista/taylorista.

Desta forma, para a superação deste entrave será necessário reestruturar a produção, flexibilizando a produção de mercadorias e a contratação da força de trabalho; e reformulando as estratégias de reprodução social. De acordo com Teixeira (1990)

A produção em série de produtos padronizados, que marcou o regime fordista, cederá lugar a produção de bens em que a qualidade e a diferenciação passam a cumprir o papel mais importante na conquista de mercados. (TEIXEIRA, 1996 apud MARANHÃO; PEREIRA, 2002, p. 21)³⁰.

Abre-se espaço para o chamado padrão de acumulação flexível³¹, que necessita não apenas de novas ferramentas no âmbito da produção, mas também, e não menos importante, de um novo tipo de Estado. Diante das determinações desta conjuntura as teses neoliberais ganham força. É importante demarcar que, o impulsionamento das transformações sociais e econômicas necessárias exigidas pelo capital para se reestruturar, seja em quaisquer épocas, só é possível porque existe um conjunto de políticas estatais, também *flexíveis*, que caminham articuladas com os interesses do sistema capitalista.

³⁰ MARANHÃO, César Henrique Miranda C.; PEREIRA, Marcelo Sitcovsky Santos. Trabalho e a nova ordem das políticas sociais: um estudo sobre os programas sociais na Região Metropolitana do Recife. TCC – Recife, UFPE, 2002, p. 21.

³¹ Abordada no Capítulo 1.

No início da crise do pós-guerra as teses neoliberais ganhavam força nos países de capitalismo avançado caracterizando-se como uma reação tanto teórica quanto política que se opunha ao Estado intervencionista e de bem-estar (ANDERSON, 1995) possuindo como um marco da sua origem o texto *O Caminho da Servidão*, de Friedrich Hayek.

Segundo Hayek, as raízes da crise se encontravam vinculadas ao movimento operário devido às reivindicações da classe trabalhadora por melhores condições de trabalho e de salários, além de serem atribuídas também a um poder excessivo dos sindicatos. Estes elementos, na visão de Hayek, aumentaram os gastos sociais e, conseqüentemente, travaram os níveis necessários de lucratividade (ANDERSON, 1995).

Dentre as soluções para tais apontamentos destacava-se a manutenção de um Estado forte, mas, no sentido da

sua capacidade de romper o poder dos sindicatos e no controle do dinheiro, mas parco em todos os gastos sociais e nas intervenções econômicas. A estabilidade monetária deveria ser meta suprema de qualquer governo. Para isso seria necessária uma *disciplina orçamentária, com a contenção dos gastos com bem-estar, e a restauração da taxa natural do desemprego, ou seja, a criação de um exército de reserva de trabalho* para quebrar os sindicatos (ANDERSON, 1995, p. 11).

A partir deste momento apresentava-se a tônica econômica, social e política que adentraria não apenas os países de capitalismo avançado, mas, sobretudo, os periféricos, tornando-se, assim hegemônica. O neoliberalismo é um movimento ideológico de escala global, uma “doutrina coerente, autoconsciente militante lucidamente decidido a transformar todo o mundo à sua imagem, em sua ambição estrutural e sua extensão internacional” (Ibidem, p. 22). Assim, o neoliberalismo propunha como elementos para sair da crise:

- 1) um Estado forte para romper com os sindicatos e controlar a moeda;
- 2) um Estado parco para gastos sociais e regulamentação econômica;
- 3) busca de estabilidade monetária como meta suprema;
- 4) uma forte disciplina orçamentária, diga-se contenção dos gastos sociais e

restauração de uma taxa *natural* de desemprego; 5) uma reforma fiscal, diminuindo os impostos sobre os rendimentos mais altos; 6) e o desmonte os direitos sociais, implicando na quebra da vinculação entre política social e esses direitos, que compunha o pacto político anterior (BEHRING, 2009, p. 24-25).

O neoliberalismo ganha materialidade e ascensão nos anos 1980 sendo comandado pelo Consenso de Washington³² como forma de expressar a direção política frente à crise dos anos 1980. Deste Consenso resultou um conjunto de orientações dos organismos multilaterais para a implementação das ditas “reformas estruturais” ao redor do mundo, cujos maiores afetados serão os países periféricos, como é o caso do Brasil. Para a realização destas reformas o país reorienta o fundo público para os interesses dos empresários, contando com forte participação dos organismos multilaterais, como afirma Silva

por meio de cortes nos gastos sociais, o fundo público é reorientado para as demandas do empresariado, como forma de solucionar a crise “fiscal”. As contrarreformas empreendidas nesse período são orientadas pelos organismos multilaterais, os quais preconizam a “eficiência, eficácia e efetividade” dos gastos sociais por meio da focalização das políticas sociais (SILVA, 2009, p. 177).

No final da década de 1980, ao mesmo tempo em que a população obtinha ganhos no âmbito dos direitos sociais, havia um intenso movimento global para limitá-los ou não concretizá-los já que, a *ideologia neoliberal* estava mundialmente em ascensão. Esta traz

a concepção da desregulamentação dos mercados financeiros, dos produtos e do trabalho, onde a dimensão comanda as decisões das empresas a partir dos países centrais do capitalismo, enquanto os países periféricos passam a depender cada vez mais da capacidade de pagamento de investimentos e de empréstimos externos absorvidos domesticamente. Estes ficam sujeitos à lógica dos países centrais que têm o poder de definir a circulação do capital, sobretudo a partir das decisões das empresas transnacionais (BEHRING, 2010, p. 52).

³²O Consenso de Washington foi um encontro realizado em 1989, na capital dos Estados Unidos onde foi realizada uma série de recomendações visando ao desenvolvimento e à aderência do neoliberalismo nos países da América Latina.

O processo de internacionalização de mercados e dos sistemas produtivos, bem como, a financeirização econômica, ocasionou uma perda considerável da autonomia dos Estados Nacionais. Na compreensão de Soares (2000), em se tratando de uma crise global do modelo social de acumulação, as tentativas para a sua resolução têm produzido transformações estruturais, que ocorrem sob os princípios norteadores de um novo modelo o neoliberal Este, além de ser de natureza econômica, e parte de uma “redefinição global do campo político institucional e das relações sociais” (Ibidem, p. 12).

Percebe-se, com isso, que o fenômeno da financeirização é quem vai ditar as regras econômicas num processo cujos países do centro do capitalismo direcionam estrategicamente as decisões adotadas pelos países periféricos aos interesses do grande capital. Isto traz implicações significativas às políticas públicas no Brasil, a exemplo da saúde. Na seguridade social localiza-se o “nicho dos produtos financeiros” (SALVADOR, 2010, p.606).

Com o neoliberalismo, a estratégia e repassas a proteção social do âmbito do Estado para o mercado, sendo este, o espaço de compra de saúde e de aposentadoria pelos trabalhadores, setores dominantes nos investidores internacionais (Ibidem). Este modelo de acumulação implica que

os direitos sociais perdem a identidade e a concepção de cidadania se restringe; aprofunda-se a separação público-privado [...]; a legislação trabalhista evolui para uma maior mercantilização (e, portanto, desproteção) da força de trabalho; a legitimação ((do estado) se reduz à ampliação do assistencialismo. A expressão institucional desse modelo – e do caráter das relações sociais – e também um *novo Estado*, um cenário deferente que expressa – ao mesmo tempo que define – novas condições da luta social (SOARES, 2000, p. 13, grifo da autora).

Com essas transformações, a diferença entre a seguridade social e o período keynesiano e o neoliberal, consiste na forte conexão com a privatização da proteção social. De acordo Mota (2000) há uma tendência de privatizar os programas de previdência e saúde e ampliar os programas assistenciais. Em meados dos anos 1980, esses elementos foram se transformando mundialmente em políticas de governo.

Mas, no Brasil, há uma chegada tardia do neoliberalismo devido ao processo de redemocratização do país. Este não acompanhou de forma sincrônica os processos internacionais, pois, a década brasileira de 1960 foi marcada pela instauração da ditadura militar ao passo que no contexto internacional já era possível identificar a reação burguesa à crise do capital.

Esta conjuntura internacional proporcionou uma intensa crítica à estrutura político econômica do Estado de Bem-Estar Social e o capital precisava buscar novos instrumentos para a sua valorização, fazendo com que os países periféricos, como o Brasil, adotassem estratégias de aprofundamento da internacionalização da economia. Assim, as determinações da dinâmica do sistema capitalista adentravam no Brasil, ocasionando fortes refrações na sua economia e nas políticas sociais.

O salto econômico do período ditatorial é parte constitutiva de um projeto de internacionalização da economia brasileira que pode ser percebido através de atores como a intensificação dos processos de industrialização, urbanização e expansão do mercado interno, já que o capital tinha necessidade de restaurar as taxas de crescimento. Segundo Mota (2000, p. 136) a implantação do regime ditatorial de 1964 estava baseada num projeto de desenvolvimento internacionalizador³³.

Contudo, é essencial ressaltar que o país acrescentou suas particularidades sócio históricas a este movimento. É interessante pontuar que o interior da crise brasileira se gesta também uma *cultura política de crise* (MOTA, 2000, grifo nosso), que tende a resgatar as bases da hegemonia³⁴ do grande capital e, para isso, possui como vetores a privatização (como forma de reduzir a intervenção do Estado) e a constituição do cidadão consumidor, sujeito político central na sociedade de mercado (Ibidem).

³³ Consiste em de um conjunto de medidas político-econômicas que aumentaram o crescimento brasileiro até meados dos anos 1970. Dentre essas medidas, investiu-se em infraestrutura nacional cedendo capital às estatais de petroquímica, energia, siderurgia, etc. houve avanços econômicos, porém, a concentração de renda e a desigualdade social foram intensificadas.

³⁴ A concepção de hegemonia trazida por Mota é fundamentada na compreensão gramsciana. Segundo a autora, a construção da hegemonia remete tanto ao estabelecimento de condições de dominação e exploração econômica, quanto à formação de uma cultura que torna universal a visão de mundo da classe dominante.

Em meio ao contexto de perda de liberdades democráticas o bloco tecnocrático militar buscava legitimação através da expansão e modernização das políticas sociais. Mas, ao mesmo tempo em que as impulsionavam, ainda que de maneira restrita, a ditadura abriu espaço para um sistema dual de acesso às políticas sociais, caracterizado para aqueles que podem pagar, por meio das privatizações, e para aqueles que não podem (BEHRING & BOSCHETTI, 2011, p. 137). De acordo com Mota (2000, p. 136) o papel que os países periféricos vão desempenhar no processo de internacionalização do capital nos anos de 1970, é distinto dos países capitalistas centrais no que se refere à sua economia e à estrutura da seguridade social.

No caso brasileiro, o que imprimiu características singulares à integração do Brasil à ordem econômica internacional foi o golpe militar de 1964 (MOTA, 2000). O Estado brasileiro colocava em prática uma política de modernização conservadora que preservava e fortalecia os laços de dependência econômica dos centros hegemônicos. Além disso, precisava quebrar qualquer manifestação de resistência popular para legitimar a ordem imposta.

Neste contexto, o governo militar promoveu algumas mudanças no campo das políticas sociais procurando atender as demandas da classe subalterna, mas, de acordo com o projeto político em curso, havendo uma expansão seletiva de algumas políticas sociais, as quais estavam inseridas as políticas de seguridade social. Ainda segundo a autora, as características das políticas neste período foram a diferenciação dos serviços em função da clientela atendida, a privatização da assistência médico-social, além da supressão e do desmantelamento dos mecanismos de controle e de participação.

Neste período, a saúde passou a privilegiar a assistência médica em detrimento da saúde pública e o setor saúde passou a interessar devido ao seu lugar estratégico na reprodução da classe trabalhadora e na lucratividade do mercado privado. Segundo Raquel Soares

O aparato hospitalar privado tornou-se central no atendimento dos segurados, respondendo às necessidades das grandes multinacionais da área de equipamentos médicos e medicamentos, além da própria rede privada de serviços. O setor saúde cresce em relevância dado o seu lugar privilegiado

para a reprodução dos trabalhadores e, dialeticamente, para a necessidade de ampliação do mercado privado para o grande capital nacional e internacional. (SOARES, 2010, p. 33).

Isso ocorre porque entre os anos de 1964 e 1970, o Brasil aprofunda sua inserção no mercado internacional como parte do processo de expansão de capitais já iniciado nos anos 1950, visando para atender aos interesses das multinacionais que ganham o cenário brasileiro, numa etapa de grande crescimento econômico do país. Assim, a saúde já aparecia como alvo de investimentos do capital e o Estado, diante da sua subordinação à conjuntura externa, possibilitou os mecanismos para a ampliação do processo de acumulação de capital através do adensamento da participação do setor privado na saúde.

O Estado autocrático burguês³⁵ tratou a questão social com repressão aos segmentos mais organizados da classe trabalhadora e com respostas técnicas impregnadas de um ideário modernizador, mas, que é primariamente uma ferramenta de mercantilizar a saúde. Nesta época, foram aprofundadas o que Antonacci chamou de pontos essenciais na racionalização dos serviços públicos, que são a hierarquização, a coordenação, a padronização em nome da eficiência, do controle e da economia (ANTONACCI, 1993)³⁶.

Com isso, percebe-se que no período ditatorial militar brasileiro fez-se uma política de saúde tecnicista, centralizadora e pautada por uma assistência médica individualista, posto que, para a saúde pública, sobreram ações pontuais e fragmentadas, pois o a dinâmica político econômica era de priorização do mercado privado.

O regime ditatorial militar proporcionou um período de crescimento econômico no país, o milagre brasileiro, num período de internacionalização da economia em que atendia às exigências do grande capital. Mas, esta fase de

³⁵Termo original de Florestan Fernandes (1975) em *A revolução burguesa no Brasil* que é utilizado por Netto (2011), mais especificamente no livro *Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64*, para designar as transformações sociais econômicas, históricas e políticas ocorridas no Brasil desde o início do golpe militar no país, até meados dos anos 1970.

³⁶ANTONACCI, A. M. A vitória da razão (?) O IDORT e a sociedade paulista. São Paulo: Marco Zero, 1993. In: SOARES, Raquel Cavalcante. *A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social*. Tese Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2010, 209 p.

crescimento logo se esgotou devido à grande crise inflacionária e recessiva que a rápida acumulação financeira ocasionou.

Com os rebatimentos da crise econômica mundial no país a hegemonia do poder ditatorial começa a ser amplamente questionado, pois, as insatisfações populares cresciam e o período do milagre econômico brasileiro se esgotava, fazendo com que o modelo estatal autocrático burguês não conseguisse mais legitimação.

Diante desse quadro, a insatisfação popular crescia, contribuindo para o fim do regime autocrático, pois os movimentos sociais ganhavam mais força na luta pela redemocratização do Estado Brasileiro e pela consolidação de direitos sociais, civis e políticos. Com isso, o período da crise em questão contribuiu para a queda desse regime e para a institucionalização de diversas reivindicações dos movimentos populares e, dentre elas, o SUS.

A luta pela Reforma Sanitária foi uma das bandeiras erguidas pelos movimentos sociais nas mobilizações antiditatoriais. A Reforma Sanitária alicerçava-se pela concepção ampliada de saúde, pela melhoria da qualidade dos serviços com a adoção de um novo modelo assistencial, pautado na integralidade e equidade e por uma nova organização do sistema de saúde através da construção do Sistema Único de Saúde (SUS). A proposta da Reforma Sanitária foi fortemente defendida e consagrada em 1986 na VIII Conferência Nacional de Saúde.

Contudo, é importante destacar que a transição do regime ditatorial para o democrático foi caracterizada por uma “transição negociada” (CFESS, 2010, p. 18), pois, não houve uma real ruptura com as forças políticas hegemônicas. Portanto, este foi um processo de democratização “pelo alto”, onde o Estado brasileiro traça um percurso coerente com a tendência mundial (SOARES, 2010, p. 40). Este período da história brasileira expressa uma dicotomia entre a implementação dos direitos consolidados na Constituição Federal de 1988 e as constantes tentativas de regressão destes em virtude das determinações da crise do capital, como aponta Soares

A crise estrutural do capital mundial, a partir dos anos 1970, contribuiu decisivamente para o fim do regime autocrático e institucionalização legal de muitas reivindicações dos movimentos sociais na Constituição de 1988 – dentre elas, o SUS. Mas, dialeticamente, as respostas a essa crise, mediadas pelas particularidades e características da estrutura social e do estado brasileiros, tornaram-se os limites para a materialização desse sistema conforme seu marco legal. (SOARES, 2010, p. 40).

Enquanto o neoliberalismo se fortalecia no mundo em meados dos anos de 1980, criticando maciçamente o Estado de Bem-Estar Social, o Brasil através da transição democrática, instaurava ineditamente um modelo de seguridade social pautado pelo tripé das políticas sociais de assistência, previdência e saúde.

Em decorrência dos impactos do processo de reestruturação produtiva do capital diante da crise, as décadas de 1980 e 1990 no Brasil intensificaram as ações de reestruturação do Estado no país. O Brasil é parte integrante da estratégia global de acumulação, entretanto, com particularidades por figurar na periferia da organização do capitalismo mundial e devido às singularidades de sua formação sócio histórica. Este é um movimento de escala mundial que constitui parte dos mecanismos de enfrentamento do capital à sua crise e, assim sendo, arrasta as suas características mais gerais para o solo brasileiro.

Vale ressaltar que mesmo diante do marco legal da Constituição de 1988 os governos de Collor e FHC (Fernando Henrique Cardoso) quanto os de Lula e Dilma, implementaram políticas de cunho neoliberal, macroeconômicas e que, apesar de algumas particularidades, resguardam a tese da refuncionalização do Estado alicerçada pelos interesses da classe dominante.

Os princípios conquistados pela Constituição Federal de 1988 são fortemente tensionados pela estratégia de extração de superlucros e pela supercapitalização, o que apresenta a tendência geral da redução dos direitos sob o argumento de crise fiscal do Estado. Diante das transformações, é exigido ao Estado pelo grande capital “um projeto/processo restaurador” (NETTO, 2012, p. 209).

Para Netto (2012), esse projeto pode se apresentar em três elementos: a “*flexibilização*” (da produção, das relações de trabalho), a “*desregulamentação*” (das relações comerciais e dos circuitos financeiros) e a “*privatização*” (do patrimônio estatal). Os dois primeiros são responsáveis para aumentar as atividades financeiras, que devido às novas tecnologias de comunicação, tornam-se cada vez mais autonomizadas do controle do Estado. A privatização, por sua vez, transferiu consideráveis parcelas do orçamento público para o capital privado.

A mudança mais imediata é a diminuição da sua ação reguladora, especialmente o encolhimento de suas “funções legitimadoras” (O’Connor): quando o grande capital rompe o “pacto” que suportava o Welfare State, começa a ocorrer a retirada das coberturas sociais públicas e tem-se o corte nos direitos sociais — programa tatcherista que corporifica a estratégia do grande capital de “redução do Estado”, num processo de “ajuste” que visa diminuir o ônus do capital no esquema geral da reprodução da força de trabalho. Entretanto, aquela redução, bem definida nas palavras de ordem que já assinalei e na sua prática — “flexibilização”, “desregulamentação” e “privatização” —, decorre do próprio movimento da “globalização” (NETTO, 2012, p. 422).

Biondi (1999) realizou um estudo sobre as privatizações no Brasil e seus equívocos nos anos 1990, pontuando criticamente seus impulsionamentos e consequências sociais e econômicas para o país. De acordo com o autor, as promessas do governo do então presidente FHC eram de que a venda das estatais atrairia dólares, reduzira a dívida externa e interna do Brasil e, principalmente, salvaria o real.

A população, por sua vez, ganharia na *eficiência, rapidez e qualidade dos serviços prestados* pelas empresas privatizadas, pois os compradores teriam capacidade financeira para qualificá-las; competir com o mercado; garantir preços mais baixos nos serviços, como: telefônicos e energia elétrica; criar, assim mais empregos; e aquecer a economia, etc.

Contudo, o que ocorreu foi o oposto: o “governo engoliu” as dívidas das estatais vendidas, aumentando a dívida interna do Brasil. Além disso, as empresas que compraram as estatais brasileiras não utilizaram capital próprio,

mas, empréstimos do capital estrangeiro fazendo aumentar a dívida externa do país (BIONDI, 1999). No mais, as estatais foram vendidas muito abaixo do preço às grandes empresas.

Biondi traz o questionamento sobre como foi possível o governo transferir o patrimônio público de forma tão autoritária a pequenos grupos de empresários? O autor ressalta o papel importante dos meios de comunicação como aliados ao projeto de privatização, sustentando um *discurso de esgotamento dos recursos do Estado*, e, a falta de consciência coletiva dos cidadãos.

Mais ainda: a sociedade brasileira perdeu completamente a noção - se é que tinha - de que as estatais não são empresas de propriedade do "governo", que pode dispor delas ao seu bel prazer. *Esqueceu-se que o Estado é mero "gerente" dos bens, do patrimônio da sociedade, isto é, que as estatais sempre pertenceram a cada cidadão, portanto, a todos os cidadãos, e não ao governo estadual ou federal.* Essa falta de consciência coletiva, repita-se, explica a indiferença com que a opinião pública viu o Brasil doar por 10 o que valia 100. (BIONDI, 1999, p. 14, grifo nosso).

Neste processo, afirma o autor, a população brasileira foi duplamente lesada. Primeiro porque o governo brasileiro utilizou os recursos do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) e Pis/Pasep (Plano de Integração Social/Programa de Formação de Patrimônio do Servidor Público) para financiar diversos projetos. Em segundo lugar, porque ficou sem as estatais, as quais passaram para o setor privado.

Corporifica-se, portanto, o movimento de contrarreforma do Estado brasileiro como forma de responder à crise mundial do capital. Neste contexto, a saúde aparece como um espaço estratégico e privilegiado para a ampliação da lucratividade e, para isso, o direito à saúde como preconizado na constituinte de 1988 precisa ser desmontado.

3.2 Considerações acerca do fundo público no capitalismo contemporâneo

Com a mundialização do capital (CHESNAIS, 2001) são impostos ao Estado direcionamentos políticos, requisitando uma funcionalidade do fundo público diretamente em favor de seus interesses da classe dominante. Chesnais (2001) diz, “as finanças se alimentam por meio de dois mecanismos diferentes: da formação de capital fictício e das transferências de riqueza para a esfera financeira – na qual importante mecanismo é o serviço público da dívida pública”.

Desde sociedades anteriores à sociedade capitalista propriamente dita, o fundo público tem função estrutural no desenvolvimento destas sociedades. No que se refere à sociedade burguesa que, como vimos, funda-se na lei do valor, o papel do fundo público torna-se cada vez mais central no cenário do capitalismo contemporâneo assumindo contornos específicos, mas, resguarda seu núcleo constitutivo: criar-se e recriar-se mediante a extração de mais-valia. A característica comum às crises sofridas pelo capital nas últimas três décadas evidencia o comparecimento do fundo público no socorro às instituições financeiras falidas (SALVADOR, 2010).

Como dito anteriormente, a produção de mercadorias no capitalismo tem na sua base material os valores de uso e o trabalho concreto os quais se orientam para a produção de valores de troca, ou seja, para o processo de valorização. Este ocorre através da não remuneração ao trabalhador de acordo com o que ele produz e sim, através do pagamento de mínimo necessário para o acesso as necessidades básicas se si e de sua família. Em outras palavras, na base material sob a qual se ergue a sociedade burguesa está a exploração do trabalhador.

O modo de produção capitalista caminha na busca incessante pelo crescimento das taxas de valorização, e isto não é novidade. O elemento novo consiste na acentuação da esfera financeira no processo de acumulação capitalista, em que “as alterações em curso trazem maior instabilidade econômica e taxas de crescimento medíocres ou negativas” (Ibidem). Nesta busca, o capitalismo se depara com limites próprios desta dinâmica de valorização: a queda tendencial da taxa de lucros.

Para lidar com esta barreira, o sistema cria estratégias de recomposição dos lucros a partir de estratégias cada vez mais perversas, sendo a apropriação e instrumentalização do fundo público uma delas, cuja base de formação é a apropriação do trabalho excedente, mas, não apenas. Nesta formação, se faz presente também a *exploração tributária* (BEHRING, 2010, grifo da autora).

Ao identificar que as reservas públicas estão constituídas também de uma “*punção compulsória*” (BOSCHETTI et al, 2010, p. 20), que corresponde aos impostos e contribuições, Behring (2010) revela que o a parcela do trabalho necessário também é expropriada pelo sistema capitalista.

O fundo público não se forma – especialmente no capitalismo monopolizado e maduro - apenas com o trabalho excedente metamorfoseado em valor - mas também com o trabalho necessário, na medida em que os trabalhadores pagam impostos direta e, sobretudo, indiretamente, por meio do consumo, onde os impostos estão embutidos nos preços das mercadorias. Vamos sustentar, pelo exposto, que a exploração do trabalho na produção e complementada pela *exploração tributária* crescente nesses tempos de intensa crise [...] (Ibidem, p. 20-21, grifo da autora).

O financiamento tributário no Brasil é, historicamente, “regressivo”, ou seja, realizado através de tributos indiretos que incidem sobre o consumo e a tributação direta fica limitada à tributação sobre os salários (SALVADOR, 2010). Segundo Evilásio Salvador (2010), desde 1995 esta situação vem se agravando devido às alterações realizadas na legislação tributária, preconizada pela Constituição Federal (CF) de 1988. Ainda de acordo com o autor, tais alterações consistiram na transferência para a renda do trabalho e para a população mais pobre o ônus tributário num processo caracterizado como uma “*contrarreforma tributária sorrateira*” iniciada no governo FHC e continuada no governo Lula (Ibidem, p. 19, grifo do autor), que traz fortes implicações para a seguridade social brasileira. Assim,

um olhar sobre o financiamento seguridade social, no período de 2000 a 2007, identificando as bases econômicas de incidência tributária, renda, consumo e patrimônio), que

compuseram o custeio das três políticas da seguridade, revela uma estrutura tributária regressiva, confirmando as características presentes no sistema tributário brasileiro. O resultado apresentado, com base na média anual das fontes de financiamento da seguridade social, no período de 2000 a 2007, em valores constantes, revela que os tributos diretos responderam por 30,87%, dos quais somente 6,88% referem-se à tributação direta da renda do capital. Isto significa que os *próprios beneficiários da seguridade social pagam direta ou indiretamente seus benefícios* (SALVADOR, p. 620, 2010, grifo nosso).

Um dos mecanismos utilizados para sugar recursos do orçamento da seguridade social foi a criação da Desvinculação das Receitas da União (DRU) que “transforma os recursos destinados ao financiamento da seguridade social em recursos fiscais para a composição do superávit primário e, por consequência, a sua utilização em pagamento de juros da dívida” (Ibidem, p. 626).

É possível observar, portanto, a amplitude dos elementos que constituem fundo público os quais são provenientes dos esforços da classe trabalhadora e vem sendo brutalmente apropriados e direcionados pelos interesses privados. No que se refere à distribuição dos gastos na seguridade social, a prioridade do fundo público tem sido o pagamento de juros e a amortização da dívida, como veremos na tabela³⁷ a seguir:

³⁷ Os dados referentes aos anos de 2000 e 2007 foram colhidos do estudo de Salvador (2010). Os demais constam na página da Auditoria Cidadã da Dívida.

QUADRO 1: PERCENTUAL DE PAGAMENTO DE JUROS E A AMORTIZAÇÃO DA DÍVIDA

Ano	Juros e amortizações da dívida
2004	26,86%
2007	30,77%
2014	42,04%
2016	43,94%

FONTE: Auditoria Cidadã da Dívida.

Percebe-se um progressivo aumento do percentual orçamentário destinado à dívida pública. Ao mesmo tempo, ocorre também uma tendência ao enxugamento dos gastos sociais, visto que nos anos 2012, 2014 e 2016, o percentual do orçamento da União destinado à saúde foi de 4,17%, 3,98% e 3,90%³⁸ do PIB (Produto Interno Bruto), respectivamente.

Behring et al (2010) corrobora da análise marxista de que o fundo público atua em contraponto à queda tendencial da taxa de lucro, interferindo no processo de circulação do capital. Assim, participa do processo de rotação do capital³⁹, considerando a totalidade da reprodução capitalista, especialmente, nos momentos de crise. Nestes, observa-se uma redefinição do lugar da coisa

³⁸Fonte: Auditoria Cidadã da Dívida. Disponível em: <<http://www.auditoriacidada.org.br/blog/2017/03/10/cartilha-fala-sobre-endividamento-publico-e-importancia-de-se-auditar-divida/>>. Acesso em: 26 abr 2017.

³⁹ Com base em Marx, Boschetti et al (2010) resgata este conceito o qual corresponde ao movimento global de produção e reprodução do capital.

pública no capitalismo contemporâneo e seu contexto de contrarreforma das políticas públicas.

3.3 A contrarreforma da política de saúde na atualidade

A contrarreforma do Estado deve ser analisada como parte de um processo sociohistórico e uma estratégia macroeconômica própria da dinâmica de crise capitalista. Fundamentando-se na perspectiva neoliberal, o capital direciona suas estratégias de acumulação para a especulação financeira, ampliação de mercados especificamente dos serviços e redução e refuncionalização do Estado.

Os serviços, inclusive públicos, tornam-se um espaço de lucratividade sob condições diferenciadas, onde a gestão da força de trabalho nestes espaços é ponto central. Buscando o aperfeiçoamento dos processos de gestão da força de trabalho para possibilitar uma produtividade cada vez maior com um emprego cada vez menor de trabalhadores, o capital encontra no toyotismo as características compatíveis com as atuais necessidades de acumulação.

Como bem afirmou Mota, nesse contexto de crise e reorganização do capital, as políticas sociais inscritas no âmbito da Seguridade Social são o principal alvo das reformas, pois,

a Seguridade Social apresenta tendências impulsionadas por esse movimento que se a reduz ao âmbito da economia e da política, enquanto macro determinações dos processos sociais que se reúnem em dois fatores: as mudanças no mundo do trabalho e as mudanças na intervenção do Estado (MOTA, 2000, p. 117).

A Seguridade Social está inserida tanto no processo de acumulação do capital, quanto no processo de conquistas da classe trabalhadora. Assim, ocupa um lugar de destaque no modo de produção capitalista uma vez que

possui vinculação estreita com o processo de produção e reprodução do capital.

Os anos 1990 foram marcados pela adoção de políticas macroeconômicas alicerçadas no ajuste fiscal e na formação de um bloco político hegemônico que tinha como metas a estabilidade da moeda, a contenção da inflação, a restrição dos fundos públicos disponíveis para políticas sociais e expansão de mecanismos tributários e fiscais. Estas diretrizes estão em consonância com as necessidades de expansão do espaço na economia mundial, alimentando-se da formação do capital fictício, o qual já vinha da dívida pública e das políticas monetárias.

A década de 1990 é marcada pelo redirecionamento do papel do Estado, influenciado pela política de ajuste neoliberal, desconstruindo a proposta da política de saúde dos anos 1980. A ofensiva da doutrina neoliberal traduz-se pela ampliação das desigualdades sociais e a quebra do aparato estatal (MEDEIROS, 2005) cuja tendência centraliza-se na mercantilização e na desregulamentação de garantias e direitos sociais conquistados, onde figura uma estratégia de satanização do Estado cuja finalidade é abrir espaço para a legitimação do mercado.

O Brasil, sob o governo de Fernando Henrique Cardoso (FHC), seguiu o projeto político-econômico chefiado pelo grande capital financeiro internacional, cuja ideologia neoliberal se fazia fortemente presente. É nesta época que a reforma do Estado brasileiro é impulsionada com a criação do Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), conduzida pelo economista Bresser Pereira.

Formulado por Bresser, o Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRA) (1995) é a grande expressão do avanço e materialização do neoliberalismo no Brasil. Este representa a direção que o Estado brasileiro pretende seguir, e caracterizou a saúde como área não exclusiva do Estado, tornando-a passível de ser administrada por organizações sociais. Além disso, incluiu a reforma gerencial na saúde. Assim,

a concretização do SUS, conforme seu marco legal original, [...] deixa de ser espaço político estratégico de atendimento dos interesses da classe trabalhadora e de sua organização em torno de um projeto societário alternativo e passa a ser concebida no interior do campo das “possibilidades”, isto é, o SUS possível diante do ajuste neoliberal. (SOARES, 2010, p. 47).

O Plano Diretor foi elaborado pelo Ministério da Administração e Reforma do estado projetado pelo governo FHC e aprovado em 1995 na Câmara da Reforma, órgão criado especialmente para esta finalidade. O debate acerca da formulação desse Plano girou em torno da definição das funções exclusivas e não exclusivas do Estado. Este documento está pautado pela melhoria da atuação burocrática através de uma administração pública que ele denomina como gerencial.

Para ele, o tipo de administração introduzida no passado caracterizou-se como lenta e ineficiente pelo fato de centrar-se nos processos e não nos resultados em um sistema de grande complexidade e dos desafios que o Brasil enfrentava diante da globalização econômica. Assim, ele afirma a importância dessa reforma gerencial para o Estado e para o cidadão brasileiro

é preciso, agora, dar um salto adiante, no sentido de uma administração pública que chamaria de “gerencial”, baseada em conceitos atuais de *administração e eficiência*, voltada para o controle dos resultados e descentralizada para poder chegar ao cidadão, que, numa sociedade democrática, é quem dá legitimidade às instituições e que, portanto, se torna “cliente privilegiado” dos serviços prestados pelo Estado. (BRASIL, 1995, p. 5, grifo nosso).

Em síntese, Elaine Behring explica que

No caso dos serviços exclusivos do Estado, a proposta é transformar as autarquias em agências autônomas, administradas segundo um contrato de gestão [...] Nos serviços não exclusivos, criam-se organizações públicas não estatais, as organizações sociais. Vale notar que há uma

tensão entre ser serviço exclusivo ou não no caso dos serviços sociais. (BEHRING, 2008, p. 182).

O texto acima revela uma concepção contrária ao modelo de Seguridade Social instituído no Brasil, pois,

o conceito constitucional de seguridade é ignorado e tornado irrelevante pelo Plano, que vê as políticas públicas de Previdência, Saúde e Assistência Social de forma totalmente desarticulada. Este é um ponto fundamental que assinala o espírito (e a letra) anticonstitucional. (BEHRING, 2008, p. 182).

Em seguida, o Plano diretor destaca a relevância da participação do servidor neste processo, a qual vem sendo adotado em diversos países

É preciso reorganizar as estruturas da administração com ênfase na qualidade e na produtividade do serviço público; na verdadeira profissionalização do servidor, que passaria a perceber salários mais justos para todas as funções. Esta reorganização da máquina estatal tem sido adotada com êxito em muitos países desenvolvidos e em desenvolvimento. [...] Se quisermos avançar na adoção de formas modernas de gestão pública, é imprescindível, também, que os servidores passem a ter uma nova visão de seu papel, pois é no dia a dia do exercício das funções públicas que a mais profunda e verdadeira reforma vai realizar-se. (BRASIL, 1995, p. 7).

A principal justificativa para essa reestruturação do aparelho estatal é de que a *crise brasileira de meados de 1980 possui caráter fiscal, uma vez que o Estado “não soube processar de forma adequada a sobrecarga de demandas a ele dirigidas”* (BRASIL, 1995, p. 11, grifo nosso). Assim, são eleitas as iniciativas para a reorganização do aparelho estatal

são inadiáveis: (1) o ajustamento fiscal duradouro; (2) reformas econômicas orientadas para o mercado, que, acompanhadas de uma política industrial e tecnológica, garantam a concorrência interna e criem as condições para o enfrentamento da competição internacional; (3) a reforma da previdência social; (4) a inovação dos instrumentos de política social, proporcionando maior abrangência e promovendo melhor qualidade para os serviços sociais; e (5) a reforma do aparelho Estado, com vistas a aumentar sua “governança”, ou seja, sua capacidade de implementar de forma eficiente políticas públicas. (BRASIL, 1995, p. 11).

Nesse sentido, este processo de redefinição do papel do Estado ocorrerá “principalmente nos serviços sociais como educação e saúde, que são essenciais para o desenvolvimento, na medida em que envolvem investimento em capital humano” (MARE, 1995, p. 13).

Behring realiza críticas pertinentes a esse projeto de Estado, das quais serão destacadas duas. Primeiramente, ela destaca a visão unilateral com que é tratada a crise contemporânea, já que esta é tratada como pertencente apenas ao um mau funcionamento do Estado, o que enfraquece o debate deste tema fazendo com que a reforma seja uma versão brasileira de inserção passiva e a qualquer custo na dinâmica internacional, representando uma escolha político econômica e não um caminho natural (BEHRING, 2008, p. 198). Segundo a autora, a proposta da reforma orientada pelo neoliberalismo, não buscou construir arenas de debate, limitando a consolidação democrática (BEHRING, 2008, p. 207).

A saúde transformou-se em um lócus específico de conflitos de interesses que figuram conforme dois projetos em constante disputa: o Projeto da Reforma Sanitária⁴⁰ e o Projeto Privatista da Saúde (BRAVO, 2009, p. 88), este articulado ao mercado. Enquanto o Projeto da Reforma Sanitária defendia a criação de um sistema de saúde universal e trazia uma compreensão ampliada da saúde, o projeto privatista traz ideários contrários ao projeto anterior, uma vez que preconiza um modelo de saúde submisso aos interesses do setor privado, o qual busca moldar o sistema de saúde à sua imagem. Neste,

O poder do capital financeiro é defendido pelo Fundo Monetário Internacional (FMI), pelo Banco Mundial (BM) e pela Organização Mundial do Comércio (OMC), que representando os interesses dos Estados mais poderosos pressionam os demais para adotarem política de liberalização e privatização impondo reformas sociais, econômicas e políticas. Essas propostas têm influenciado as políticas sociais de diversas formas, com corte nos gastos sociais, retração significativa do setor público por meio de processos de privatização, introdução de mecanismos típicos de mercado no setor público. (BRAVO, 2010, p. 210).

⁴⁰ Projeto nascido ainda na conjuntura do golpe militar no Brasil e que trazia um entendimento mais amplo de saúde, considerando o processo saúde-doença e a criação de um sistema de saúde universal como expressão da democracia e consolidação da cidadania no país.

Em 2002, a eleição de Luís Inácio Lula da Silva para presidência representou um marco político histórico no para o Brasil. Pela primeira vez na história do país um representante da classe trabalhadora foi eleito, fato que deveria expressar a vitória de um projeto oposto (ao menos em sua origem) ao projeto da classe dominante. Diante disso, no que se refere à política de saúde, havia grandes expectativas quanto ao fortalecimento dos ideais da Reforma Sanitária.

Apesar das dificuldades do cenário internacional, com a pressão dos mercados e do capitalismo financeiro, acreditava-se que, no Brasil, estaria se inaugurando um novo momento histórico em que se enfrentaria as políticas de ajuste. Não se esperava transformações profundas, diante dos acordos ocorridos, mas havia expectativas com relação às políticas sociais e participação social. (BRAVO & MENEZES, 2011, p. 16).

Todavia, os parâmetros macroeconômicos do governo FHC fizeram-se presentes durante o governo Lula, destacando-se: o superávit primário, a Desvinculação das Receitas da União (DRU), o pagamento de juros e amortizações da dívida pública, bem como, o aumento dos índices de arrecadação do Estado (BRAVO & MENEZES, 2011). A manutenção de tais orientações demonstra que o núcleo das ações governamentais não estava na via da expansão do gasto social, mas, na focalização e enxugamento deste.

Nestes termos, Bravo e Menezes (2011), apontam que as estratégias do governo ora abarcavam aspectos do projeto da Reforma Sanitária, ora do Projeto Privatista acirrando a disputa entre eles. Exemplificando-se esta dinâmica, o governo escolheu profissionais comprometidos com a defesa dos ideais da Reforma Sanitária para ocupar cargos no Ministério da Saúde. Porém, a continuidade da condução da política de saúde nos moldes dos anos 1990 se expressa através da “focalização, da precarização, da terceirização dos recursos humanos, no desfinanciamento e a falta de vontade política em viabilizar a concepção de Seguridade Social” (Ibidem, p. 18).

Além disso, uma das proposições que ganha centralidade é a implementação das Fundações Estatais de Direito Privado que tem seu marco

originário na contrarreforma de Bresser Pereira, contrata os servidores via Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), não enfatiza o controle social e fragiliza a organização dos trabalhadores ao implementar o Plano de Cargo, Carreira e Salário por Fundações (Ibidem).

É possível perceber, portanto, que o tensionamento entre os referidos projetos permaneceu durante todo governo Lula, já que, os ideais do governo não se traduziram em ações que viabilizassem a universalização da Seguridade Social tal como preconiza a Constituição de 1988, havendo uma expressiva articulação da Seguridade com os interesses do mercado.

Neste contexto, Soares (2010, p. 52) percebe que há outro projeto em curso em confronto com aqueles mencionados anteriormente: o projeto do “*SUS possível*”. Este, é representado por lideranças que defendem a flexibilização da reforma sanitária, diante das limitações econômicas atuais. No que se refere à administração pública, as “reformas” têm sido orientadas por medidas que usam a redução dos gastos e o aumento da eficiência dos equipamentos públicos, o que é um paradoxo, pois os cortes excessivos vão prejudicar o desempenho da administração a longo prazo (KETTTL, 1996, apud BRAVO, 2010, p. 210)⁴¹. Granemann (2010) afirma as atuais formas de privatização ocorrem de forma mais sutil à percepção dos trabalhadores, configurando-se como formas de privatização *não clássicas* e atualmente são elaboradas e defendidas por muitos trabalhadores como forma avanço na luta. “Esta é uma das sutilezas da atual privatização”.

Durante o governo Dilma (2011-2016) o desafio de consolidar os princípios apresentados desde a Reforma Sanitária se manteve, apesar de sinalizar o compromisso com a consolidação do SUS. Em seu discurso de posse, a então presidenta reiterou a necessidade de qualidade do SUS em relação ao sistema em si e ao atendimento ao usuário.

⁴¹KETTTL, D. *The global revolution: reforming government sector management*. Trabalho apresentado no seminário internacional “A reforma do Estado na América Latina e Caribe — rumo a uma administração pública gerencial”. Ministério da Administração Federal e Reforma do Estado, 1996. In: BRAVO, Maria Inês Souza. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 102, p. 205-221, abr-jun. 2010.

Ressaltou-se também a necessidade do aprimoramento da gestão, fortalecendo um modelo de atenção centralizado no usuário (Ibidem, p. 23) e o estabelecimento de parcerias com o setor privado, trazendo alternativas polêmicas para assegurar uma pretensa qualidade do sistema de saúde diante do cenário de crise do capital.

Na área da saúde, a proposta é de repasse da gestão do SUS para outras modalidades de gestão não estatal, fato que se manteve no governo Dilma, através dos contratos e parcerias viabilizadas pelas Organizações Sociais (OSs) e pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP). Além disso, uma vez que o setor da saúde se abre cada vez à lógica de mercado, beneficia departamentos como: a indústria de medicamentos e equipamentos médicos hospitalares; as redes de hospitais, clínicas e planos privados; linhas de crédito e financiamentos bancários; entre outros (SOARES, 2014). No Brasil, entre 2003 e 2011, a aquisição de equipamentos médicos e de medicamentos cresceu 14% ao ano, movimentando cerca de R\$ 70 bilhões no mercado⁴².

Sob esta lógica Bravo e Menezes (2011) apontam que em relação à atenção hospitalar e de alta complexidade a proposta era a do fortalecimento dos vínculos dos Hospitais Universitários (HUs) com o SUS através de medidas como a reconfiguração do quadro dos servidores, estruturação do serviço de emergência e novas formas de financiamento dos HUs. Nesta última, há destaque para o problema de gestão, enfatizando que o problema dos HUs está no “desperdício por conta das deficiências de gestão, planejamento e integração entre as esferas de governo” (BRAVO & MENEZES, 2011, p.18).

É fundamental pontuar também que não é apenas via privatização que o capital conquista os espaços e serviços públicos. Há outras formas de se inserir a lógica do privado no setor público como, por exemplo, as novas técnicas e instrumentos de gestão e certificação de qualidade, como a chamada *Acreditação Hospitalar*⁴³, além das terceirizações. Estas estratégias

⁴² Revista Poli (2016).

⁴³ O Programa de Acreditação Hospitalar define-se como um processo voluntário, reservado, consensual e de racionalização dos procedimentos de atendimento e do processo de trabalho, visando à eficácia e eficiência, a qualidade e a redução de custos a partir do cumprimento de

têm sido cada vez mais adotadas nos serviços e instituições de saúde como formas de inserir a lógica produtivista e de industrialização do processo de funcionamento daqueles espaços, intensificando o processo de trabalho.

Foi durante o governo de Fernando Henrique Cardoso que as OSs começaram a receber a gerência de hospitais e serviços públicos, sob a justificativa de que haveria maior flexibilidade na compra de materiais, na administração dos recursos humanos e que a população seria atendida com eficiência. Em contrapartida, observa-se que este modelo de gerência não significa imediatamente a grande solução para que o atendimento seja eficiente, como afirma Anna Trotta Yaryd

O que verificamos até o momento é que as OSs receberam hospitais (construídos com dinheiro do Estado), equipamentos (caríssimos) e funcionários públicos e estão administrando essa infraestrutura e atendendo a população. Para tanto, recebem do governo um pagamento com direito a bônus de administração. Trata-se de um grande negócio, sem qualquer risco. Contudo, a gestão hospitalar pelas OSs não foi discutida como parte do conjunto de assistência à saúde, para garantir a integração dos serviços e a integralidade da atenção, e não existem indicadores claros de sua qualidade e eficiência. (YARYD, 2014, p. 2).

Um dos mais claros e imediatos paradoxos da promessa da qualidade e eficiência pode ser visualizado no próprio cotidiano dos serviços públicos de saúde que estão modificando a esfera da gestão, cuja população sofre com a insuficiência de profissionais nos serviços, falta de medicamentos básicos, longas filas para atendimento e grande espera para marcação de consultas e realização de exames. São elementos que se aliam à discrepância da distribuição do orçamento público do Estado brasileiro no tocante à saúde.

Este processo corporifica o movimento de contrarreforma da saúde no Brasil desde aquela década, expressando-se através de medidas como contenção dos gastos para o setor com racionalização da oferta de serviços por meio de políticas focais através do pacote básico para a saúde; estímulo ao seguro privado; descentralização dos serviços em nível local; desfinanciamento

normas e padrões previamente estabelecidos pelo programa para as instituições interessadas (JCI, 2011).

da saúde (BRAVO, 2010, p. 207). Tal fenômeno decorre da mundialização do capital, mediante a expansão do capitalismo financeiro.

Essa mudança no sistema de acumulação vai exigir também que o Estado se reformule e, a maneira de isso acontecer, será através da chamada política de reajuste, recomendada pelo Consenso de Washington, que visa diminuir o ônus do capital nas formas de reprodução da força de trabalho.

Nessa perspectiva, o *gerencialismo* (BRAVO, 2010) e o *produtivismo* aparecem como ferramentas essenciais para a realização da reforma estatal, a qual possui como características: ênfase na flexibilização da administração e das modalidades de contratação de funcionários; diminuição de mecanismos de contratualização entre governo e instituições públicas (Ibidem). Nestes reajustes, é requerido que o Estado trate das políticas com o caráter focalizado para atender às populações vulneráveis e a privatização dos serviços. Com isso, o Estado garante o mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. De acordo com Soares

O ajuste estrutural do Estado realiza-se num processo de contrarreforma, que é regressivo em relação aos direitos sociais já conquistados [...] e está fundamentado na racionalidade dominante do capitalismo contemporâneo. Tal racionalidade traz em seu bojo velhos elementos da racionalidade instrumental burguesa que são atualizados e agregados a novos conteúdos que legitimam a lógica da produção e reprodução do capital [...]. (SOARES, 2010, p. 40).

O setor da saúde cada vez mais se torna espaço para a supercapitalização e maximização do capital, beneficiando departamentos como: a indústria de medicamentos e equipamentos médico hospitalares; as redes de hospitais, clínicas e planos privados; linhas de crédito e financiamentos bancários; entre outros. Desta forma, para poder privilegiar a iniciativa privada é necessário precarizar a política de saúde como bem observou Soares, “tornando-a cada vez mais uma política pobre para os pobres deixando amplo espaço para o mercado” (SOARES, 2010, p. 42).

Como já foi dito, esta nova conjuntura marcada pela emergência do capital financeiro, são formados blocos de poder que influenciam na tomada de decisões dos Estados nacionais e o veículo para isso, é através dos

organismos internacionais, como o Banco Mundial. Soares (2007) afirma que o Banco Mundial exerce outra função além da econômica: a ideopolítica. Esta consiste em legitimar ideias que convertam os interesses particulares em interesses gerais, havendo um deslocamento da centralidade do financiamento para a oferta de ideias.

Desta forma, o Banco atua sob a perspectiva do consentimento para que os governos adotem suas políticas, que estão centralizadas no combate à pobreza e “objetivam amenizar os conflitos inerentes a essa condição, deixando o máximo de margem ao mercado, controlando apenas as consequências mais extremas do neoliberalismo” (...). Assim, “ao longo da década de 1990, ele se constituiu o grande produtor de ideias e fundamentos que legitimam e o ajuste estrutural, isto é, uma instituição estratégica de produção e reprodução da racionalidade da contrarreforma dos Estados a nível mundial” (SOARES, 2010, p. 50).

Para Nogueira e Miotto, as exigências de ordem política e econômica vão conformando o direito à saúde nesta direção, alterando o seu conteúdo e os seus mecanismos para sua garantia, transfigurando a hegemonia que pertencia à Organização Mundial da Saúde (OMS) para o Banco Mundial (NOGUEIRA & MIOTTO, 2009). Em seus documentos, como o relatório intitulado “Brasil: Governança no Sistema Único de Saúde (SUS) Brasileiro” (2007) pode-se visualizar a transferência, conflitos e dificuldades do sistema de saúde para o âmbito da gestão.

Por conseguinte, corporifica-se o movimento de contrarreforma do Estado brasileiro como forma de responder à crise mundial do capital. Neste contexto, a saúde aparece como um espaço estratégico e privilegiado para a ampliação da lucratividade e, para isso, o direito à saúde como preconizado na constituinte de 1988 precisa ser desmontado. O processo de contrarreforma, atualmente, evidencia uma tendência à intensificação.

De acordo com a dinâmica global de crise e de criação de estratégias pelo capital para barrá-la, exige-se do Estado que cumpra sua função de viabilização das propostas de recuperação dos lucros pelo sistema capitalista.

O atual governo de Michel Temer⁴⁴, fruto de um golpe político-empresarial e midiático, é uma forte expressão daquela intensificação, visto que, mudaram-se forçosamente no Brasil os sujeitos políticos que ocupam os cargos mais importantes nos países, a fim de possibilitar com urgência a retomada da lucratividade do capital via retração das políticas públicas e ataque aos direitos da classe trabalhadora.⁴⁵

O atual governo apresenta suas propostas para a superação da crise no Brasil através do documento "Uma Ponte para o Futuro" lançado pelo PMDB, partido de Temer. Em linhas gerais o programa enfatiza a necessidade de ajuste fiscal e de flexibilização do orçamento público. Além disso, resgata em muito o projeto neoliberal dos anos 1990 no país, explanado linhas acima.

No início do referido documento, parte-se do ponto de que o Estado é grande e não presta os serviços prometidos para a população e para a economia. Assim,

a parte mais importante dos desequilíbrios é de natureza estrutural e está relacionada à forma como funciona o Estado brasileiro. Ainda que mudássemos completamente o modo de governar o dia a dia, com comedimento e responsabilidade, mesmo assim o problema fiscal persistiria. Para enfrentá-lo *teremos que mudar leis e até mesmo normas constitucionais*, sem o que a crise fiscal voltará sempre, e cada vez mais intratável, até chegarmos finalmente a uma espécie de colapso (BRASÍLIA, 2015, p. 03, grifo nosso).

Sustentando-se na justificativa de necessidade de modernização do Estado, afirma que

As modernas economias de mercado precisam de um Estado ativo e também moderno. Quem nos diz isto não é apenas a teoria econômica, mas a experiência histórica dos países bem-sucedidos. Só o Estado pode criar e manter em funcionamento as instituições do Estado de Direito e da economia de mercado, e só ele também pode suprir os bens e serviços cujos benefícios sociais superam os benefícios privados. Portanto, as

⁴⁴Devido a um processo ilegítimo de impeachment, Michel Temer (vice-presidente) assume em lugar da presidenta Dilma Rousseff, dando início a um processo de viabilização da reestruturação do grande capital mediante uma série de reformas, dentre elas: trabalhista, previdenciária e orçamentária.

⁴⁵Atualmente estão em curso projetos de lei e de emendas constitucionais que destroem as conquistas de direitos pelos trabalhadores, visando aprofundar a utilização do trabalho precário, bem como, reformas na previdência, aumentando a idade e/ou tempo de contribuição para acesso da população ao sistema previdenciário.

discussões sobre o tamanho e o escopo do Estado quase sempre se movem no vazio, porque *a questão central é que o Estado deve ser funcional, qualquer que seja o seu tamanho. Para ser funcional ele deve distribuir os incentivos corretos para a iniciativa privada e administrar de modo racional e equilibrado os conflitos distributivos que proliferam no interior de qualquer sociedade. Ele faz ambas as coisas através dos tributos, dos gastos públicos e das regras que emite.* Essas são tarefas da política e, por isso, é justo dizer que o crescimento econômico duradouro e sustentável é uma escolha da política, do sistema político e dos cidadãos como agentes políticos. Dadas uma certa população e uma certa dotação de recursos, é a política que vai decidir se um país será rico ou pobre (BRASÍLIA, 2015, p. 04, grifo nosso).

“Uma ponte para o futuro” se estrutura em três grandes eixos:

- Orçamento público e política fiscal:

Pretende pôr fim a todas as indexações para salários, benefícios previdenciários, entre outros; inserir o “Orçamento com base zero”, que consiste na avaliação anual por um comitê independente de todos os programas estatais para sugerir a continuação ou o fim daqueles, de acordo com os seus custos e benefícios; impor o equilíbrio fiscal de longo prazo aprovando-se uma lei complementar de responsabilidade orçamentária. Busca-se com isso uma suposta trajetória de equilíbrio fiscal duradouro, com superávit operacional e a redução progressiva do endividamento público. Será apenas a recessão e o desemprego permanente.

- Previdência e demografia:

Prevê a ampliação da idade mínima para a aposentadoria para que as pessoas passem mais tempo de suas vidas trabalhando e contribuindo.

- Juros e dívida pública:

Através do aumento acentuado do superávit primário, Para que este seja capaz de cobrir as despesas de juros menos o crescimento do próprio PIB, ocasionando um grande arrocho fiscal.

Além dos objetivos acima, há também como fundamentos da proposta do documento do PMDB a inserção do Brasil no cenário da economia internacional; a execução de uma política de desenvolvimento centrada na iniciativa privada, por meio de transferências de ativos que se fizerem necessárias, concessões e parcerias; reformam o processo de elaboração e execução do orçamento para que este se torne mais eficiente; e racionalização dos procedimentos considerados burocráticos (BRASÍLIA, 2015).

Diante do exposto, percebe-se que o Brasil entra no cenário atual de reestruturação da lucratividade capitalista através da intensificação do ideário neoliberal, que possui como fundamento a desestruturação e refuncionalização do Estado, bem como, o desmonte da Seguridade Social instituída constitucionalmente no país. No atual contexto, o direcionamento contra reformista da política de saúde está bastante explícito no projeto de governo onde as alterações na política e no SUS ocorreram por dentro do sistema e estão sendo apresentadas como aperfeiçoamento de sua estruturação (SOARES, 2010, p. 15).

Uma das faces que expressam este processo é atribuir à gestão dos serviços públicos, especialmente a saúde, a responsabilidade de solucionar os conflitos e dificuldades que tal sistema enfrenta. A saída apontada viria através de uma gestão de qualidade pautada pela eficiência e enfoque nos resultados. Este é um dos *discursos* da ideologia neoliberal que sustenta o movimento de contrarreforma, objetivando para resguardar a lucratividade crescente do capital sob o discurso falacioso de ineficiência do Estado tanto economicamente, quanto socialmente, no tocante ao trato com as políticas sociais.

Assim, no Brasil, a gestão no sistema público de saúde tornou-se uma discussão central na atualidade. É possível observar que são resgatadas no país antigos ideários, a exemplo do modelo privado de saúde, onde o público estava restringido aos segmentos mais pauperizados da população; ao lado de novos, como podemos perceber através do projeto “SUS possível”.

Este, pautado pela ideologia neoliberal, se expressava privatizações, terceirizações novas técnicas e instrumentos de gestão, informatização e

certificação de qualidade, que adentram a esfera pública transfiguradas de eficiência e qualidade. Trazem o setor privado e a racionalidade das indústrias para o sistema de saúde, as quais têm nos programas de Acreditação uma das suas mais destacadas expressões.

Com as atuais transformações em curso, tal racionalidade possui como núcleo a flexibilidade e amplo uso de instrumentos tecnológicos, direcionando suas ações para o desempenho dos trabalhadores em seu trabalho. Neste contexto, de tensão entre garantia e desmonte do direito à saúde pública, a Acreditação Hospitalar vem sendo adotada no país, trazendo os princípios e objetivos que se em muito assemelham ao modelo de gestão atual, pautado pelo neoliberalismo.

4 ACREDITAÇÃO HOSPITALAR E PRECARIZAÇÃO DO TRABALHO NA SAÚDE: EXPRESSÕES DO PROCESSO DE REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA DO SISTEMA CAPITALISTA

As análises sob as quais se direcionam as pesquisas já realizadas sobre a Acreditação podem ser divididas em dois grandes eixos: histórico de surgimento/ chegada do Programa de Acreditação Hospitalar no Brasil (PAH) e estudos empíricos em hospitais públicos e privados sobre a sua implementação. Porém, as mediações com as determinações políticas, econômicas e sociais da qual o programa é parte integrante são insuficientes.

Na busca por elucidar tais mediações, o presente capítulo discute como o processo de Acreditação Hospitalar interfere/impacta nas relações e condições de trabalho na saúde, particularmente no caso em estudo, e como se insere na estratégia da reestruturação produtiva do capital. Além disso, traz também as relações deste processo com as inflexões que produz no mundo do trabalho, em como os resultados e discussão dos dados coletados na pesquisa e campo.

4.1 Programa de Acreditação Hospitalar (PAH): histórico, inserção no cenário brasileiro de contrarreforma da saúde e centralidade no processo de trabalho

4.1.1 Histórico e relação com neoliberalismo

O início da Acreditação Hospitalar ocorre em 1910 nos Estados Unidos tendo como principal precursor o médico e professor Ernest Amony Codman, cirurgião do Hospital Geral de Massachusetts. O professor Codman foi um dos líderes do movimento que proporcionou em 1913, a fundação do Colégio Americano de Cirurgiões – CAC, o qual adotou o “Sistema de Resultados Finais” cujo objetivo visava à melhoria da qualidade no cuidado prestado nos hospitais americanos.

Como desdobramento desse trabalho liderado pelo CAC, foi desenvolvido, em 1917, um conjunto de padrões chamados Programa de Padrões Mínimos (PPH), sendo esses os primeiros padrões relacionados com processos de melhoria da qualidade, oficialmente estabelecidos, relacionados com um programa de padronização hospitalar. Em 1926 é lançado o primeiro manual de padrões (FORTES, 2013).

Na busca por ampliar o PPH, o CAC em conjunto com diversas outras associações de assistência médica norte-americana, criou em 1951 a *Joint Commission on Accreditation of Hospitals* (JCAH), entidade descrita como independente, não governamental e sem fins lucrativos, que propunha prover a acreditação em caráter voluntário. Devido à alta aderência dos hospitais, o Congresso Americano passa a recomendar que a Acreditação seja estabelecida como pré-requisito para procedimentos de financiamento em programas oficiais do governo, especialmente o *Medicare* e o *Medicaid*.

O *Medicare* e o *Medicaid* são seguro e programas sociais de saúde, respectivamente, que prestam assistência aos norte-americanos. Atualmente, as unidades de saúde que atendem a parcela da população usuária daqueles programas, apenas recebem o reembolso caso estejam “acreditados” pela Comissão Conjunta.

Esta decisão consolidou-se mediante uma Lei Federal instituída em 1965 a qual estabeleceu que a seguridade social norte-americana somente pudesse repassar recursos para hospitais que tivessem sido aprovados pela Comissão Conjunta de Acreditação. Segundo Novaes (2007, p. 134) sem este aporte de recursos públicos os hospitais não teriam como funcionar e “o jeito foi se adaptarem rapidamente aos padrões existentes no Manual da Comissão de Acreditação”. Para Novaes, esse modelo de Acreditação seria exemplar para o SUS.

É interessante pontuar que no Brasil, existe um esforço semelhante por parte do governo em tornar a Acreditação obrigatória nos hospitais de forma geral. Tramita no Senado Federal desde 2012, o projeto de lei nº 126, o qual

pretende implementar esta obrigatoriedade alterando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990⁴⁶, ao acrescentar nesta, o artigo 39-A, que afirma:

“Art. 39-A. Os serviços hospitalares de qualquer natureza, públicos ou privados, vinculados ou não ao Sistema Único de Saúde, serão submetidos a processo periódico de avaliação, acreditação e certificação da qualidade” (BRASIL, 2012, p. 01).

Devido ao aumento da procura por ferramentas de Acreditação e certificação, a JCAH muda seu nome *Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization* (JCAHO) em 1987, uma vez que seu sistema de padrões passa a ser oferecido para outros segmentos de serviços de saúde, que também incluem ambulatorios, laboratórios, saúde mental, *home care*, etc. Aliada a tal iniciativa outra mudança foi a introdução de indicadores de desempenho.

O interesse em implementar procedimentos de Acreditação começava a ultrapassar os muros norte-americanos. Diante de mais um momento de expansão a JCAHO cria em 1994 a *Joint Commission International* (JCI) para oferecer a Acreditação em âmbito internacional. É neste momento que a instituição chega ao Brasil. A padronização da JCI chega ao Brasil através do seu representante no país: o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA). Esta é a responsável por orientar o processo de certificação no HGV. Além da JCI existe outra organização acreditadora representativa no Brasil: a Organização Nacional de Acreditação (ONA) - criada no Brasil em 1999 - sendo reconhecida a operacionalizar o processo no país através da Portaria GM/MS n.º 538 de 17 de abril de 2001.

No Brasil a introdução da Acreditação foi intermediada pela OPAS e pela OMS (organização Mundial de Saúde). Em 1997, o Ministério da Saúde iniciou o projeto de Acreditação Hospitalar junto ao Reforço à Reorganização do

⁴⁶Esta lei refere-se à regulação dos serviços e ações de saúde em todo o país. Representa um marco na luta da sociedade pela consolidação do Sistema Único de Saúde, dispondo sobre promoção, proteção e recuperação da saúde, além da organização e do funcionamento do sistema de saúde.

Sistema Único de Saúde (REFORSUS). Este é vinculado ao Banco Mundial, caracterizando-a como um programa de apoio financeiro para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (NOVAES, 2008).

De acordo com Novaes (2008), o Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde ficou responsável pela criação projeto de um programa nacional de Acreditação Hospitalar, tendo como suporte o Manual de Acreditação elaborado pela OPAS. Para esta tarefa foi criada uma equipe de profissionais, vindos destas referidas instituições, com o objetivo de estabelecer um consenso sobre o modelo de Acreditação para o Brasil, incluindo a metodologia a ser adotada e a estratégia de implantação no país.

O Ministério da Saúde e a ONA tornaram-se, assim, parceiros para o desenvolvimento do processo de Acreditação, tendo suas relações reguladas por convênio. É importante destacar que, o conselho de que constitui a ONA é composto por representantes de organismos “compradores” de serviços hospitalares (NOVAES, 2007, p. 135, grifo do autor). Além disso, o Banco nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) vai oferecer uma linha de crédito para financiar a compra de equipamentos e utensílios hospitalares para o programa de Acreditação.

As referidas organizações proporcionam a implementação dos padrões e normatizações através de seus manuais: o “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, referente à ONA e, “Padrões de Acreditação Internacional para Hospitais”, pertencente à JCI. Apesar de algumas particularidades nas formas de implementação, ambas possuem a mesma lógica de racionalização nos serviços de saúde, pautando-se pela promessa de garantia de qualidade e eficiência através dos esforços dos profissionais de saúde.

As pesquisas e estudos realizados até o presente momento evidenciam que, considerando-se as diversas modalidades de oferta de serviços de saúde no Brasil, os processos de Acreditação no Brasil vêm crescendo. Em relação à ONA⁴⁷, nos anos de 2009, 2011 e 2012 o quantitativo de instituições e serviços com Acreditação eram: 103, 151 e 318, respectivamente. Em 2016, esse

⁴⁷ Dados colhidos do estudo de Emídio (2013) até o ano de 2012.

número saltou para 523. A JCI⁴⁸ por sua vez, considerando-se as mesmas datas citadas acima, tinha uma quantidade de: 04, 08 e 24. Atualmente, existem 64 instituições e serviços “acreditados”.

Particularmente em relação aos hospitais no Brasil, a JCI “acredita” 29 instituições. Destas, duas estão no estado de Pernambuco. São elas: o Hospital Memorial São José e o Hospital Santa Joana. A ONA “acredita” 251 hospitais. Destes, três se localizam em Pernambuco: O HOPE (Hospital de Olhos de Pernambuco), o Hospital Esperança – Olinda e o Hospital São Marcos. Ambas instituições acreditadoras concentram suas certificações na região sudeste, especialmente no estado de São Paulo. Segundo a página oficial da JCI, a organização atua em mais de 90 países, com um crescimento anual de 20% no quantitativo de unidades acreditadas⁴⁹.

No estado de Pernambuco, aqueles que estão em processo são: o Hospital Barão de Lucena, o Real Hospital Português, o Hospital da Aeronáutica do Recife e o Hospital Getúlio Vargas.

O processo implantação da Acreditação Hospitalar no HGV iniciou em junho de 2012 e segue até o presente momento. Inicialmente, o Consórcio Brasileiro de Acreditação realizou um diagnóstico da instituição procurando conhecer como ocorrem os procedimentos técnicos de atendimento, de realização de cirurgias e de exames, etc., e formou as equipes com os profissionais do hospital, os quais possuem a responsabilidade de possibilitar o andamento do processo de implantação da Acreditação.

O Programa de Acreditação Hospitalar chegou ao HGV através do chamado Projeto de Reestruturação dos Hospitais Públicos, pertencente ao Hospital Alemão Oswaldo Cruz (localizado no estado de São Paulo e caracterizado como Hospital de Excelência pelo Ministério da Saúde). O Ministério da Saúde, mediante o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, o PROADI-SUS - regulamentado pela portaria nº 936, de 27 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras e critérios

⁴⁸ Informações colhidas no site do CBA: <<http://cbacred.org.br/unidades-acreditadas-no-brasil.asp#>>. Acesso em: 10 jul 2016.

⁴⁹ Fonte: <<http://pt.jointcommissioninternational.org/about-jci/who-is-jci/>>. Acesso em: mai 2016.

para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos deste programa; e consiste no aprimoramento da gestão destes hospitais públicos em várias localidades, por meio de gestão e sistematização de processos e melhoria da qualidade e segurança na assistência à saúde - estabeleceu parceria com as entidades de saúde que alcançaram o status de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-SAÚDE).

Tais instituições foram “Reconhecidas por Excelência”, através da Lei Federal nº 12.101, de 27 de novembro de 2009⁵⁰, ficando conhecidas como "Hospitais de Excelência" (HE). Assim, os HE devem participar do desenvolvimento do SUS, transferido suas tecnologias de gestão e de pesquisa, além de destinar uma parcela da prestação dos seus serviços para o SUS. Em troca, obtém-se a isenção legal de contribuição social, cujo índice de 2014 até 2014 já soma R\$ 1.081.770.530,52⁵¹.

Assim, tanto a Acreditação Hospitalar foi utilizada como instrumento de qualificação destes hospitais, possibilitando-os o ingresso na modalidade de “Hospitais de Excelência”, quanto nos diversos projetos de gestão e qualidade que tais hospitais realizam dentro de unidades do SUS, como é o caso do HGV.

No Brasil, a os instrumentos de avaliação hospitalar sobre a qualidade dos serviços está presente desde a década de 1970, quando o Ministério da Saúde iniciou a publicação de normas e portarias, as quais vieram a ser significativas na década de 1990, sendo esta uma década marcante para a introdução da Acreditação no Brasil (COSTA & LESSA, 2009; MAIA & ROQUETE, 2014; FORTES, 2011; 2013). Neste período inicial, a avaliação hospitalar desenvolvia-se conforme os padrões preconizados pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS).

Novaes (2015) afirma que um diretório da OPAS realizou um levantamento de 15.000 hospitais da América Latina e Caribe constatando:

⁵⁰ Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulando os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social.

⁵¹ Portal da Saúde: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/401-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/proadi-sus/l1-proadi-sus/9998-hospitais-de-excelencia>>.

baixo número de leitos para internação, “situação crítica de recursos humanos”; insuficiência de mecanismos de controle, de prevenção de infecções hospitalares e de capacitações; ausência de comissões de qualidade, além de “avaliações inconsistentes” dos custos operacionais. Diante deste quadro, o autor afirma que a Acreditação foi vista como instrumento capaz de reverter este cenário, desde que os padrões fossem introduzidos progressivamente.

Dessa forma, o autor aponta que as problemáticas dos sistemas de saúde naquele continente são endógenas, próprias delas mesmas, e, desse modo, passíveis de serem resolvidas também nelas mesmas. O intermédio que o autor realiza entre esses aspectos e a realidade é colocá-las como produto de uma falta de qualidade dos próprios sistemas.

Em 1997 foi instituído o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), instituição representante da *Joint Commission International* (JCI) no Brasil. É a partir deste momento que a Acreditação chega ao Brasil. O CBA tem como parceiros: os Associados Efetivos, o Colégio Brasileiro de Cirurgiões, a Fundação Oswaldo Cruz, a Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e a Fundação Cesgranrio (MAIA & ROQUETE, 2014). No mesmo ano, o Ministério da Saúde iniciou o projeto de Acreditação Hospitalar junto ao Reforço à Reorganização do Sistema Único de Saúde (REFORSUS). O REFORSUS é vinculado ao Banco Mundial, caracterizando-a como um programa de apoio financeiro para o fortalecimento do Sistema Único de Saúde (NOVAES, 2008).

Entre 1998 e 1999, o Ministério da Saúde preocupou-se em divulgar a Acreditação no Brasil propiciando em 1999, a criação da Organização Nacional de Acreditação (ONA). Esta é regulamentada através da Portaria GM/MS n.º 538 de 17 de abril de 2001 para operacionalizar o processo no país. Ao optar por este formato, o Ministério da Saúde utiliza a competência acumulada por empresas privadas, sem eximir-se da regulação de todo o processo. Este define a Acreditação como

um método de *consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares* e, principalmente, de *educação permanente dos seus profissionais* e que se expressa pela realização de um procedimento de avaliação dos recursos institucionais, voluntário, periódico e reservado, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos. (BRASIL, 2002, p. 9, grifo nosso).

De acordo com Novaes (2008), o Departamento de Avaliação de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde ficou responsável pela criação projeto de um programa nacional de Acreditação Hospitalar, tendo como suporte o Manual de Acreditação elaborado pela OPAS. Para esta tarefa foi criada uma equipe de profissionais, vindos destas referidas instituições, com o objetivo de estabelecer um consenso sobre o modelo de Acreditação para o Brasil, incluindo a metodologia a ser adotada e a estratégia de implantação no país.

O Ministério da Saúde e a ONA tornaram-se, assim, parceiros para o desenvolvimento do processo de Acreditação no Brasil, tendo suas relações reguladas por convênio. É importante destacar que, o conselho de que constitui a ONA é composto por representantes de organismos “compradores” de serviços hospitalares (NOVAES, 2007, p. 135, grifo do autor).

Seus grupos fundadores são: Associação Brasileira de Hospitais Universitários, Confederação Nacional de Saúde, Federação Brasileira de Hospitais, Associação Brasileira de Medicina de Grupo, Associação Brasileira de Autogestão em Saúde, Federação Nacional de Seguros Privados e Capitalização, Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde, Confederação das UNIMED (NOVAES, 2015). Além disso, o Banco Nacional de Desenvolvimento Econômico e Social (BNDES) oferece uma linha de crédito para financiar a compra de equipamentos e utensílios hospitalares para o programa de Acreditação.

As referidas organizações proporcionam a implementação dos padrões e normatizações através de seus manuais: o “Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar”, referente à ONA e, “Padrões de Acreditação Internacional para Hospitais”, pertencente à JCI. Apesar de algumas particularidades nas formas de implementação, ambas possuem a mesma lógica de racionalização do

processo de trabalho nos serviços de saúde, como será apresentado mais adiante. A AH pauta-se pela promessa de garantia de qualidade e eficiência das instituições de saúde, privadas e públicas, tendo como nexos essenciais os esforços dos profissionais de saúde.

No tocante aos referidos manuais a JCI trabalha com organizações de cuidados de saúde, governos e defensores internacionais na promoção de padrões rigorosos de cuidados e oferta de soluções para atingir o máximo desempenho. O site informa que os especialistas ajudam as organizações a ajudarem a si mesmas através de serviços de consultoria, que visam identificar algumas lacunas no desempenho da instituição; a educação, por meio dos programas voltados para os profissionais; através da acreditação. A Acreditação da JCI para hospitais visa⁵²:

- Proporcionar um ambiente seguro que reduza o risco para os recebedores e para os prestadores de cuidados;
- Oferecer padrões de referência quantificáveis para a qualidade e a segurança do paciente;
- Estimular e demonstrar melhoria contínua e sustentada por meio de um processo confiável;
- Fornecer aos hospitais acreditados reconhecimento público de suas realizações e de seu compromisso com a excelência
- Melhorar os resultados e a satisfação do paciente
- Aumentar a eficiência
- Reduzir os custos por meio de cuidados padronizados

Em relação à Organização Nacional de Acreditação (ONA) o instrumento de padrões que rege o processo de acreditação para estas instituições, é o Manual Brasileiro de Acreditação Hospitalar. Os padrões pré-estabelecidos

⁵² De acordo com o endereço eletrônico da instituição.

deste manual estão divididos em três níveis de complexidade crescentes: o primeiro consiste em um limite mínimo para o funcionamento de um serviço hospitalar; o segundo refere-se à adoção do planejamento na organização da assistência, inserindo neste processo a documentação, o corpo funcional, estatísticas básicas para a tomada de decisão clínica; e o terceiro e último, refere-se à implantação de políticas institucionais de melhoria para a estrutura, as novas tecnologias e os profissionais, etc.

Com base nestes níveis, a instituição avaliada poderá se enquadrar em três conceitos: não acreditado (quando não atende aos padrões mínimos exigidos), acreditado (apresenta conformidade com os padrões estabelecidos no nível dois) e acreditado com excelência (quando cumpre as exigências estabelecidas no nível três). Como se pode observar, a proposta de organização da instituição é complexa e envolve todos os setores do hospital, por ser considerado que estes são interligados. A organização ocorre em torno das funções que se relacionam com o cuidado ao paciente e com o estabelecimento de uma instituição segura, eficaz e bem administrada, tanto para os pacientes quanto para os trabalhadores.

Como benefícios, o manual relata que adotar a Acreditação eleva a credibilidade do hospital perante a população, proporciona um ambiente seguro e eficiente para pacientes e trabalhadores, contribuindo para a satisfação do trabalhador; ainda estabelece um estilo de liderança colaborativa entre os profissionais e cria uma cultura aberta ao aprendizado (JCI, 2011, p. 1). Além disso, informa que os programas de acreditação pertencentes a JCI possuem padrões de consenso internacional que foram elaborados por 12 membros desta organização, cujas profissões eram médicos, enfermeiros e administradores, mas, que é adaptável aos fatores legais religiosos e culturais de cada país. Um aspecto relevante é a menção ao possível choque entre o cumprimento das normas para acreditação e as leis nacionais ou locais; afirmando-se havendo essa incompatibilidade, *deve prevalecer o que for considerado de maior e mais rigorosa exigência.*

Para uma instituição de saúde se candidatar ao processo de Acreditação, ela deve realizar contato com o CBA e fazer a solicitação. A partir desse contato a instituição preenche um Formulário de Perfil

Institucional, a partir do qual o projeto será elaborado e será apresentada uma proposta para análise. Para a avaliação da equipe da JCI, também se deve realizar a solicitação. O projeto será discutido com a instituição a fim de definir o conjunto de etapas e atividades para a implantação do programa de Acreditação. Nas propostas discutidas também contém um chamado o plano comercial (preço) a ser discutido com a instituição⁵³. Consta na política de composição de custos que

os valores da avaliação da acreditação estão baseados em vários fatores incluindo o volume e o tipo de serviços prestados pela instituição, o número de locais os setores de cuidado incluídos na avaliação e o número de avaliadores e dias de avaliação necessários para realizar uma verificação a conformidade com os padrões da JCI. O tempo do avaliador para a preparação do relatório esta incluído no cálculo dos dias da avaliação. (JCI, 2011, p. 14).

O que se inclui nestes custos são aspectos como: os relatórios preliminares e finais, o certificado de acreditação, a vinda da equipe de avaliadores com experiência internacional, etc. É dito que os custos da avaliação não são cobrados da instituição, salvo em casos de avaliação focal, que ocorre quando a JCI identifica questões que denomina de graves e que não possibilitaram conformidade com seus padrões; de adiamento e cancelamento se este ocorrer em 30 dias ou menos da data da avaliação pela equipe JCI. O pagamento pode ser feito mediante faturas ou transações bancárias. A avaliação da conformidade com os padrões é revista a cada três anos, renovando-se, ou não, certificado de acreditação.

Segundo (Fortes, 2013) nos anos 1990 a Organização Mundial de Saúde (OMS) e Banco Mundial (BM) apoiaram as iniciativas de introdução da Acreditação no país. Esta última forneceu suporte para pesquisas sobre as iniciativas brasileiras para garantia da qualidade, concluindo “ser urgente a necessidade de introduzir no país um sistema independente de acreditação de hospitais” (SCHIESARI, 1999 apud FORTES, 2013, p. 99). A partir disso, a

⁵³Fonte: Consórcio Brasileiro de Acreditação. Disponível em:<<http://www.cbacred.org.br/solicitar-formulario.asp>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

discussão em torno da qualidade se fez cada vez mais presente nos estudos e pesquisas desses organismos em relação ao sistema de saúde brasileiro.

Um elemento interessante que a autora destaca neste período é o interesse dos organismos internacionais em participar da área da saúde no Brasil. É algo que sempre esteve presente, mas, essa atuação inicial referente à introdução da Acreditação no Brasil ocorreu mediada pela discussão em torno da qualidade do sistema nacional de saúde. Tomava corpo uma discussão pautada pela falta qualidade na saúde brasileira e necessidade de se implantar padrões. Além disso, no país, instituições privadas também se direcionavam para estudos e pesquisas sobre qualidade. É o que afirma o CESS (Centro de Estudos em Gestão de Serviços de Saúde)⁵⁴ através da garantia do “selo de qualidade” e da eliminação do “retrabalho”

Além de contribuir para a melhoria da qualidade dos serviços hospitalares, a acreditação pode significar um aumento de competitividade do hospital acreditado. Isto ocorre de duas formas principais. A primeira forma é a possível diferenciação do hospital acreditado pela obtenção de um “selo de qualidade” provido por uma instituição externa e reconhecida. A segunda, é a competitividade resultante dos ganhos operacionais – e eliminação de retrabalhos e desperdícios – pela revisão dos processos feita ao longo do processo de acreditação. Desta forma, obter uma acreditação hospitalar pode significar maior eficiência interna, além de dar maior visibilidade externa para os possíveis clientes, profissionais da saúde e investidores (CESS, 2011, p. 07).

Os estudos de Ichinose e Almeida (2001) estabelecem comparações entre o Programa de Acreditação Hospitalar e o sistema de certificação ISO (*International Organization for Standardization*) 9000. De acordo com os autores, ambos os instrumentos de organização possuem a mesma racionalidade, a qual comporta métodos gerenciais em busca da qualidade. Entretanto, a primeira é direcionada exclusivamente para hospitais e a segunda para empresas. Nesta direção, Fortes (2013) afirma que a maioria das instituições compreende a Acreditação como

um esforço para aumentar suas participações de mercado, provar a satisfação dos clientes e garantir a reputação de seus

⁵⁴Este centro pertence ao Instituto COPEEAD de Administração da UFRJ.

profissionais. Nesse sentido, a acreditação também tem sido considerada pela OMS como uma credencial a mais para a qualidade da instituição (OMS, 2004 apud FORTES, 2013, p. 29).

Além disso, trazem também a exigência dos clientes (usuários e compradores e prestadores de serviços, equipamentos e tecnologias em saúde) por qualidade e apontam a participação do Banco Mundial e da Organização Pan-americana de Saúde.

Observou-se que entre as problemáticas acima, trazidas pelo debate existente sobre a Acreditação, há intermediações que os autores não têm desenvolvido de forma satisfatória: apresentam a Acreditação como algo dado. Novaes (2015) ressalta a potencialidade da Acreditação como resolução para os problemas de qualidade nos serviços de saúde, públicos e/ou privados.

Maria Thereza Fortes (2011; 2013) propõe a ultrapassar o limite dos aspectos descritivos e exploratórios do tema uma vez que a autora propõe discutir a Acreditação considerando sua dimensão política e como 'fruto de estratégias de poder'. Além deste, há os estudos de Bruna Figueiredo Manzo et al (2010; 2011) e Costa e Lessa (2003). Estes inserem o uso de certificações de qualidade, especialmente a Acreditação, no movimento político e econômico da atualidade.

A autora traz uma interessante análise sobre a "particularidade norte americana" da Acreditação (FORTES, 2013, p. 30). O sistema de saúde norte americano possui forte ênfase no componente privado sendo permeado pela lógica liberal. No entendimento da autora isso favorece a consolidação do setor privado como mecanismo de desenvolvimento social e econômico, tendo como contrapartida a regulação do Estado. Nesta perspectiva, as políticas públicas "serviriam apenas para propiciar a acomodação dos que se encontram mais desprovidos". As organizações privadas se colocam como atores políticos importantes.

A autora destaca o fundamento liberal e "talvez imperialista" (Ibidem, p. 32) que a Acreditação possui. Liberal no sentido de que "permite a

concorrência de mercado, pois dela participa e depende”. Imperialista, pelo fato de se expandir como a metodologia que melhor atende as exigências de qualidade, sendo um exemplo a ser seguido. É nesta direção que Novaes (2015) defende o processo de Acreditação no Brasil, comparando a adoção da ferramenta entre Brasil e os Estados Unidos. O que o autor destaca é o Sistema Único de Saúde (SUS) como entrave à expansão processo de AH por não obrigar as instituições a se certificarem. Por essa razão, em comparação com os Estados Unidos, o Brasil tem poucas unidades “acreditadas”. Lembra Novaes, do projeto de lei em tramitação no Congresso para aquela obrigatoriedade.

Na leitura de Maria Thereza Fortes os padrões têm sido trazidos como se fossem estáticos. Todavia, eles “refletem inovações tecnológicas e referências político-ideológicas e teórico-metodológicas específicas de determinados grupos científicos ou profissionais”. Com isso, os padrões carregam valores e denotam algum tipo de poder relacionado ao saber e/ou a uma determinada localização na esfera das decisões.

Fortes et al (2011) observa que esse movimento pela implantação da Acreditação é compatível com a época da estratégia mundial de reestruturação do Estado que se impulsionava. A AH se espalha pelo globo entre os anos 1980: em 1981 na Catalunha, sendo este o primeiro processo de acreditação na Europa; e em 1990 na França e no Reino Unido.

Nesse sentido, a autora afirma que o processo de acreditação está inserido na proposta política de cada país, a qual é afetada pelas determinações do capitalismo globalizado. No Estado francês “a acreditação acontece em um contexto de reorganização econômica dos mecanismos de financiamento da saúde” (FORTES, 2011, p. 242), tornando-se obrigatória sob pena de perder sua licença de funcionamento.

Este fato não é diferente no Reino Unido e na Catalunha. O sistema de saúde britânico que se iniciou em 1948, o qual possuía o princípio da responsabilidade coletiva do Estado por esse sistema, sofreu transformações em 1989, “com reformas radicais que lhe deram um referencial de mercado,

com a meta de evitar as crises de financiamento do sistema de saúde”. Mas, ainda permanece com o caráter voluntário.

O processo de Acreditação catalão foi usado como “ferramenta de controle orçamentário, como um meio de enfrentar a séria crise financeira na qual o país se encontrava” (FORTES, 2011, P. 246). Portanto, é fato que a instauração dos procedimentos de Acreditação nos hospitais está permeada pelas determinações da conjuntura macroeconômica. Sobre este aspecto, a referida autora realiza uma observação importante: a centralidade dos estudos está na disseminação dos programas de Acreditação, não apresentando reflexões sobre a decisão dos governos de participar do processo e nem quais seriam as consequências da adesão, ou não.

É interessante notar que no esforço de disseminar acreditação, a ênfase dos estudos é dada ao material explicativo e aos procedimentos internos para o estabelecimento de processos de acreditação, e não aos motivos para adotá-la. A reflexão sobre decisão dos governos de adotá-la e as consequências do processo do ponto de vista dos sistemas não aparece. (FORTES, 2011, p. 240).

Nas pesquisas realizadas sobre o processo de Acreditação Hospitalar é majoritário o cariz técnico e o tratamento da falta de qualidade do atendimento e da assistência à saúde como algo cultural, tanto da parte dos profissionais como das instituições prestadoras dos programas de Acreditação Hospitalar. Nessa perspectiva, os profissionais de saúde aparecem como o cerne do sucesso ou fracasso, da implementação do programa, como dito em Bruna Figueiredo Manzo et al (2010; 2011; 2012) e Maria Thereza Fortes (2010). Segundo Manzo et al (2011, p. 389), a participação dos profissionais é de tal importância que sem o seu comprometimento com a qualidade, a tecnologia e estrutura das organizações podem ter um pequeno significado.

Fortes (2010) identificou de um lado, a possibilidade de crescimento profissional, porém de outro, o *stress* e sobrecarga de trabalho. Os profissionais de saúde emergem como o cerne da política de qualidade, tendo papel essencial na garantia e na manutenção do processo, pois, o diferencial das organizações estaria nas pessoas (MANZO, 2011, p. 572). Nesse sentido,

segundo as autoras, os valores da Acreditação Hospitalar vão além da dimensão técnica e operacional, contemplando também, aspectos subjetivos como as crenças e relações interpessoais do processo. Assim, os profissionais precisam “internalizar e acreditar no que estão construindo e não apenas agirem mecanicamente” (MANZO, 2011, p. 573).

No estudo de Figueiredo Manzo et al (2011) as autoras identificaram várias percepções dos profissionais de saúde em relação ao processo, como: ausência de reflexão crítica acerca da Acreditação Hospitalar, entendimento do processo como uma cobrança do cumprimento das atividades impostas, *stress*, desmotivação e falta de valorização. Mas, a autora também identificou aspectos positivos: a possibilidade de crescimento pessoal e a valorização do currículo, devido aos cursos de capacitação profissional.

Além das considerações trazidas nos artigos pesquisados, existem depoimentos de profissionais que denunciam as condições do cotidiano de trabalho com Acreditação no HGV, como consta na página do Sindicato dos Médicos de Pernambuco (SIMEPE).

“Sem se identificar, com medo de represálias, uma auxiliar de enfermagem que trabalha na emergência diz que, apesar do caos que se estabeleceu no HGV, os servidores estão sendo cobrados para prestar serviço —com o máximo de qualidade. ‘O hospital busca a Acreditação (certificação internacional semelhante ao ISO, exclusiva para unidades de saúde) e por isso cobra da gente, mas não oferece estrutura de trabalho. Além disso, estamos sobrecarregados porque os salários são baixos e há carência de profissionais. Fazemos plantões extras para ganhar um pouco mais’, denunciou” (AZEVEDO, 2013).

A análise de Costa e Lessa⁵⁵ (2009) é singular no sentido de desconstruir o conceito de Acreditação disseminado na literatura, além de refletir sobre a prática profissional dos Assistentes Sociais. Afirmam que circunscreve o fomento à utilização de ferramentas de qualidade, especialmente a Acreditação, as novas estratégias do capital frente à sua crise contemporânea. Caracterizam a busca pela qualidade como forma de melhorar os serviços

⁵⁵ Este estudo foi realizado por Assistentes Sociais, o único encontrado referente ao campo do Serviço Social.

oferecidos no contexto de redução da ação estatal no tocante à proteção social. Afirmando que

os acontecimentos a impulsionar as organizações responsáveis pela efetivação dessas políticas e intensificarem o debate acerca da acreditação relacionam-se às *grandes transformações sociais do final do século XX*, ou seja a “interrupção dos 30 anos gloriosos” do capital e a decorrente busca de *novas estratégias de acumulação da riqueza* (entre essas, *novos modos de gerenciamento dos processos de trabalho* e novos pressupostos administrativos como a GQT) e no Brasil a imposição de reajuste estruturais pelos países ricos, induzindo à colocação da questão no campo dos serviços de saúde (Ibidem, p. 04, grifo nosso).

As autoras localizam o contexto de crise do capital, mas, não identificam e/ou problematizam as principais mediações com os novos processos de gestão e a racionalidade que portam. Além disso, a passagem acima citada contém elementos cujo desenvolvimento da análise é imprescindível.

QUADRO2: A ACREDITAÇÃO E SUAS CORRELAÇÕES COM O NEOLIBERALISMO

CONTRARREFORMA	ACREDITAÇÃO
Eficiência e qualidade pautada pela inclusão de tecnologias	Em conformidade
Ênfase na normatização, a qual se sobrepõe à realidade	Em conformidade
Burocratização	Em conformidade
Hierarquização	Em conformidade
Racionalização de gastos	Em conformidade

FONTE: Elaboração própria.

As reflexões aqui apresentadas, juntamente com os elementos trazidos no capítulo anterior sobre a conjuntura da política de saúde pública no Brasil, revelam, portanto, que a adoção pela metodologia da Acreditação Hospitalar é parte integrante das necessidades macro societárias próprias do atual processo de reestruturação produtiva do capital, uma vez que incide sobre o formato do sistema de saúde, seja no Brasil ou em outros países, bem como, sobre as bases de financiamento deste sistema⁵⁶.

Conforme destacado, temos: as transformações sociais do século XX, a busca por novas estratégias de acumulação e novas formas de gerenciamento do processo de trabalho e da política de saúde, três grandes dimensões que são parte da estratégia de implementação da Acreditação Hospitalar. Estes apontamentos mostram que a conjuntura que permeia a adoção da Acreditação nos sistemas de saúde possui vinculação direta com as requisições socioeconômicas próprias do modo de produção capitalista em um período histórico marcado pelo fortalecimento global do projeto neoliberal.

Este aspecto nos leva a atentar-nos quanto a suposta coincidência da emergência do tema da qualidade no Brasil, o qual era colocado em segundo plano pelos representantes no país, justamente nesta conjuntura. Conforme trabalhado no Capítulo 2 os anos 1980 e 1990 correspondem não apenas ao fortalecimento do neoliberalismo no mundo, mas, a sua chegada de forma incisiva no Brasil. Trata-se de um momento de defesa da reforma e enxugamento da máquina estatal, pautados pelo argumento de ineficácia do Estado; precarização, fragmentação e desfinanciamento das políticas sociais; e da expressividade da defesa do “SUS possível” (SOARES, 2010).

Portanto, não é apenas via privatização que o capital conquista os bens públicos. Há outras formas de se inserir a lógica do privado no setor público a exemplo das novas técnicas e instrumentos de gestão e certificação de qualidade, como a Acreditação Hospitalar, além das terceirizações. Estas ferramentas têm sido cada vez mais adotadas nos serviços e instituições de saúde como formas de inserir a lógica produtivista e a lógica da industrialização

⁵⁶ Há uma breve discussão sobre este ponto no Capítulo 2.

do processo de funcionamento daqueles espaços, trazendo inflexões no processo de trabalho, tema abordado no próximo item.

4.1.2 Acreditação Hospitalar e a centralidade do programa no trabalhador: aspecto subjetivos em evidência

O período de consolidação e expansão do PAH pelo mundo remete a um momento específico do capitalismo: o atual processo reestruturação produtiva do capital, inicialmente evidenciado nos anos 1970, que tem expressado no projeto neoliberal seu direcionamento ideológico. Tal período marca o cenário mundial com a falência do modelo fordista-keynesiano e surgimento do modelo toyotista de produção, o qual passa a exigir dos trabalhadores uma intensificação do nível de envolvimento destes no processo de trabalho, instrumentalizando seus os aspectos subjetivos em favor da lucratividade do grande capital.

Visando redução de custos, os esforços dos funcionários das unidades hospitalares que possuem um grande peso para a implementação do programa. O gerenciamento da força de trabalho nas instituições de saúde é crucial para implantação do PAH. Estes se configuram como os sujeitos fundamentais do processo, carregando a responsabilidade pelo êxito ou fracasso em alcançar a Acreditação. Novaes (2007) atribui à educação profissional papel fundamental na evolução da Acreditação.

Em relatório de pesquisa⁵⁷ sobre a Acreditação Hospitalar no Brasil, o CESS (Centro de Estudos em Gestão de Serviços de Saúde) revela as principais motivações pela escolha do programa, assim como, os aspectos de dificuldade de consolidação da Acreditação nos hospitais e seus possíveis benefícios, tanto às instituições quanto ao corpo de funcionários. O relatório mostra a predominância da AH localizada na região sudeste (62%), onde o Nordeste figura em terceiro lugar (12%); grande parte dos hospitais é geral

⁵⁷ A referida pesquisa foi realizada entre 2009 e 2011 a partir de uma amostra de 154 hospitais brasileiros acreditados ou em processo de Acreditação.

(80%) e de natureza jurídica privada (82%). Além disso, as instituições pesquisadas já adotavam algum procedimento de qualidade entendidos, na perspectiva do referido relatório, como “um poderoso auxílio no processo de acreditação” (CESS, 2011 p. 17).

As iniciativas mencionadas foram: ISO 9000; ISO 14000; Programa Regional de Qualidade; Programa Nacional de Qualidade; *Malcolm Baldrige National Quality Award*; *European, Foundation for Quality Management* (EFQM), Modelo de qualidade de Donabedian, Filosofia Enxuta; *Benchmarking*; Filosofia Seis Sigma; Ciclo PDCA; Filosofia *Just in Time* (JIT); Programa CQH – Compromisso com a Qualidade Hospitalar, e OHSAS 18001 (*Occupational Health and Safety Assessment Series*). Apesar da diversidade de nomenclaturas destas ferramentas elas conservam na essência os princípios de eficiência, controle e melhoria dos processos e resultados, melhoria do desempenho das instituições, eliminação de desperdícios e satisfação dos seus clientes.

Todavia, o que fez com que as instituições adotassem especificamente a Acreditação Hospitalar? Os números apresentados anteriormente mostram que este programa está em um processo crescente no Brasil. O estudo do CESS destacou tal interesse em quatro dimensões: “melhoria dos processos (71%), reconhecimento do hospital (15%), avaliação da qualidade (11%) e pressões competitivas (2%)” (CESS, 2011, p. 47). É interessante trazer também o conteúdo das referidas dimensões.

Francis Sodré (2010) realiza um estudo comparativo entre os modelos de saúde pública no Brasil, demarcados pelo fordismo e pela acumula o flexível, e os processos de gestão do trabalho nas unidades hospitalares, originando o que a autora vai denominar de “modelo saúde-fábrica”. A autora conclui que há semelhanças entre a gestão do trabalho nos hospitais e nas grandes unidades fabris.

O grande hospital traz consigo a gestão do trabalho em um formato semelhante ao concebido dentro da grande fábrica. Atendimentos em massa, cirurgias em massa, internan es contabilizadas pelo seu gasto financeiro, leitos em série e atendimentos sequenciais sem tempo de parada. Desta forma,

aos poucos molda-se uma rotina também para aquele trabalho que não deveria ser considerado rotineiro. [...] Em cada clínica, enfermaria ou ambulatório “apertam-se parafusos” em partes diferentes do corpo humano (SODRÉ, 2010, p. 457).

Guimarães (1991) corrobora com a análise de Francis Sodré, observando que a “prática em saúde” vem sendo reduzida   “prática médica” e esta, é técnica. A necessidade do capital em estender a busca de lucros para os serviços difunde o uso de mecanismos tecnológicos àquele setor. Assim, diz o autor:

  possível, assim, analisar a inova o tecnológica por que passa a prática médica a partir das exigências de altos investimentos e lucros por parte das grandes firmas. A demanda por novos equipamentos e processos   uma demanda induzida por quem produz essas novas tecnologias, tornando prematuramente obsoletas as técnicas de produ o e podendo afetar padrões de comportamento e a própria estrutura social (GUIMARÃES, 1991, p. 48).

O autor afirma que a tecnologia na área da saúde   produto das estruturas sociais sendo possível “produzir, reproduzir e alterar essas mesmas estruturas”. Nesta lógica, desenvolvimento de tecnologias que afirmam ter como objetivo melhorar a qualidade do funcionamento da saúde escondem em seu discurso os fatores de ordem estrutural e também, os interesses de classe (Ibidem, p. 49).

O “modelo saúde-fábrica”, para Sodré, originou a cria o dos primeiros cartéis de terceiriza o da saúde, assim como a abertura de espaço para planos de saúde e para serviços e equipamentos fornecidos a institui es públicas por grupos que possuem o controle sobre estas máquinas e serviços. Este formato é o mesmo do início da sociedade burguesa, onde, pelo fato de um grupo de médicos deter as máquinas, fornece seus trabalhos altamente especializados, cobrando o que desejam pelo serviço e sendo pagos pelo Estado (SODRÉ, 2010, p. 458). A autora destaca, ainda, que essa forma de “Estado-empresa” possibilitou a entrada nas unidades públicas “do modo de produ o gerido ‘em parceria’ entre o público e o privado, como se isso fosse o caminho “natural” das coisas” (Ibidem).

Na busca por proporcionar validade e sustentação para a perspectiva de centralidade dos profissionais de saúde do PAH, entre outros programas e instrumentos que objetivam qualidade, os autores e ideólogos do programa vêm se ancorando na Psicologia Social (LUEDI, DIAS & JUNIOR, 2013), na Teoria Institucional (GARIDO, TACCHINI & SALTORATO, 2014) e nos princípios da gestão (JORGE et al, 2013). A chamada gestão organizacional possui centralidade no processo de trabalho nas instituições.

Através de entrevistas direcionadas aos profissionais de hospital privado que participam do PAH desde o início do processo na instituição, o estudo de Manzo, Brito e Corrêa (2011) apontam os aspectos que dificultaram a consolidação da Acreditação, que são:

- Integridade e qualidade das informações a serem transmitidas aos profissionais: O PAH na instituição foi colocado de forma repentina, dificultando a captação da base conceitual do processo pelos funcionários e, conseqüentemente, seu engajamento. É interessante que as autoras mostram que, funcionários que foram contratados antes no início do processo de Acreditação, apresentaram uma percepção maior do PAH, estando “imbuídos do ‘espírito’ da Acreditação Hospitalar” (Ibidem, p. 262).
- O segundo aspecto é não envolvimento da categoria médica, evidenciando a forte divisão hierárquica do trabalho na instituição;
- Diferença entre quem coordena o PAH no hospital e os que não coordenam;
- Diferenças de engajamento de acordo com o turno de trabalho, identificando uma sobrecarga do plantão diurno;
- Ausência de tem, sobrecarga de trabalho e cobranças, pois a Acreditação possui uma parte burocrática que consome boa parte da jornada de trabalho;
- Alta rotatividade de contratação de profissionais, ocorrendo uma quebra do ritmo de trabalho das equipes.

Estes itens apontam as contradições presentes na implementação do PAH: de um lado trazem as problemáticas clássicas da saúde pública, como quantitativo reduzido, sobrecarga e rotatividade dos profissionais nas instituições de saúde; questões de hierarquia entre os profissionais; e ao mesmo tempo, a necessidade de inserir nos trabalhadores o “espírito” da Acreditação.

Após apontar essas características, Manzo, Brito e Corrêa (2011) reiteram que o fenômeno essencial que interfere nos aspectos acima mencionados “é não incorporação da cultura da Acreditação pelos profissionais” (Ibidem, p. 265).

Na trilha daqueles aspectos mencionados acima Manzo et al (2011) acrescenta que existe pouca percepção dos profissionais em relação ao PAH, pois, quando questionados sobre, “observou-se preocupação em expressar seus conhecimentos de formas prontas” (Ibidem, p. 574). Além disso, a autora sublinha um importante elemento para se compreender a perspectiva de qualidade que o PAH vem acompanhado. Para Manzo, a qualidade não incorpora apenas aspectos técnicos e operacionais, mas, necessitam de *aspectos subjetivos* como “valores individuais e sociais, crenças e relações interpessoais dos profissionais inseridos no processo de Acreditação Hospitalar” (Ibidem, p. 573).

Entendem o processo de Acreditação em duas dimensões básicas: processo educacional, cujo destaque é a construção de uma cultura de qualidade, e processo de avaliação e certificação. Em ambas perspectivas os profissionais de saúde aparecem como o cerne do sucesso ou fracasso, da implementação do programa, como dito em Bruna Figueiredo Manzo et al (2010; 2011; 2012) e Maria Thereza Fortes (2010).

Segundo Manzo et al (2011, p. 389), a participação dos profissionais é de tal importância que sem o seu comprometimento com a qualidade, a tecnologia e estrutura das organizações podem ter um pequeno significado. Esta passagem evidencia o quão fundamental é a participação dos profissionais de saúde

o grande diferencial das organizações situa-se no âmbito da qualidade pessoal e no desempenho profissional de seus recursos humanos. A tecnologia e estrutura das organizações podem ter um pequeno significado se as *pessoas não se sentirem comprometidas com a qualidade*, sobretudo no que se refere ao atendimento das necessidades dos clientes (MANZO, BRITO E CORRÊA, 2011, p. 261, grifo nosso).

Fortes (2010) identificou de um lado, a possibilidade de crescimento profissional, porém de outro, o stress e sobrecarga de trabalho. Os profissionais de saúde emergem como o cerne da política de qualidade, tendo papel essencial na garantia e na manutenção do processo, pois, *o diferencial das organizações estaria nas pessoas* (MANZO, 2011, p. 572, grifo nosso). Nesse sentido, segundo as autoras, os valores da Acreditação Hospitalar vão além da dimensão técnica e operacional, contemplando também, *aspectos subjetivos* como as crenças e relações interpessoais do processo. Assim, os profissionais precisam “internalizar e acreditar no que estão construindo e não apenas agirem mecanicamente” (MANZO, 2011, p. 573).

No estudo de Figueiredo Manzo et al (2011) as autoras identificaram várias percepções dos profissionais de saúde em relação ao processo, como: ausência de reflexão crítica acerca da Acreditação Hospitalar, assimilação de forma mecânica das questões sobre a Acreditação; entendimento do processo como uma cobrança do cumprimento das atividades impostas, estresse, desmotivação e falta de valorização. Mas, a autora também identificou aspectos positivos: a possibilidade de crescimento pessoal e a valorização do currículo, devido aos cursos de capacitação profissional.

Note-se que o que há positivo até então de acordo com o referido estudo, apresenta-se como *possibilidade*. Os elementos que anunciam sua concretude são: o estresse, a desmotivação e desvalorização, assimilação mecânica e a falta da reflexão crítica.

Siman et al (2013) traz perspectivas interessantes ao abordar a compreensão de gestores de hospitais privados em Minas Gerais cujo

entendimento sobre o PAH é de que este consiste em uma ferramenta de sistematização dos processos de trabalho *possibilitando seu monitoramento* (grifo nosso). Para os referidos gerentes a Acreditação pode ser uma experiência positiva, sendo uma “estratégia para a instituição se manter no mercado competitivo e se destacar frente aos demais hospitais” (Ibidem, p. 224).

As pesquisas e estudos realizados até o presente momento evidenciam que, considerando-se as diversas modalidades de oferta de serviços de saúde no Brasil, os processos de Acreditação no Brasil vêm crescendo. Em relação à ONA, nos anos de 2009, 2011 e 2012 o quantitativo de instituições e serviços com Acreditação eram: 103, 151 e 318, respectivamente. Em 2016, esse número saltou para 523. A JCI por sua vez, considerando-se as mesmas datas citadas acima, tinha uma quantidade de: 04, 08 e 24. Atualmente, existem 64 instituições e serviços “acreditados”.

Particularmente em relação aos hospitais no Brasil, a JCI “acredita” 29 instituições. Destas, duas estão no estado de Pernambuco. São elas: o Hospital Memorial São José e o Hospital Santa Joana. A ONA “acredita” 251 hospitais. Destes, três se localizam em Pernambuco: O HOPE (Hospital de Olhos de Pernambuco), o Hospital Esperança – Olinda e o Hospital São Marcos. Ambas instituições acreditadoras concentram suas certificações na região sudeste, especialmente no estado de São Paulo.

Segundo a página oficial da JCI, a organização atua em mais de 90 países, com um crescimento anual de 20% no quantitativo de unidades acreditadas. Grande parte dos hospitais que buscam certificações são privados e filantrópicos. Mas, essa ferramenta tem sido inserida também em hospitais públicos de grande porte.

No estado de Pernambuco, aqueles que estão em processo são: o Hospital Barão de Lucena, o Real Hospital Português, o Hospital da Aeronáutica do Recife e o Hospital Getúlio Vargas.

QUADRO 3: SÍNTESE DO MANUAL “PADRÕES DE ACREDITAÇÃO INTERNACIONAL PARA HOSPITAIS” DA JCI/CBA

DIMENSÕES	CONTEÚDO
<p>Melhoria dos processos</p>	<p>Alcançar a padronização dos processos; racionalizar a utilização dos recursos, gerenciar rotinas, melhorar os resultados financeiros, aumentar a eficiência no atendimento ao paciente, reduzir os riscos legais associados à atividade hospitalar, aumentar a segurança do paciente, atender direitos dos consumidores, tornar o atendimento ao paciente mais humanizado, estimular o trabalho em equipe (times assistenciais), motivar os funcionários, educar e desenvolver os funcionários, aumentar a segurança dos funcionários no trabalho, estimular a cultura da qualidade na organização, melhorar a comunicação interna no hospital, aumentar a integração entre os setores do hospital, tornar a administração mais profissional.</p>
<p>Reconhecimento do hospital</p>	<p>Transmitir uma imagem de credibilidade para o mercado, por ser uma ferramenta de marketing, demonstrar: padrões de excelência para os clientes para os planos de saúde e para o Governo; demonstrar padrões internacionais de excelência e estimular o interesse de bons profissionais em trabalhar na instituição.</p>

Avaliação da qualidade

Desenvolver a cultura da mensuração no hospital, avaliar objetivamente o desempenho do hospital, comparar o hospital, de forma mais objetiva com outros hospitais, ser avaliado por alguém de fora da instituição.

Pressões competitivas

Pressões por aumento de: competitividade do hospital no setor, satisfação dos pacientes, dos funcionários e dos médicos além do poder de negociação com os planos de saúde; necessidade de atrair mais clientes, inclusive de outros países, e os melhores profissionais do mercado; pressão dos pacientes e familiares, do governo, dos planos de saúde, dos acionistas e dos funcionários. A última característica apontada é que todos os hospitais estão buscando a acreditação.

FONTE: Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil. Relatório de pesquisa 2009-2011.

Em relação às dificuldades que o PAH encontrou nos hospitais pesquisados, identificou-se como causas *mister* os aspectos culturais e técnicos, respectivamente. Os culturais consistem na existência a uma série de “resistências”, tais como: à gerência, às lideranças, desenvolvimento de trabalho em equipe, assim como de fomento a uma cultura de gestão de qualidade. Os aspectos técnicos ficaram reservados para escassez de recursos financeiros e de tempo, compreensão do manual de acreditação, adequação da certificação à cultura brasileira, pouco apoio da empresa certificadora, aumento nos custos do hospital, contratação de pessoas (CESS, 2011).

No que se refere aos benefícios, foram destacados: “resultados de saúde”, que agregam aumento da segurança ao paciente e da resolutividade

do tratamento das doenças, velocidade dos procedimentos médicos e redução de erros médicos; “resultados para os funcionários”, destacam-se o aumento da motivação e orgulho pelo trabalho nos hospital, além dos processos educativos para o desenvolvimento destes; e melhora do clima interno da instituição; “resultados dos processos” relacionados à padronização dos processos, aumento da produtividade, capacitação dos funcionários e melhora nas condições de trabalho; por fim, “resultados relacionados a aspectos sociais e comunitários”, onde estão presentes o comportamento ético no hospital e a responsabilidade social.

A *Joint Commission International* (JCI) é a instituição que está vinculada ao Hospital Getúlio Vargas. Este vínculo ocorre através da parceria com o Consórcio Brasileiro de Acreditação (CBA), o qual faz uso do manual elaborado pela *Joint Commission* intitulado como: Padrões de Acreditação Internacional para Hospitais, o qual teve o CBA como responsável pela tradução para o português. A acreditação no HGV ocorre dentro do Projeto de Reestruturação dos Hospitais Públicos, que consiste no aprimoramento da gestão destes hospitais públicos em várias localidades, por meio de gestão e sistematização de processos e melhoria da qualidade e segurança na assistência à saúde.

O Programa de Acreditação Hospitalar chegou ao HGV através do chamado Projeto de Reestruturação dos Hospitais Públicos, pertencente ao Hospital Alemão Oswaldo Cruz (localizado no estado de São Paulo e caracterizado como Hospital de Excelência pelo Ministério da Saúde).

O Ministério da Saúde, mediante o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, o PROADI-SUS - regulamentado pela portaria nº 936, de 27 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos deste programa; e consiste no aprimoramento da gestão destes hospitais públicos em várias localidades, por meio de gestão e sistematização de processos e melhoria da qualidade e segurança na assistência à saúde - estabeleceu parceria com as entidades de saúde que alcançaram o status de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-SAÚDE).

Tais instituições foram “Reconhecidas por Excelência”, através da Lei Federal nº 12.101, de 27 de novembro de 2009⁵⁸, ficando conhecidas como “Hospitais de Excelência” (HE). Assim, os HE devem participar do desenvolvimento do SUS, transferido suas tecnologias de gestão e de pesquisa, além de destinar uma parcela da prestação dos seus serviços para o SUS. Em troca, obtém-se a isenção legal de contribuição social, cujo índice de 2014 até 2014 já soma R\$ 1.081.770.530,52⁵⁹.

Assim, tanto a Acreditação Hospitalar foi utilizada como instrumento de qualificação destes hospitais, possibilitando-os o ingresso na modalidade de “Hospitais de Excelência”, quanto nos diversos projetos de gestão e qualidade que tais hospitais realizam dentro de unidades do SUS, como é o caso do HGV.

O manual em questão é muito mais complexo e detalhado do que aquele elaborado pelo Ministério da Saúde, pois suas atribuições focalizam-se no cuidado ao paciente e no ambiente seguro para pacientes e profissionais, dividindo-se em duas secções: a) com foco no paciente; e b) padrões de administração de instituições de saúde. Estes são alcançados através da criação de uma cultura de qualidade e de segurança dentro da instituição hospitalar. Uma síntese da estrutura e conteúdo do documento pode ser visualizada a seguir:

4.2 Caracterização do locus de pesquisa: o Hospital Getúlio Vargas, contrarreforma da saúde e a Acreditação Hospitalar

O Hospital Getúlio Vargas (HGV) é uma instituição de natureza pública e de alta complexidade. Foi fundado em 19 de março de 1953 durante o segundo governo do presidente Getúlio Vargas (1951-1954) e do governo de Agamenon Magalhães do estado de Pernambuco (1951-1952). Sua criação visou atender

⁵⁸Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulando os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social.

⁵⁹ Portal da Saúde: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/401-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/proadi-sus/l1-proadi-sus/9998-hospitais-de-excelencia>>.

as reivindicações dos estivadores representados pelo Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Estivadores e Transportes de Cargas (IAPETEC), portanto, o atendimento era voltado para os pacientes vinculados a este instituto sendo caracterizado, portanto, pela seletividade e contribuição dos usuários.

Na década de 1970, os vários Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) se unificaram no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) que possuía seu próprio serviço de assistência médica, onde, apenas tinham acesso aqueles que eram associados ao INPS, ou seja, os trabalhadores formais. Quando o HGV se vinculou ao INPS, recebeu o nome de Serviço de Assistência Médica de Urgência (SAMDU) ampliando o acesso para as demais camadas profissionais, porém, os trabalhadores informais continuavam sem usufruir deste serviço.

Foi com o Movimento de Reforma Sanitária e a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) na Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988, que a saúde passou a ser concebida como direito de todos e dever do Estado, assegurando acesso universal a todos os cidadãos. Desde então, o HGV é pautado pelo que estabelecem o SUS e a CFB de 1988 e integra esta rede de saúde universal, sendo regulado em âmbito estadual com vínculo à Secretaria Estadual de Saúde (SES) de Pernambuco, através da Fundação Amaury de Medeiros (FUSAM), regido de acordo com a LOS (Lei Orgânica da Saúde) e as leis complementares que compõem o SUS.

O HGV segue um regimento interno instituído pela SES (Secretaria Estadual de Saúde) para hospitais de grande porte no estado e seu financiamento é bipartite, com recursos provenientes do Ministério da Saúde e do Governo do Estado de Pernambuco. Este hospital é referência no estado na área de ortopedia, realizando, mensalmente, mais de 2 mil atendimentos na emergência e outros 12 mil no ambulatório. Há mais de dez anos é o único da rede estadual a contar com um programa de órtese e prótese, oferecendo à população cadeiras de rodas, de banho, muletas, próteses de membros inferiores e superiores, entre outros. Além disso, possui equipe multidisciplinar

para o acompanhamento do paciente durante todo o período de adaptação aos dispositivos ortopédicos.

Segundo informações da página oficial da SES, por mês, o HGV faz cerca de dois mil atendimentos na emergência e 800 cirurgias. No ambulatório, são, em média, doze mil atendimentos mensais. De acordo com dados da gerência do Bloco Cirúrgico do HGV, de janeiro à junho de 2013, o hospital realizou 4.818 cirurgias, sendo 1.574 cirurgias eletivas (programadas) e 3.244 de emergência. Para atender essa demanda, 414 leitos, 17 salas no centro cirúrgico e 31 leitos de UTI, possuindo 2.486 funcionários do hospital e mais de 400 médicos, de acordo com site da SES. Entretanto, no site do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde), há 1.365 registros⁶⁰.

QUADRO4: ESPECIALIDADES ATENDIDAS NO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

SETOR	ESPECIALIDADES
Emergência	Cirurgia de Face, Cirurgia Geral, Cirurgia Traumatológica, Cirurgia Ortopédica, Cirurgia Vascular, Clínica Médica e Neurologia.
Ambulatório	Acupuntura (dores crônicas, pacientes encaminhados apenas pelo próprio hospital), Ambulatório de Cefaleia (ambulatório da dor), Buco-Maxilo-Facial, Cardiologia, Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica Reparadora, Clínica Médica, Clínica Vascular, Endocrinologia, Gastroenterologia, Mastologia, Neurocirurgia, Neurologia, Nutrição, Ortopedia (cabeça e pescoço), Proctologia, Reumatologia, Traumatologia e Urologia.

Fonte: site da SES. Elaboração própria.

⁶⁰Fonte: <http://cnes2.datasus.gov.br/Mod_Profissional_comp.asp?VCo_Unidade=2611602802783&VComp=201703>. Acesso em 30 abr 2017.

O quadro de profissionais do HGV é o seguinte:

QUADRO 5: QUANTITATIVO DE PROFISSIONAIS DO HOSPITAL GETÚLIO VARGAS

PROFISSIONAL	QUANTIDADE	
	Ano 2013	Ano 2017
Assistente Social	25	21
Auxiliar de Enfermagem	487	440
Enfermeiro	123	108
Farmacêutico	21	21
Fisioterapeuta	47	46
Fonoaudiólogo	8	5
Médico	418	349
Nutricionista	21	18
Psicólogos	14	13
Técnico de Laboratório	12	16
Técnico em Enfermagem	302	233
Terapeuta Ocupacional	6	5
TOTAL	1.484	1.275

Fonte: Site do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Elaboração própria.

Dentre estes trabalhadores, os tipos de contratos estão dispostos da seguinte forma: em primeiro lugar, a grande maioria é de estatutários (aproximadamente 90%) e em segundo lugar, contratos por prazo determinado (cerca de 8%)⁶¹.

⁶¹ Quantitativos extraídos da página do CNES: <http://cnes2.datasus.gov.br/cabecalho_reduzido.asp?VCod_Unidade=2611602802783>. Acesso em: fev 2016.

O HGV não foge à realidade do subfinanciamento da política de saúde, da superlotação, da precariedade relativa à estrutura do hospital e do trabalho dos servidores. Para o HGV o ano de 2015 foi marcado por diversas paralisações dos funcionários que denunciaram: salários atrasados; não pagamento de horas extras, passagem e alimentação; falta de equipamentos e profissionais; e a precária estrutura física do hospital (rachaduras por todo o prédio e elevadores quebrados). Em setembro de 2014, parte do teto da Sala de Recuperação chegou a desabar⁶².

De acordo com a página do CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde) desde março de 2013, o quantitativo de trabalhadores na unidade vem diminuindo. Em três anos, houve uma redução de 326 profissionais. Atualmente o HGV está inserido no programa SOS Emergência (que faz parte da Rede Saúde Toda Hora) e estava no processo de Acreditação Hospitalar, que chega através do Programa de Reestruturação de Hospitais Públicos.

QUADRO6: PROGRAMAS VINCULADOS AO HOSITAL GETÚLIO VARGAS

PROGRAMA	OBJETIVO
<p>SOS Emergências (2013-)</p>	<p>Pretende promover o enfrentamento das principais problemáticas dos hospitais públicos através da melhoria da gestão, qualificação e ampliação de acesso aos usuários em situações de urgência, redução do tempo de espera e garantia de atendimento ágil, humanizado e com acolhimento. O SOS Emergências funcionará articulado com os demais serviços de urgência e emergência que compõem a Rede Saúde Toda Hora, coordenada pelo Ministério da Saúde e</p>

⁶² Fonte: <<http://cremepe.org.br/2014/09/03/teto-do-hgv-desaba-e-assusta-pacientes/>>. Acesso em jan 2016.

**Programa de
Reestruturação de
Hospitais
Públicos (2012-
2016)**

executada pelos gestores estaduais e municipais. As unidades hospitalares deverão estar articuladas com o SAMU 192, UPAS 24 horas, Salas de Estabilização, serviços da Atenção Básica e Melhor em Casa. A Rede Saúde Toda Hora vai investir, até 2014, R\$ 18,8 bilhões nesses serviços.

O Ministério da Saúde, mediante o Programa de Apoio ao Desenvolvimento Institucional do Sistema Único de Saúde, o PROADI-SUS⁶³ estabeleceu parceria com as entidades de saúde que alcançaram o status de Entidade Beneficente de Assistência Social em Saúde (CEBAS-SAÚDE). Destas, aquelas "Reconhecidas por Excelência" - "Hospitais de Excelência" (HE) através da Lei Federal nº 12.101, de 27 de novembro de 2009⁶⁴ - devem participar do desenvolvimento do SUS transferindo suas tecnologias de gestão e de pesquisa, além de destinar uma parcela da prestação dos seus serviços para o SUS. Em troca, obtém-se a isenção legal de contribuição social, cujo índice de 2014 até 2014 já soma R\$ 1.081.770.530,52⁶⁵.

Fonte: Elaboração própria.

⁶³Regulamentado pela portaria nº 936, de 27 de abril de 2011, que dispõe sobre as regras e critérios para apresentação, monitoramento, acompanhamento e avaliação de projetos deste programa; e consiste no aprimoramento da gestão destes hospitais públicos em várias localidades, por meio de gestão e sistematização de processos e melhoria da qualidade e segurança na assistência à saúde

⁶⁴ Dispõe sobre a certificação das entidades beneficentes de assistência social, regulando os procedimentos de isenção de contribuições para a seguridade social.

⁶⁵ Portal da Saúde: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/401-secretaria-executiva-raiz/secretaria-se/desid-raiz/proadi-sus/l1-proadi-sus/9998-hospitais-de-excelencia>>.

Em maio de 2013 o hospital foi oficialmente integrado ao SOS Emergências, cujo investimento previsto é de R\$ 6,6 milhões para leitos, instalações físicas e novos equipamentos. Destes, R\$ 2,7 milhões serão custeados pelo Estado. Com esse novo reforço, o valor repassado ao hospital - que também integra o Plano de Ação de Regional da Rede de Urgências e Emergências - chega a R\$ 17,4 milhões/ano⁶⁶.

Quanto à Acreditação, realizada pelo Consórcio Brasileiro Hospitalar (CBA), busca otimizar os processos de segurança e de qualidade nos hospitais. Uma equipe de trabalho está sendo montada no HGV, que terá de passar por uma série de ações planejadas por esta equipe para que o hospital esteja apto a receber o selo oficial do Consórcio.

O Getúlio Vargas também conta com o programa de Órtese e Prótese, que concede meios auxiliares de locomoção (cadeiras de roda, muletas, coletes, etc.) para pessoas que possuem alguma deficiência física, seja por doenças, ou por acidente. Há também o Programa de Hemodiálise.

Em síntese, o presente capítulo propôs compreender como ocorre o processo de Acreditação Hospitalar no Brasil e de que forma este vem sendo entendido pelos profissionais e gestores das unidades “acreditadas” ou em processo. Observou-se que há algumas mediações essenciais em aberto.

4.3 Resultados e discussão

Diante das transformações no paradigma de produção capitalista, a precarização vem assumindo novos contornos. A compreensão da forma de ser da precarização do trabalho vem sendo simplificada à sua dimensão objetiva, ou seja, sendo diretamente atrelada às condições objetivas, como precariedade de salários, ao ambiente físico de trabalho e a flexibilização dos vínculos empregatícios. No que se refere aos traços subjetivos, como os apontamentos de situações de estresse, desmotivação, transtornos mentais,

⁶⁶ Fonte: Porta da Saúde: <<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/cidadao/acoes-e-programas/s-o-s-emergencias>>. Acesso em: 01 mai 2017.

dentre outros, ou se esgotam em si mesmos, ou, também são diretamente atrelados às condições objetivas.

Recentemente uma pesquisa do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos (DIEESE) sobre as cláusulas trabalhistas no Brasil entre os anos de 2010 e 2012, mostrou que a problemática do adoecimento do trabalhador vem sendo mais abordado segundo os riscos físicos. A organização destaca que as causas se relacionam à intensificação e pressão sobre o tempo e ritmo de trabalho, à carga excessiva de informações, às exigências de mobilidade, flexibilidade e disponibilidade ao trabalho, além da crescente insegurança no trabalho. O estresse está “praticamente ausente” (DIEESE, 2015, p. 17).

Em contrapartida, o mesmo estudo traz que a Organização Internacional do Trabalho (OIT) informou que cerca de 60% das jornadas de trabalho no mundo são consideradas perdidas em função da condição de estresse dos trabalhadores e aumento de doenças mentais (DIEESE, 2015, p. 17). Nesse sentido, percebem-se elementos referentes às dimensões do sofrimento no trabalho acabam sendo reduzidas.

Os estudos acerca da Acreditação Hospitalar desenvolvidos na dissertação apontam para uma potencialização da situação de estresse. Chamou atenção o nível de similaridade entre o PAH e os padrões produtivos industriais e empresariais. Para o PAH os profissionais de saúde emergem como o cerne da política de qualidade, tendo papel essencial na garantia e na manutenção do processo, pois, *o “diferencial das organizações estaria nas pessoas”* (MANZO et al, 2011, p. 572, grifo nosso).

Nesse sentido, os valores da Acreditação Hospitalar vão além da dimensão técnica e operacional, contemplando também, aspectos subjetivos como as crenças e relações interpessoais do processo. Os profissionais precisam “internalizar e acreditar no que estão construindo e não apenas agirem mecanicamente” (MANZO et al, 2011, p. 573). Este fragmento sinaliza a dimensão da centralidade do PAH aos aspectos pessoais, individuais e psíquicos dos trabalhadores.

O grupo de entrevistados é composto por assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Um dos objetivos desta divisão é observar as diferenças e/ou semelhanças na percepção dos profissionais de ambos os grupos. O formulário de entrevista utilizado⁶⁷ foi destinado para três grupos, G1 destinado àqueles profissionais (um assistente social, um enfermeiro e um técnico de enfermagem) que estiveram *diretamente envolvidos com as equipes* de Acreditação Hospitalar no HGV; G2 para aqueles que *não foram membros destas equipes*, mas, que vivenciaram as mudanças na realidade (um assistente social, um enfermeiro e um técnico de enfermagem); e G3: dois *líderes* das equipes de Acreditação no HGV. As entrevistas para os três grupos foram divididas em três eixos: *Identificação dos profissionais*, *Rotina de trabalho* e *Programa de Acreditação Hospitalar*.

Na *Identificação dos profissionais*, como dito linhas acima, os entrevistados são compostos por assistentes sociais, enfermeiros e técnicos de enfermagem. que possuem entre 50 e 58 anos de idade, tem entre 24 e 26 anos de trabalho no HGV, regime de trabalho estatutário e carga horária de trabalho sendo 12x60 e plantões extras. São, portanto, profissionais antigos e presentes como trabalhadores da saúde desde o período de institucionalização do SUS no país, vivenciando no cotidiano os avanços e os retrocessos da efetivação desse sistema. Em outras palavras, são profissionais que vivenciaram/vivenciam o embate entre os projetos da Reforma Sanitária, o Privatista e o SUS Possível.

No eixo *Rotina de Trabalho*, foi possível identificar diferenças e semelhanças em relação ao impacto que a Acreditação Hospitalar possui no cotidiano dos profissionais. Nos grupos foi unânime a sinalização deles para a questão do *estresse e da precarização do trabalho* (refletida na precariedade de infraestrutura, dos recursos humanos e financeiros da instituição).

A transformação dos serviços em espaços estratégicos de lucratividade pelo projeto global de reestruturação produtiva do capital torna a participação do setor de serviços peça para o êxito daquele projeto. De acordo o entrevistado *E1* a instituição “vem se degradando a cada momento”. “Quando

⁶⁷ Ver apêndice.

“você pensa não tem o básico: pessoas, atendimento digno...” (E3). Os profissionais consideraram, assim, a rotina de trabalho acelerada e excessiva, algo que contribuiu para que eles acabem buscando a resolução das demandas no campo das atitudes mais imediatas.

Apesar do manual de Acreditação relatar que esta proporciona um ambiente seguro e eficiente para pacientes e trabalhadores, contribuindo para a sua satisfação do trabalhadores estabelecendo um estilo de liderança colaborativa entre os profissionais, os grupos G1 e G3 (grupos presentes nas equipes de Acreditação) adicionaram concomitantemente àqueles elementos a *intensificação da precarização*, entendida como produto da junção entre os atendimentos assistenciais em geral próprios das atribuições de cada profissão com as tarefas de gerenciamento do processo de trabalho requeridas pela Acreditação. Neste misto de atividades, os entrevistados apontaram que precisavam: programar e organizar as reuniões das equipes; “mediar” conflitos de interesses entre os profissionais e conflitos relacionados às queixas sobre condições de trabalho.

A esfera dos serviços aparece como um amplo espaço de lucratividade onde a lógica de produção empresarial-industrial se insere de forma incisiva, trazendo como condição a intensa exploração e precarização da força de trabalho, característica própria e estruturante do modo de produção capitalista.

Na referida esfera, isto pode ser percebido através da utilização das tecnologias, da forma de gerenciamento da força de trabalho, do discurso da qualidade e eficiência, das estratégias de maior envolvimento dos trabalhadores. Busca-se o aperfeiçoamento dos processos de gestão da força de trabalho para possibilitar uma produtividade cada vez maior com um emprego cada vez menor de trabalhadores.

No que se refere especificamente ao grupo G3 (líderes de equipes de Acreditação), os elementos descritos são potencializados ainda pelas responsabilidades e cobranças adicionadas ao cotidiano da prática enquanto “líderes” do processo. Nestes termos relataram também que houve modificações expressivas na rotina de trabalho na medida em que identificaram

“mais trabalho” (E1), a padronização de rotinas e modificação da dinâmica organizacional e “buscar por *legislações para enquadrar a proposta da acreditação*” (E1), fatores que contribuem para o aumento do estresse e das cobranças por resultados pelas chefias. Intensificam-se, assim, as atividades diárias dos profissionais; a polivalência do trabalhador, visto que a eles são atribuídas novas atividades para “acreditar” o hospital; e a precarização do processo de trabalho.

Ainda sobre o eixo *Rotina de Trabalho*, há uma questão onde é perguntado se a instituição exige o cumprimento de metas de produtividade aos profissionais. Do total de entrevistados, seis informaram que é exigido o cumprimento de metas de produtividade e dois informaram que não. Contudo, nas falas foi comum encontrar respostas como: “*não, mas a gente se cobra aqui mesmo*” (E2) e “*cada um traça suas metas para ver o que cada um consegue*” (E4).

Conforme explanado nos capítulos anteriores, está presente no discurso das novas técnicas de gestão (de inspiração toyotista) a necessidade de intensificar o *envolvimento* dos trabalhadores no processo de trabalho, estando implícita e intrínseca um envolvimento de forma manipuladora do trabalho pelo capital, resguardando as dimensões da *alienação* e do *estranhamento* nos processos de trabalho. Nesta dinâmica, aquelas novas técnicas de gestão configuram-se como um “veículo de ‘captura’ da subjetividade” do trabalho vivo.

Vimos anteriormente que a proposta de qualidade trazida pela Acreditação Hospitalar não incorpora apenas aspectos técnicos e operacionais, mas, necessitam de *aspectos subjetivos*. Em outras palavras, precisam que valores individuais e sociais, assim como crenças e relações interpessoais dos profissionais inseridos naquele processo sejam modificados. No processo de Acreditação, os autores têm apresentado como destaque a dimensão educacional do programa, que visa a construção de uma cultura de qualidade.

Contudo, dois dos entrevistados do grupo G2, apesar de reafirmarem a situação de precarização do trabalho e da instituição de saúde, relataram que mesmo com a chegada da Acreditação no HGV a rotina de trabalho deles não

foi alterada. O E3 afirmou que “nada mudou em 22 anos”. Esta fala revela que as problemáticas clássicas presentes na política pública de saúde e, portanto, no HGV (como superlotação e infraestrutura e condições de trabalho precárias), persistem. Este elemento é identificado também na fala do E3 ao afirmar que “A proposta de Acreditação chama atenção, mas na prática é difícil de ser colocada”.

O terceiro e último eixo trata mais especificamente sobre como os profissionais entendem o *Programa de Acreditação Hospitalar*. Os líderes do programa já o conheciam por já terem trabalhado com ele em outras instituições. Em relação ao G1, apenas um profissional já conhecia o processo, também devido ao fato de ter participado do processo em outra instituição e, o G2, apenas veio saber que havia um Programa de Acreditação Hospitalar quando este já iniciava o processo de organização n HGV. O E4 revela que o programa “*vem de cima, não conversa nada. Só escuta*”.

Em relação às vantagens do programa, o grupo G1 e G3 apontaram como: uma maior visualização dos procedimentos que estariam sendo feitos de maneira certa ou errada na instituição; o cumprimento de normas; a padronização de procedimentos e rotinas; e uma maior segurança ao paciente. Enquanto desvantagens, o grupo coloca: *a incompatibilidade de implantação no serviço público devido à situação da saúde/falta de recursos*. Isto revela e nos coloca a reflexão de que a precariedade das instituições públicas de saúde e, conseqüentemente do trabalho nelas, é de um nível tão intenso que se torna fantasioso o convencimento de que uma ferramenta como a Acreditação pode dar conta de superar as contradições históricas e econômicas da saúde pública.

Este ponto fica explícito nas afirmações do G2, pois, eles não percebem efetividade na Acreditação, não percebem potencialidade nela para lidar com as problemáticas da precarização da instituição, já que, ela “*apenas tomava muito tempo*” (E4). Na percepção desse grupo, portanto, os usuários poderiam ser efetivamente beneficiados com a Acreditação “*se a realidade fosse outra não sendo possível concretizá-la apenas por “vontade”*” (E5).

Em oposição a isso, as lideranças das equipes afirmam que os usuários estão sendo beneficiados através da organização do setor, do melhor atendimento do usuário e da efetivação nas normas para a segurança do paciente, elementos que contribuem para melhores condições de trabalho.

Os dados revelaram também que os elementos apontados linhas acima como desvantagens do processo de Acreditação Hospitalar são visualizados no HGV, tais como: o PAH na instituição foi colocado de forma repentina, dificultando a captação da base conceitual do processo pelos funcionários; diferença de compreensão do processo entre quem coordena o PAH no hospital e os que não coordenam; e ausência de tempo, sobrecarga de trabalho e cobranças, pois a Acreditação possui uma parte burocrática que consome boa parte da jornada de trabalho.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa teve por objetivo analisar as implicações existentes entre a Acreditação Hospitalar e a exploração e precarização da força de trabalho na atualidade. Para tanto, iniciamos leituras sobre o tema, a partir dos estudos de teóricos que se debruçam sobre o mundo do trabalho, tais como: Alves (2007; 2014), Antunes (2015), Druck (2011) e Marx (2013), além de autores que se dedicam a compreender a atualidade da conjuntura do modo de produção capitalista e suas nuances, como Harvey (2005; 2009), Mandel (1982) e Netto (2011).

Neste estudo, a opção pelo método histórico-crítico nos possibilitou apreender a categorias de análise essenciais para o presente estudo, como supercapitalização (MANDEL, 1982) e precariedade subjetiva (ALVES, 2011), bem como, da apreensão de uma categoria central, sob a qual as demais se constroem: *otrabalho* compreendido pela teoria marxista. É a partir dela que se estruturam as discussões e conclusões aqui apresentadas.

Resgatar os fundamentos do *trabalho* a partir dos estudos de Marx foi de extrema importância, pois, nos possibilitou observar que, apesar das investidas mais aprimoradas e com nuances reconfiguradas do capital sobre o trabalho, os fundamentos da contradição entre capital e trabalho, bem como, da intensificação da precarização e exploração da força de trabalho, são elementos cada vez mais expressivos na atualidade.

Os mecanismos criados pelo capital em busca da lucratividade crescente implicam na *permanente necessidade de inovação na organização e nos instrumentais de trabalho*. Caracterizando como um sistema de produção generalizada de mercadorias o capital vai adentrando estrategicamente em novos espaços de lucratividade tornando os aparatos de subsunção do trabalho ao capital cada vez mais diferenciados.

O trabalho, portanto, está inscrito processo sociohistórico de interação entre os homens, que constroem e reconstroem seus saberes e, conseqüentemente, a humanidade como tal, sendo *produção e reprodução da vida social*. Contraditoriamente, no modo de produção capitalista, o qual tende

a ocultar a essência do real, o caráter social do trabalho é invisibilizado pelo estabelecimento de relações baseadas em coisas. Este se caracteriza essencialmente como um sistema de *produção generalizada de mercadorias*, ou seja, tende a transformar tudo em mercadoria. Ao considerar-se o processo de trabalho a partir do Programa de Acreditação Hospitalar, foi possível visualizar como estes fundamentos (e novas dimensões) estão evidenciados, embora, o PAH traga valores, normas e procedimentos que tentam invisibilizar estas questões.

O PAH surge como uma das expressões da *estratégia da reestruturação produtiva capitalista* de maximização dos seus lucros diante do atual momento de crise do capital, originado em meados dos anos 1970. Desta década em diante houve fortalecimento do projeto neoliberal, mundialmente e no Brasil principalmente nos anos 1980 1990. Diante do contexto de internacionalização de mercados e sistemas produtivos e da financeirização da economia, o processo de supercapitalização tornou-se necessário, já que o capital precisava adentrar em novos espaços e torná-los lucrativos.

Exemplo disto é o setor da saúde, tanto a privada quanto a pública, campo específico de análise do objeto deste estudo. Supercapitalizar estes espaços significa inserir a lógica produtiva nos serviços, condicionando o processo de trabalho de forma semelhante aos cenários de indústrias e empresas.

O processo de contrarreforma do Estado, iniciado no Brasil a partir da década de 1990, e parte constitutiva deste processo uma vez que objetiva ampliar a financeirização do grande capital em todos os setores da vida social, racionalizando e instrumentalizando as políticas sociais, através da utilização de vários discursos que se baseiam apenas no tecnicismo, gerencialismo, produtivismo, e os discursos da eficiência e da qualidade.

Observou-se que o PAH é uma ferramenta de *consenso, racionalização e ordenação* das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos seus profissionais com discurso de garantia da qualidade daquelas instituições através da adequação a padrões previamente

estabelecidos através de manuais. Portanto, é um processo que expressa a lógica da classe burguesa no trato com a saúde pública.

É um método de racionalização do processo de trabalho nas instituições hospitalares, privadas e públicas, o qual introjeta a responsabilidade pela qualidade, ou a falta dela, nos profissionais da saúde. Assim, exige que estes se comprometam, envolvam-se e “acreditem” que podem ofertar serviços de qualidade. Nesse sentido, o PAH reforça o ideário presente no projeto do “SUS possível”.

A falta de qualidade na saúde vem sendo tratada como algo comportamental, além de ser relacionados com problemas de gestão e de base tecnológica, cuja solução pode ser encontrada na obtenção de máquinas, equipamentos e tecnologias diversas, assim como as novas formas de gerenciar a força de trabalho. Em tempos de reorganização do capital mundial, cujas políticas sociais são um dos alvos específicos, particularmente a política de saúde, a Acreditação vem se constituindo como algo mais do que uma simples ferramenta que busca qualificar serviços.

Uma série de estudos sobre o PAH se limitam a enfatizar o que é a Acreditação por definição, seus pontos positivos e/ou negativos e por vezes, de que esta seria uma ferramenta necessária. Além disso, os estudos também relatam situações de estresse e de desmotivação dos trabalhadores, sobrecarga de trabalho, além da ausência de crítica entre profissionais e usuários envolvidos com o processo.

A Acreditação Hospitalar é uma forma de *inserção da racionalidade privada na esfera pública* por dentro do próprio sistema. É parte constitutiva do processo de reestruturação produtiva do capital fundamentado na “acumulação flexível” possuindo uma lógica gerencialista, empresarial e racionalizadora dos serviços e que tem seus princípios e objetivos similares ao modelo toyotista de produção. Quais as raízes de tal similaridade?

Ambos, PAH e toyotismo, têm como essência o *envolvimento e controle* máximos dos trabalhadores no processo de trabalho, de modo que são nos

aspectos subjetivos que as estratégias se ancoram. Por essa razão, há a necessidade de centralização das ações do PAH nos servidores dos hospitais.

As estratégias do modo de produção capitalista continuam direcionando-se para a subjugação da força de trabalho a seu serviço. Entretanto à necessidade e formas desta subjugação recebem novos contornos. Os estudos vêm apontando para uma precarização não apenas das condições objetivas do trabalho, mas também, *subjetivas* e estas se colocam na atualidade com dimensão e amplitude novas. Isto não atrela apenas o PAH ao atual momento de reestruturação produtiva, mas, insere a esfera dos serviços, especificamente a saúde pública, âmbito o qual a dissertação circunscreve-se, nas atuais estratégias de utilização da força de trabalho pelo capital.

Por tratar-se de uma esfera que não produz diretamente mais-valia, e tratar-se de uma instituição⁶⁸ de natureza pública, ela pode parecer dissociada do processo de precarização do trabalho, em suas dimensões objetivas e subjetivas, e de maximização dos lucros do capital. A esfera de serviços não é apenas parte do processo de produção e reprodução social capitalista, mas, surge como um ambiente fértil para as estratégias do sistema.

Os discursos da qualidade, da eficiência e da excelência além das metas de produtividade encobertam a voracidade do capital pela subjugação da força de trabalho. Os trabalhadores inseridos no processo de Acreditação são compelidos a incorporar os princípios do PAH, carecendo na elaboração de reflexões críticas.

Uma vez que o cerne do processo de Acreditação são os *aspectos subjetivos* dos trabalhadores, a partir do envolvimento, participação e consentimento com os princípios do programa, os elementos postos parecem direcionar a uma invisibilidade desta dimensão subjetiva, cujo atual momento de reestruturação do capital preza. Outrossim, negligenciar essa processualidade invisibiliza a compreensão das formas contemporâneas de subjugação do trabalho ao capital.

⁶⁸ A dissertação direciona a análise para o Hospital Getúlio Vargas.

No curso dos estudos teóricos da dissertação, encontrou-se o conceito de “precariedade subjetiva” proposto por Alves (2014) e que tem como fundamento analítico a categoria de *estranhamento* desenvolvido por Marx (2010). Alves identifica uma agudização desta já que a organização toyotista, concebida pelo autor como predominante no atual modo de produção, exige um nível de manipulação do trabalho de forma mais intensa em relação à organização fordista-taylorista.

Em síntese, a nova processualidade do capital direciona suas estratégias de acumulação para a especulação financeira e ampliação de mercados, à exemplo dos serviços. Esta esfera – inclusive em relação aos serviços públicos – torna-se um espaço de lucratividade sob condições diferenciadas, onde a gestão da força de trabalho nestes espaços é ponto central.

A nova etapa da reestruturação produtiva do capital traz como elemento constitutivo e estratégico de sua dinâmica, a industrialização – em termos mandelianos - da esfera dos serviços, sejam públicos ou privados, cujo processo de trabalho permanece como alvo de exploração, porém, sob uma lógica diferente que se sustenta através das novas formas de gestão do trabalho. Estas primem pelo envolvimento intelectual do trabalhador.

Os serviços absorvem a racionalidade empresarial de gestão, direcionando seus instrumentos organizacionais para o processo de trabalho. A esfera da reprodução social está tão subvertida à lógica capitalista quanto à produtiva aprofundando-se a relação entre ambas. Elas possuem como elemento comum a precarização e intensificação do processo de trabalho.

Em se tratando de serviços e, da necessidade do capital em subverter o indivíduo enquanto ser social, ser humano genérico, o crescimento do setor de serviços e a integração maior deste ao capital amplia a dimensão da precarização e intensificação da exploração do trabalho através de um fenômeno que se tornou central nesse processo: a apropriação da dimensão subjetiva do trabalhador pelo capital para integrá-lo de forma mais incisiva ao processo de trabalho. A precarização subjetiva representa um distanciamento

do sujeito em relação ao ser social e, em relação a si mesmo, aprofundando o grau do estranhamento.

REFERÊNCIAS

ANSERSON, Perry. Balanço do neoliberalismo. In: SADER, Emir (Org). **Pós-neoliberalismo: as políticas sociais e o Estado democrático**. São Paulo: Paz e Terra, 1995, p. 09 - 38.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e Mundialização do Capital: a Nova Degradação do Trabalho na Era da Globalização**. 2ª Edição. Londrina: Praxis, 1999.

_____. **Dimensões da reestruturação produtiva**: ensaios de sociologia do trabalho. 2ª Edição. Londrina: Praxis, 2007.

_____. **Trabalho, subjetividade e capitalismo manipulatório**: o novo metabolismo social do trabalho e a precarização do homem que trabalha. A Revista Estudos do Trabalho (RRET). Ano VI, número 8, p. 1-31, 2011. Disponível em: <http://www.giovannialves.org/Artigo_GIOVANNI%20ALVES_2010.pdf>. Acesso em: 30 ago 2016.

ALVES, Giovanni. **Trabalho e neodesenvolvimentismo**: choque de capitalismo e nova degradação do trabalho no Brasil. 1º Edição. Bauru: Praxis, 2014.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho. 6ª Edição. São Paulo: Boitempo, 2002.

_____. **O caracol e sua concha**: ensaios sobre a nova morfologia do trabalho. 1º Edição. São Paulo: Boitempo, 2005.

AZEVEDO, Joeli. **Superlotação e falta de estrutura no HGV**. Jornal do Comercio. Recife, 05 abr. 2013. Disponível em: <<http://www.simepe.org.br/novoportal/?p=12586>>. Acesso em: 05 de ago. 2014.

BEHRING, Elaine; BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo, Cortez, 9ª edição, 2011.

BEHRING, Elaine. Fundamentos da política social. In: MOTA, Ana Elizabete. et al (orgs). **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. São Paulo: Cortez, 2009.

BIONDI, Aloysio. **O Brasil privatizado: um balanço do desmonte do Estado**. São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999.

BRASIL. **Projeto de lei nº 126/2012**. Dispõe sobre a obrigatoriedade de avaliação, acreditação e certificação da qualidade de hospitais. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=107372&tp=1>>. Acesso em: 25 out 2014.

_____. **Portaria nº 538, de 17 de abril de 2001**. Disponível em: <http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/informes/GM_P538_01informes.doc>. Acesso: 23 mar. 2014.

BRASÍLIA. Uma Ponte para o Futuro. 2015. Disponível em: <http://pmdb.org.br/wp-content/uploads/2015/10/RELEASE-TEMER_A4-28.10.15-Online.pdf>. Acesso em: 10 mai 2017.

BRAVO Maria Inês Souza. **Política de saúde no Brasil**. In: MOTA, Ana Elizabete. et al (orgs). Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAVO, Maria Inês Souza & MENEZES, Juliana Souza Bravo de. A Saúde nos Governos Lula e Dilma: Algumas Reflexões. In: BRAVO, M. I. de S. (Org). **Saúde na atualidade: por um sistema único de saúde estatal, universal, gratuito e de qualidade**. Rio de Janeiro: Rede Sirius, 2011, p. 15 - 28.

BRAVO Maria Inês Souza. **A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos**. In: Serviço Social e Sociedade. São Paulo, n. 102, p. 205-221, abr-jun. 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/sssoc/n102/a02n102.pdf>. Acesso em: 15 mai 2014.

CESS (Centro de Estudos em Gestão de Serviços de Saúde). **Panorama da Acreditação Hospitalar no Brasil**. UFRJ, 2011. Disponível em: <http://www.coppead.ufrj.br/upload/publicacoes/panorama_acreditacao_brasil.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

CHESNAIS, François. **Mundialização: o capital financeiro no comando**. In: Revista Outubro, v. 5, n. 2, p. 07-28, 2001.

COSTA, Liduina Farias Almeida da; LESSA, Ana Paula Girão. **O serviço social em hospital de referenciado Ceará: uma experiência de padronização de procedimentos**. In: VIII Semana Universitária, 2003, Ceará. Anais. Ceará, UECE, 2003, p. 1-23. Disponível em: <www.scribd.com/dos102149194/O-SERVICO-SOCIAL-EM-HOSPITAL-DE-REFERENCIA-DO-CEARA>. Acesso em: 16 set 2013.

COSTA, Maria Dalva Horácio. **Os serviços na contemporaneidade**. In: A nova fábrica de consensos. São Paulo: Cortez, 1998.

DIEESE (do Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Socioeconômicos). **A saúde do trabalhador no processo de negociação coletiva no Brasil**, São Paulo, n. 76, p. 01-87, 2015. Disponível em: <<http://www.dieese.org.br/estudosepesquisas/2015/estpesq76saudeTrabalhador.pdf>>. Acesso em: set 2016.

DRUCK, Graça. **Trabalho, precarização e resistências: novos e velhos desafios?** Salvador: Caderno CRH, 2011.

EMÍDIO, Lúci de Fátima, et al. **Acreditação hospitalar: estudo de casos no Brasil**. In: Perspectivas em Gestão & Conhecimento, João Pessoa, v. 3, n. 1, p. 98-113, jan-jun. 2013. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:JQAWAvH4xKsJ:www.spell.org.br/documentos/download/10186+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>>. Acesso em: 15 fev. 2016.

FORTES, Maria Thereza Ribeiro, et al. **Acreditação: ferramenta ou política para organização dos sistemas de saúde?** In: Acta Paulista de Enfermagem, São Paulo, 2011. Disponível em: <www.scielo.br/scielo.php?pid=SO103-21002012000400023&script=sci_arttext> . Acesso em: 05 dez 2013.

FORTES, Maria Thereza, et al. **Acreditação ou acreditações?** Um estudo comparativo entre a acreditação na França, no Reino Unido e na Catalunha. In: Revista da Associação Médica Brasileira, ENESP/FIOCRUZ, Rio de Janeiro, p. 239-246, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302011000200025>. Acesso em: 02 dez 2013.

FORTES, Maria Thereza. **Acreditação no Brasil: seus sentidos e significados na organização do sistema de saúde.** Tese. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.

GODOY, Arilda Schmidt. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades.** In: RAE - Revista de Administração de Empresas, São Paulo, v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995.

GRANEMANN, Sara. **Terceiro dia de Seminário debate relações público-privado no SUS.** 2010. Disponível em:<http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2010/11_nov_semi_3dia.htm> Acesso em: 26 mar 2017.

GUIMARÃES, Raul Borges. **A tecnificação da prática médica no Brasil: em busca de sua geografização.** In: Terra Livre – AGB, São Paulo, p. 41-55, 1991.

HARVEY, David. 14ª Edição. **Condição pós-moderna.** São Paulo: Loyola, 2005.

HARVEY, David. **O Novo Imperialismo.** São Paulo: Edições Loyola, 2009.

ICHINOSE, R. M. & ALMEIDA, R. T. **Desmistificando a certificação e acreditação** de hospitais. In: II Congresso Latino-americano de Engenharia Biomédica. Havana, Cuba, 2001. Disponível em: <<http://www.hab2001.sld.cu/arrepdf/00268.pdf>>. Acesso em: 13 out 2014.

JOINT COMMISSION INTERNATIONAL. **Manual de Padrões da Joint Commission International para Hospitais.** São Paulo, 2011, 4º edição.

KAMEYAMA, Nabuco. **Notas introdutórias para a discussão sobre a reestruturação produtiva e serviço social.** In: A nova fábrica de consensos. São Paulo: Cortez, 1998.

LESSA, Sérgio. **Mundo dos homens: trabalho e ser social.** São Paulo: Instituto Luckács, 2012.

LINHART, Daniele. Modernização e precarização da vida no trabalho. In: ANTUNES, Ricardo (Org.) **Riqueza e miséria do trabalho no Brasil III**. São Paulo: Boitempo, 2014. p. 45-54.

MANDEL, Ernest. **O capitalismo tardio**. 1^o Edição. São Paulo: Abril Cultural, 1982.

MARX, Karl. **Grundrisse**. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. **Manuscritos Econômico-Filosóficos**. São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. **O Capital**. São Paulo: Boitempo, 2013.

_____. Prefácio Para a Crítica da Economia Política. In: **Marx: Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1978.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **O Manifesto do Partido Comunista**. Petrópolis: Vozes, 2011.

MANZO, Bruna Figueiredo. et al. **As percepções dos profissionais de saúde sobre o processo de acreditação hospitalar**. In: Revista de Enfermagem, UERJ: Rio de Janeiro, p. 571-576, 2011. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692012000100020&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 10 abr. 2014.

MANZO, Bruna Figueiredo. et al. **A enfermagem no processo de acreditação hospitalar: atuação e implicações no cotidiano de trabalho**. In: Revista Latino Americana de Enfermagem [online], Ribeirão Preto, vol.20, n.1, pp. 151-158. Jan-fev. 2012. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010411692012000100020&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 15 mar 2014.

MANZO, Bruna Figueiredo. et al. **Implicações do processo de Acreditação Hospitalar no cotidiano de profissionais de saúde**. In: Revista Escola de Enfermagem. São Paulo, vol. 46, n. 2, p. 388-394, 2012. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n2/a17v46n2.pdf>>. Acesso em: 18 mai. 2014.

MARANHÃO, César Henrique Miranda C.; PEREIRA, Marcelo Sitcovsky Santos. **Trabalho e a nova ordem das políticas sociais: um estudo sobre os programas sociais na Região Metropolitana do Recife**. (TCC) Recife, UFPE, 2002.

MARCONI, Marina de Andrade & LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. São Paulo: Atlas S. A., 2003.

MAIA, Thais Perigolo & Roquete, Fátima Ferreira. **Um Olhar sobre a Acreditação Hospitalar no Brasil: a Experiência da Joint Commission International (JCI)**. In: XIV Simpósio de Excelência em Gestão e Tecnologia, Rio de Janeiro, outubro, 2014. Disponível em:

<<http://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/44420507.pdf>>. Acesso em 05 fev 2016.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. **Orientações Básicas para a Pesquisa**. São Paulo: Cortez, 2009.

MEDEIROS, Silvana Márcia de Andrade. **Reforma ou contra-reforma do estado: repercussões na política de saúde**. In: II Jornada Internacional de Políticas Públicas, 2005, Maranhão. Anais. Maranhão: UFMA, 2005. Disponível em:

<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinppIII/html/Trabalhos2/Silvana_Medeiros199.pdf>. Acesso em: 19 fev. 2016.

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO FEDERAL E DA REFORMA DO ESTADO (MARE). **Plano diretor da reforma do aparelho do Estado**. Brasília, 1993. Disponível em: <<http://www.bresserpereira.org.br/documents/mare/planodiretor/planodiretor.pdf>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

MOTA, Ana Elizabete; AMARAL, Ângela Santana do. **Reestruturação, do capital, fragmentação do trabalho e serviço social**. In: XVI Congresso Latino Americano de Escola de Trabalho Social: perspectivas para o exercício do treinamento profissional hoje. Santiago, Chile, 1998. Anais. Santiago, 1998, p. 1-20. Disponível em: <www.ts.ucr.ac/eventos/slets/16po-06.htm>. Acesso em: 14 ago. 2014.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 2ª ed., 2000.

MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço social e saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 1ª ed. 2013.

NOVAES, Humberto de Moraes. **O processo de acreditação dos serviços de saúde**. Revista Administração em Saúde. Vol. 9, No 37 – Out-Dez, 2007, p. 133 – 140. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=527675&indexSearch=ID>>. Acesso em: 23 mar 2016.

NOVAES, Humberto de Moraes. Dr. Humberto de Moraes Novaes: depoimento. [abril de 2008]. Washington, D.C. Entrevista concedida a Revista de Administração em Saúde, v. 10, 71 n. 38 - jan-mar, 2008, p. 2-11. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/portal/pag/doc.php?p_ndoc=217>. Acesso em: 12 mai. 2016.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo, Expressão Popular, 1ª edição, 2011.

NETTO, José Paulo Netto; BRAZ, Marcelo. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2009.

PINTO, Geraldo Augusto. **A Organização do trabalho no século XX**. São Paulo: Expressão Popular, 2013.

Revista Poli, Rio de Janeiro, n. 29, jul/ago 2013. Disponível em: <http://www.hlog.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/revista_poli_-_29.pdf>. Acessado em: 24abr. 2016.

SILVA, Giselle Souza da. **Capital portador de juros e programas de transferência de renda**: monetarização das políticas sociais e contra reforma. In: Revista Políticas Públicas, São Luis-MA, v. 13, n. 2, p. 173-181, jul-dez. 2009.

Disponível em: <http://www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br/site/download.php?id_publicacao=204>. Acesso em: 03 jun 2016.

SALVADOR, Evilásio. **Fundo público e políticas sociais na crise do capitalismo**. In: Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 104, p. 605-631, out./dez. 2010.

SIMAN, Andréia Guerra, et al. Estratégia do trabalho gerencial para alcance da Acreditação Hospitalar. In: REME (**Revista Mineira de Enfermagem**), EEUFMG: Minas Gerais, n. 04, p. 815-822, 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1043>>. Acesso em: 15 ago 2016.

SOARES, Raquel Cavalcante. **A contrarreforma na política de saúde e o SUS hoje: impactos e demandas ao serviço social**. Recife, 2010. 208f. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, 2010

YARYD, Anna Trotta. Et al. **É essa reforma que queremos?** Le Diplomatique Brasil. São Paulo, 02 de outubro 2009. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/busca.php?palavra=Terceiriza%E7%E3o+da+sa%FAde&x=10&y=9>>. Acesso em: 04 mai 2016.

APÊNDICE A – Roteiro de Entrevistas (grupo 01)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Pesquisa: O trabalho na saúde pública: uma análise a partir do Programa de Acreditação Hospitalar no Hospital Getúlio Vargas - HGV

Pesquisadora responsável: Camila Fernandes

Objetivo: analisar as implicações existentes entre a Acreditação Hospitalar e a precarização da força de trabalho na saúde pública da atualidade.

Formulário de entrevista

Destinado ao Grupo 01

1) Identificação

a. Profissão:
b. Idade:
c. Formação profissional:
d. Tempo de serviço na unidade:
e. Tipo de contrato:
f. Carga horária de trabalho semanal:

2) Rotina de Trabalho

a. Quais atividades mais ocupam seu cotidiano de trabalho?
b. Como você descreve a sua rotina de trabalho?

<p>c. É exigido cumprimento de metas de atendimento e/ou produtividade?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, quais as dificuldades para atingi-las?</p> <p><input type="checkbox"/> Excesso de demandas</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de recursos humanos</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de recursos sociais (serviços, políticas, programas)</p> <p><input type="checkbox"/> Falta de recursos financeiros</p> <p><input type="checkbox"/> Outros. Especifique:</p>
<p>d. Como você se sente no ambiente de trabalho?</p>
<p>e. Você está satisfeito com a infraestrutura da instituição?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Por quê?</p>

3) Programa de Acreditação Hospitalar

<p>a. De que forma você conheceu a Acreditação Hospitalar?</p>
<p>b. Com que frequência ocorre reuniões das equipes de Acreditação?</p>
<p>c. Você consegue participar de todas elas?</p>

<p>d. Nas reuniões das equipes havia autonomia para propor mudanças necessárias?</p>
<p>e. Após a chegada da Acreditação Hospitalar na instituição a sua rotina de trabalho foi modificada?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, de que forma?</p>
<p>f. O que mais lhe chama a atenção na proposta de Acreditação Hospitalar?</p>
<p>g. Para você, há dificuldades em implementar a Acreditação Hospitalar na instituição?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, quais?</p>
<p>h. Na sua avaliação, quais as vantagens e desvantagens do processo de Acreditação Hospitalar?</p>
<p>i. Até o momento, os usuários estão sendo beneficiados com a Acreditação Hospitalar? Se sim, de que forma?</p>
<p>j. Na sua percepção é possível implementar a Acreditação Hospitalar HGV?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Justifique.</p>



APÊNDICE B - Roteiro de Entrevistas (grupo 02)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

Pesquisa: O trabalho na saúde pública: uma análise a partir do Programa de Acreditação Hospitalar no Hospital Getúlio Vargas - HGV

Pesquisadora responsável: Camila Fernandes

Objetivo: analisar as implicações existentes entre a Acreditação Hospitalar e a precarização da força de trabalho na saúde pública da atualidade.

Formulário de entrevista

Destinado ao Grupo 02

4) Identificação

g. Profissão:
h. Idade:
i. Formação profissional:
j. Tempo de serviço na unidade:
k. Tipo de contrato:
l. Carga horária de trabalho semanal:

5) Rotina de Trabalho

a. Quais atividades mais ocupam seu cotidiano de trabalho?
b. Como você descreve a sua rotina de trabalho?

c. É exigido cumprimento de metas de atendimento e/ou produtividade?

Sim

Não

(Se não, passar para a letra “e”).

d. Há dificuldades para atingi-las?

Sim

Não

Se sim, quais?

Excesso de demandas

Falta de recursos humanos

Falta de recursos sociais (serviços, políticas, programas)

Falta de recursos financeiros

Outros. Especifique:

e. Como você se sente no ambiente de trabalho?

f. Você está satisfeito com a infraestrutura da instituição?

Sim

Não

Por quê?

6) Programa de Acreditação Hospitalar

k. De que forma você conheceu a Acreditação Hospitalar?

<p>l. Para você, do que se trata a Acreditação Hospitalar?</p>
<p>m. Após a chegada da Acreditação Hospitalar na instituição a sua rotina de trabalho foi modificada?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, de que forma?</p>
<p>n. Há algo que chame sua atenção na posposta da Acreditação Hospitalar?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, especifique.</p>
<p>o. Na sua visão, os usuários podem ser efetivamente beneficiados com a Acreditação?</p> <p>Sim <input type="checkbox"/></p> <p>Não <input type="checkbox"/></p> <p>Se sim, de que forma?</p>